

Papilitis unilateral como primer signo de esclerosis múltiple

Unilateral papillitis as a first manifestation of multiple sclerosis

MESA LUGO F¹, FERNÁNDEZ-BACA G¹, GARCÍA SOMALO M¹,
ARTEAGA HERNÁNDEZ V¹, RODRÍGUEZ MARTÍN FJ², ABREU REYES JA²

RESUMEN

La neuritis óptica aparece aislada o bien formando parte de un gran número de entidades nosológicas, entre ellas la esclerosis múltiple, en la cual es una forma común de presentación inicial. La neuritis óptica más común en los adultos con esclerosis múltiple es la retrobulbar y no la anterior o papilitis. En casos de neuritis óptica idiopática el hallazgo posterior de una resonancia magnética nuclear patológica es bastante frecuente, lo cual en conjunto, confiere un alto riesgo de desarrollo futuro de esta enfermedad.

Presentamos el caso de un paciente varón que debutó con un episodio de papilitis unilateral observándose posteriormente lesiones desmielinizantes en la resonancia magnética nuclear.

Palabras clave: Papilitis, resonancia magnética nuclear, esclerosis múltiple.

SUMMARY

The optic neuritis appears isolated or in association with a great number of diseases, including MS, of which it is a common first manifestation. The most common optic neuritis in adults with multiple sclerosis is the retrobulbar neuritis and not the anterior or papillitis. In idiopathic optic neuritis cases magnetic resonance imaging pathological results are frequent, which gives a high risk of developing MS in the future.

We present the case of a male patient with an acute optic neuritis unilateral episode later discovering demyelination plaques in the magnetic resonance imaging.

Key words: Papillitis, magnetic resonance imaging, multiple sclerosis.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. S.C. Tenerife.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía.

² Doctor en Medicina y Cirugía.

Correspondencia:

Fátima Mesa Lugo

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias

C/. Ofra, s/n

38320 La Laguna (S/C de Tenerife)

España

INTRODUCCIÓN

El edema de papila es un hallazgo oftalmoscópico que nos obliga a llevar a cabo una labor diagnóstica urgente. Las causas del mismo pueden ser congénitas o adquiridas que es preciso tener en cuenta y descartar de forma sistemática a través de una minuciosa anamnesis, exploración y solicitud de pruebas complementarias. Entre éstas destacan las inflamaciones de la papila (papilitis, neurorretinitis), causas vasculares (neuritis óptica isquémica anterior, papilopatía diabética juvenil), tumorales compresivas (glioma óptico, meningioma óptico, quistes periópticos, tumores intraorbitarios, hemangioma y astrocitoma del nervio óptico), infiltrativas por enfermedades sistémicas (sarcoidosis, leucemias) y neuropatías tóxicas (1).

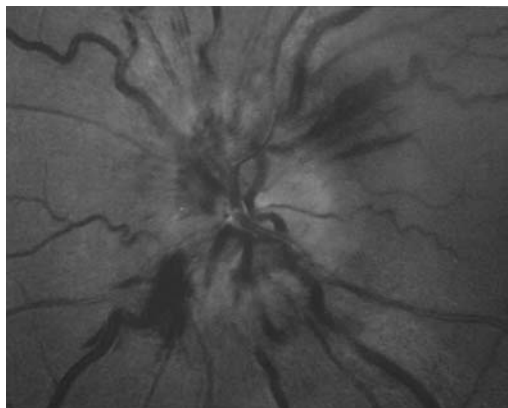


Fig. 1: Edema de papila OI.

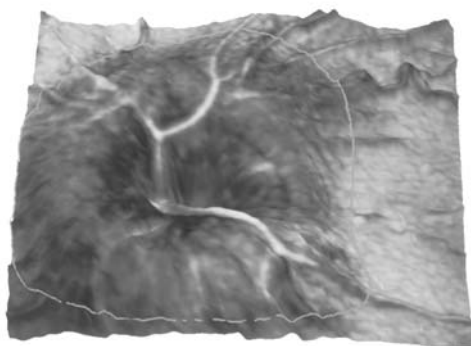


Fig. 2: Topografía papilar.

CASO CLÍNICO

Varón de 39 años de edad que acude a nuestro servicio procedente de urgencias refiriendo visión de una «nube» en OI desde hace aproximadamente 20 días, así como sensación de mayor apertura del mismo desde hace unos 6 meses.

Antecedentes personales: no factores de riesgo vascular, exfumador, no alergias, no consumo de tóxicos, no traumatismo craneoencefálico ni intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes familiares: no historia familiar de enfermedad neurológica. Diabetes mellitus en madre y en un hermano.

