

## COMUNICACIONES EN PÓSTER

EXPOSITOR N° 143

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA ID: 742

### ► Neurorretinitis estelar de Leber: Un caso atípico de presentación bilateral.

#### AUTORES:

Juan Pedro Ruiz Fortes<sup>1</sup>, Miriam Moya Jimenez<sup>2</sup>,  
Rafael Pérez Cambrodí<sup>1</sup>, Antonio Alzamora Rodriguez<sup>1</sup>,  
David Piñero Llorens<sup>1</sup>, Roberto Soto Negro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oftalmar-Hospital internacional vithas medimar. <sup>2</sup>Ua-Universidad de Alicante

#### INTRODUCCIÓN

La neurorretinitis es una entidad clínica caracterizada por la inflamación de la retina y el nervio óptico como extensión de una infección del sistema nervioso central (SNC). Numerosos agentes causales pueden producirlo, aunque los más frecuentes son virus y la bacteria Bartonella Henselae. No obstante, el 50% de los casos se clasifican como idiopáticos. Se caracteriza por un edema de la papila que precede en varios días a la aparición de una estrella macular, que histológicamente representa la ingestión de lípidos por parte de la microglía en la capa plexiforme externa de la retina. La resolución del cuadro suele ser espontánea; el edema de papila se resuelve completamente entre 8 y 12 semanas y la estrella macular puede permanecer hasta 1 año. La agudeza visual mejora progresivamente hasta recuperar habitualmente los valores previos a la afectación. El caso clínico que detallamos presenta, a diferencia de la mayor parte de la literatura científica consultada, la particularidad de ser de afectación bilateral.

#### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 34 años acude a consulta por síntomas inespecíficos que incluyen hiperemia, lagrimeo, escozor y sequedad

de la superficie ocular y de la piel periorbitaria. No hay antecedentes familiares de patología ocular o sistémica. No toma medicación ni refiere alergias conocidas a fármacos. Utiliza corrección refractiva en gafa con un astigmatismo miópico en ambos ojos.

#### EXPLORACIÓN

Sus agudezas visuales corregidas inicialmente son de 20/20 en ambos ojos. La postura fórica es ortoforia básica concomitante. La biomicroscopía del polo anterior revela un ángulo camerular grado IV, hiperemia difusa, quemosis de la conjuntiva bulbar inferior, abundante secreción acuosa y queratitis punctata superficial en el tercio inferior. Se diagnostica una queratoconjuntivitis inespecífica bilateral. Un mes más tarde la paciente muestra mejoría de su sintomatología aunque refiere dolor y visión borrosa. La agudeza visual corregida es de 20/30 en ambos ojos. La biomicroscopía muestra reacción inflamatoria celular en la cámara anterior (Tyndall +1). La presión intraocular (PIO) con tonometría de Goldmann es de 12 mmHg en ambos ojos (10.15 am). La oftalmoscopia indirecta con lente de +90 D revela borrosidad de los límites de la papila óptica con hemorragia es astilla en ambos ojos y una incipiente estrella macular bilateral.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las observaciones oftalmoscópicas se confirman con la realización de una tomografía de coherencia óptica (OCT). Se indica la realización de un TAC, campimetría visual umbral y de potenciales visuales evocados, que son negativos. La tensión arterial es de 110/70. El hemograma revela exposición al virus de Epstein Barr.

No se instaura tratamiento y 2 semanas después la AV se recupera hasta los niveles previos. Simultáneamente la pa-

## COMUNICACIONES EN PÓSTER

pila aparece menos congestiva y el aspecto macular mejora.

### DIAGNÓSTICO

Neurorretinitis bilateral secundaria a infección vírica.

### CONCLUSIONES

La presencia de un papiledema y la aparición posterior de una estrella macular es sugerente de un diagnóstico de neu-

rorretinitis. La detección de esta condición por parte del optometrista exige la referencia inmediata al oftalmólogo, que a través de una detallada anamnesis y de pruebas complementarias, establecerá la etiología de la condición y tratamiento adecuado.