

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

ID: 02743

PATOLOGÍA SEGMENTO POSTERIOR

NEURITIS ÓPTICA: CASO CLÍNICO

Autores: BEGOÑA RUIZ CLIMENT¹, Badalona; JORDI CASTELLVÍ MANENT¹, Badalona; MARTA TRIQUELL RUIZ¹, Badalona; SUSANA CASTILLO ACEDO¹, Badalona; SILVIA GARCÍA DÍAZ¹, Badalona; ANA CASADEVALL OCHOTECO¹, Badalona; NÚRIA FORNS PUIG¹, Badalona; JUDITH RUIZ MATA¹, Badalona.

1 - Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Palabras clave: neuritis óptica, inflamación nervio óptico, esclerosis múltiple.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La neuritis óptica es una enfermedad inflamatoria del nervio óptico que puede provocar la disminución de la visión. La causa más común es la presencia de enfermedades desmielinizantes, en particular la esclerosis múltiple; también puede deberse a infecciones de virus o bacterias, enfermedades autoinmunes como el Lupus y enfermedad de Behcet. Los síntomas y signos que presentan estos pacientes son pérdida parcial o total de la visión, pérdida cromática, dolor ocular leve que empeora con el movimiento ocular y defecto pupilar aferente. En casos de neuritis óptica se ha demostrado que el tratamiento con corticoides acelera la recuperación. El objetivo principal es poder conocer, estudiar y averiguar la patología neuritis óptica que presenta el paciente para poder tener un óptimo tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Historia Clínica: Mujer de 17 años de edad, miope, que ingresa en urgencias por cefalea periorbicular y dolor ocular derecho con fotofobia. El dolor ocular es progresivo con impotencia a la supra elevación y a la adducción, acompañado de visión borrosa y escotoma con línea blanca que ocupa la totalidad del campo visual.

Exploración Clínica: En la exploración se observa una AV de 0.6 en OD y 1.0 en OI. En el test Ishihara el OD presenta discromatopsia, siendo el OI normal. Presenta pupilas isocóricas y normoreactivas y no presenta defecto pupilar aferente. El segmento anterior se observa sin alteraciones en AO y el segmento posterior se observa en OD papila borrada 360°, sobre elevada y sin hemos peripapilares, en OI normal. En la resonancia magnética se observan imágenes compatibles con neuritis óptica (resonancia magnética cervico-lumbar sin signos de mielopatía).

RESULTADOS

Diagnóstico: Se realizó el diagnóstico sindromático de neuritis óptica en OD, con el apoyo del Servicio de Neurología Pediátrica, el cual incluyó potenciales Visuales Evocados (PVE) y serológicos (anticuerpos antitoxocara y anticuerpos antitoxoplasma), los cuales resultaron normales.

Tratamiento y evolución: La paciente inicia corticoterapia oral de metilprednisolona de 1g ev/día durante 5 días, remitiendo el dolor ocular. El OD alcanza AV 1.0 y con el test de Ishihara no presenta alteración del color. El segmento anterior sigue sin alteraciones y el segmento posterior del OD se observa borde temporal ▶

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

- ▶ delimitado, menos sobrelevado con margen papilar nasal un poco borroso sin hemos peripapilares. Dada la mejoría clínica se cambia a tratamiento con Urbason 60 mg/día vía oral en pauta descendente (cuatro semanas siguientes 40 mg/día, 20mg/día, 8mg/día y 4mg/día)

CONCLUSIÓN

Cuando nos encontramos un paciente con inflamación del nervio óptico debemos tener en cuenta que puede

haber una enfermedad sistémica subyacente, por este motivo es importante el trabajo en equipo de varias especialidades sanitarias para ayudar al diagnóstico final. El pronóstico de la enfermedad es bueno. La sintomatología del paciente se resuelve con un tratamiento de corticoesteroides.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