Historia oftalmológica: se apreció una AV de 0,8 en OD y de 0,6 con falta de nitidez en OI. La motilidad intrínseca no era valorable en la primera consulta puesto que el paciente estaba bajo el efecto de medicación midriática, comprobándose en visitas posteriores su normalidad. La motilidad extrínseca no impresionaba como patológica, pero el paciente refería diplopía en la mirada hacia arriba y a la izquierda, por lo que se realizó una pantalla de Hess, apreciándose limitación de la motilidad en esa posición. El test de Worth mostró exclusión del OI. En la exploración biomicroscópica no se observó ninguna alteración. La PIO era de 14 mmHg en ambos ojos. La exoftalmometría era normal (14 y 15 mm respectivamente). A la exploración fundoscópica encontramos el OD dentro de la normalidad y una elevación de los bordes del disco óptico con hemorragias peripapilares en OI (fig. 1). La topografía papilar demostró la conservación de la excavación fisiológica central (fig. 2).

En la perimetría computadorizada (programa TOP) se observó una disminución de la sensibilidad media, de forma difusa, más acentuada en el hemicampo nasal, sin patrón definido (fig. 3). La ecografía del OI no muestra anomalías.

La AFG solo demuestra una hiperfluorescencia a nivel de la papila de OI.

Historia neurológica: paciente consciente y orientado en tiempo, persona y espacio. Lenguaje normal. Funciones corticales normales. Memoria conservada. Resto de pares craneales normales. No soplos carotídeos.

