

# Mujer de 34 años con pérdida progresiva de visión

<sup>1</sup>Vásquez Jiménez JD, <sup>2</sup>Martínez Pérez-Balsa A, <sup>2</sup>López Díaz LM

<sup>1</sup>Centro de Salud de Burela

<sup>2</sup>Hospital Da Costa  
Lugo

Mujer de 34 años de edad, que ingresa por presentar desde hace una semana pérdida de visión en el ojo izquierdo que se instauró de manera progresiva desde hace una semana, acompañada de dolor periorcular izquierdo que aumenta con los movimientos oculares y discromatopsia.

Exploración neurológica: fondo de ojo con papilas de aspecto algo atrófico, sobre todo la izquierda; funciones superiores conservadas; pares craneales normales; fuerza y sensibilidades conservadas; reflejos osteotendinosos normales y ambos cutáneo-plantares flexores; cerebelo y marcha normales.

Pruebas complementarias: hemograma normal, salvo VSG 28; bioquímica normal; líquido cefalorraquídeo con presión baja, aspecto postcentrifugado claro, 4 leucocitos y 327 hematíes/mm<sup>3</sup>.

Campimetría con aumento de la mancha ciega en el ojo derecho, marcada alteración difusa del campo visual en el ojo izquierdo.

RMN cerebral (figura 1): dos pequeñas lesiones en la sustancia blanca, hiperintensas en T2 y flair, de localización temporal anterior derecha y adyacente al asta ventricular occipital izquierda, de significado dudoso.

Potenciales evocados visuales: retraso en la conducción en el nervio óptico izquierdo, compatible con afectación desmielinizante.

El juicio clínico final es el de neuritis óptica izquierda.

Tras tratamiento con bolos de metilprednisolona intravenosa durante 5 días la paciente refiere una franca mejoría subjetiva de la visión en el ojo izquierdo.

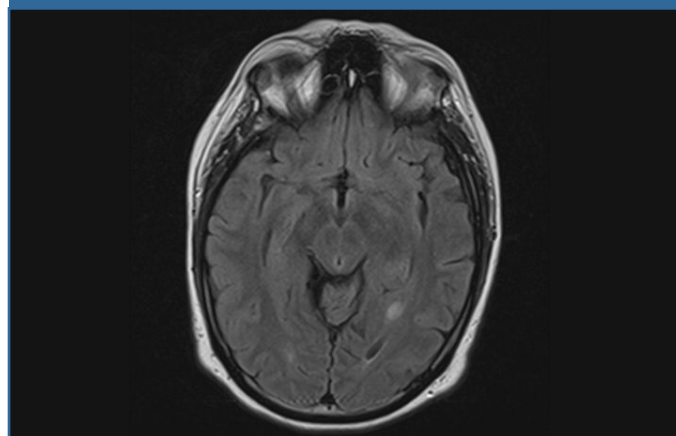
## COMENTARIO

La neuritis óptica inflamatoria es la causa más frecuente de neuropatía óptica aguda. Sus causas pueden ser desmielinizantes (esclerosis múltiple),

autoinmunes (síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico), infecciosas (virus, bacterias). Tiene una alta predominancia en mujeres en la tercera y cuarta décadas de la vida.

La pérdida de visión se instaura de forma progresiva y preferentemente unilateral (más raro bilateral). Se produce deterioro de la discriminación de los colores (discromatopsia) y dolor con la movilidad ocular.

Figura 1



En la exploración del fondo de ojo podemos encontrar edema de papila (neuritis óptica bulbar) o ser normal (neuritis óptica retrobulbar). Más tarde el disco óptico llega a ser pálido como resultado de la pérdida axonal.

Es una regla general encontrar en pacientes con sospecha de neuritis óptica un defecto pupilar aferente relativo en el lado afectado.

El defecto campimétrico más frecuente es un escotoma central o cecocentral. De todos los pacientes que presentan una neuritis óptica, 90% recuperan la visión normal en un periodo de 3-6 meses.

Se recomienda el uso de corticoides a dosis altas, con el fin de disminuir el tiempo recuperación de la neuritis óptica. Además, se debe considerar el uso de inmunomoduladores tras valorar el riesgo de desarrollar esclerosis múltiple por presentar en la RNM cerebral una alteración de tipo desmielinizante.

## BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez JL, Díez C. Pérdida brusca de la visión. Hospital Cruz Roja–Insalud de Ceuta. Mayo 2002.
- Hedges TR. Tratamiento de la neuropatía óptica: nuevas posibilidades. Revista Cubana de Oftalmología 2005;18.
- Planas N, Muñoz S, Arruga J. Protocolo diagnóstico–terapéutico de la neuritis óptica en adultos. Annals d´Oftalmología 2009;17:144–51.
- Taleti E, López L, Ochoa S, Roseta C, y cols. Guía de diagnóstico y tratamiento en neuritis óptica desmielinizante. Revista Neurológica Argentina 2006;31:145–9.
- Zarranz JJ. Neurología. 4ª edición. Madrid: Elsevier 2007;pág 115–6.
- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurología Clínica. 5ª edición. Barcelona: Mosby 2010.