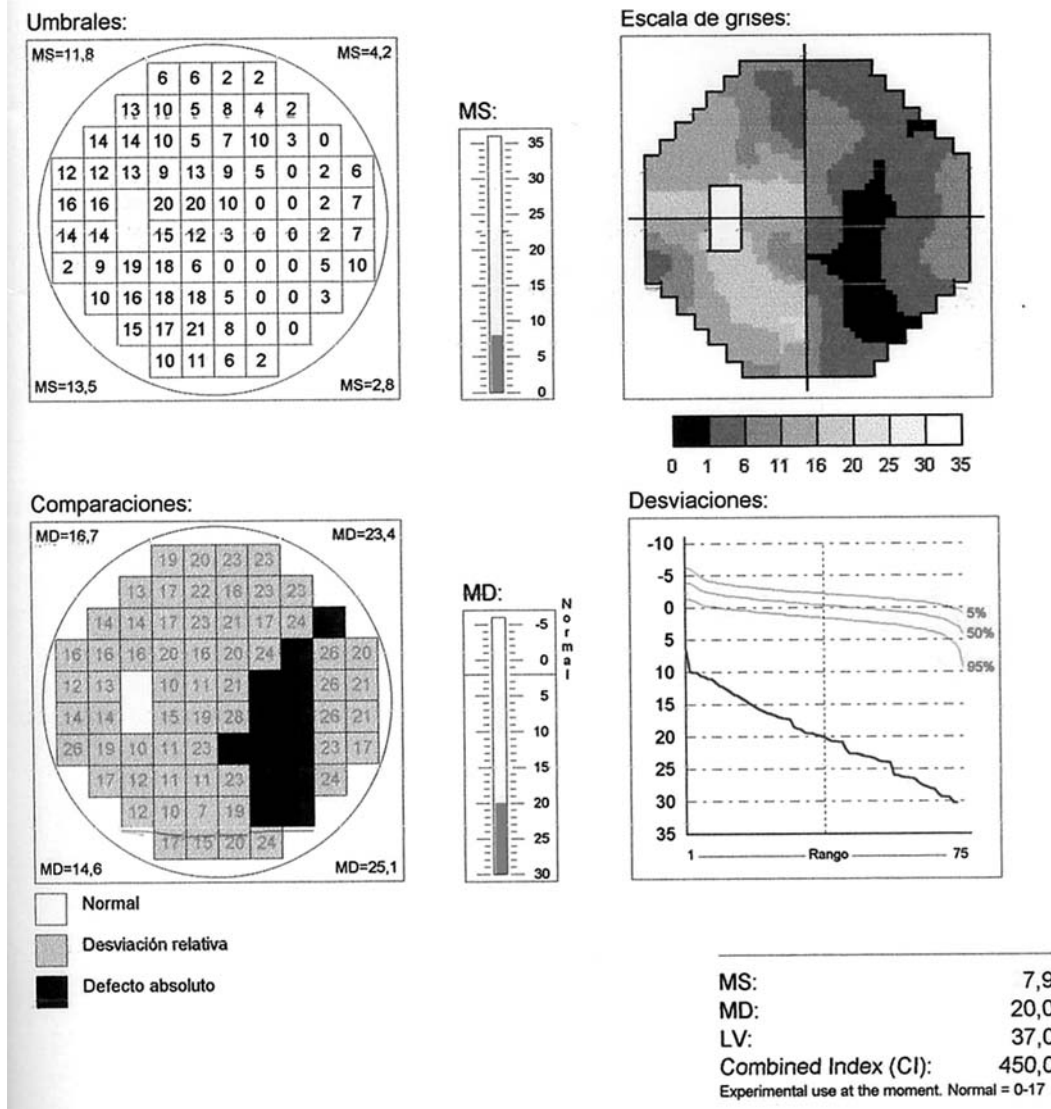


Fig. 3: Perimetría automatizada (programa TOP).

Fuerza muscular conservada. Sensibilidad normal en todas sus cualidades. R.O.T. presentes y simétricos. Reflejos cutáneos plantares flexores ambos.

Pruebas complementarias: Analítica general (hemograma y bioquímica): normal.

RX de tórax: normal.

RMN: signos sugestivos de inflamación del nervio óptico izquierdo (figs. 4 y 5) y lesiones desmielinizantes no perivasculares ni confluyentes en ambos hemisferios cerebrales (fig. 6).

LCR: de escasa celularidad sin alteraciones significativas. No se observaron leucocitos,



Fig. 4: RMN donde se observa signos sugestivos de inflamación del NO izquierdo (corte sagital).

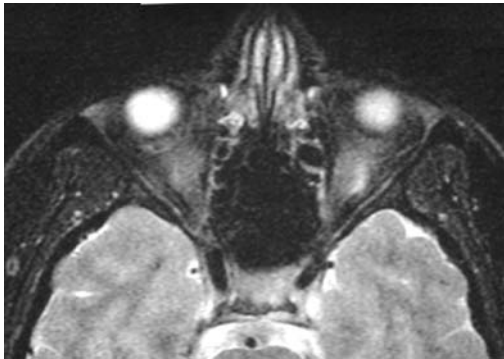


Fig. 5: RMN donde se observa signos sugestivos de inflamación del NO izquierdo (corte coronal).

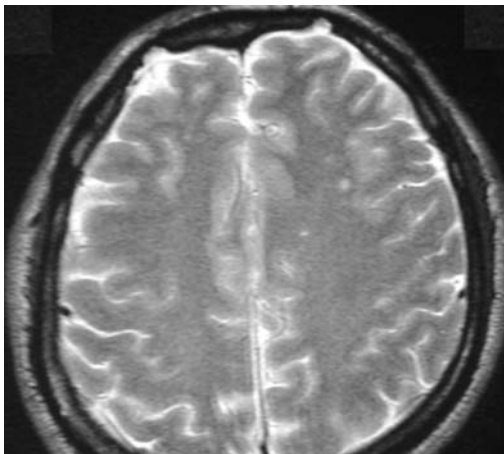


Fig. 6: RMN donde se observan lesiones desmielinizantes no perivasculares ni confluyentes en ambos hemisferios cerebrales.

PMN o microorganismos. Cultivo negativo a las 72 horas. Aglutinación negativa frente a H. Influenza b, S. Pneumoniae, N. Meningitidis A-B-C. Criptococcus negativo. Adenosina deaminasa en líquido biológico negativa. No se observan bandas oligoclonales.

Estudio electrofisiológico: PEV realizado con estímulo DAMERO, puso de manifiesto una respuesta visual cortical P100 patológica a nivel del ojo izquierdo siendo normal en



Fig. 7: Recuperación anatómica de la papila óptica OI.

OD. Los PEV realizados con estímulo FLASH pusieron de manifiesto una respuesta visual cortical con latencia P1 normal en ambos ojos y morfología del potencial de acción alterada a nivel del ojo izquierdo.

ERG realizado con estímulo DAMERO (respuesta macular) puso de manifiesto una respuesta patológica a nivel de ambos ojos, con latencia P50 aumentada y amplitud reducida a nivel del ojo izquierdo.

Tratamiento inicial: el paciente ingresó en el servicio de neurología para administrarle una megadosis de corticoides.

Evolución: el paciente sufre una mejoría progresiva de la sintomatología del OI con recuperación de la agudeza visual, de la perimetría, desaparición de la diplopía, y observándose normalización anatómica de la papila (fig. 7).

DISCUSIÓN

Las papilitis son afecciones inflamatorias del disco óptico que principalmente acontecen en pacientes jóvenes. Su etiología es muy amplia pues abarca las neuritis ópticas idiopáticas, infecciones víricas de la infancia, infecciones víricas y postvíricas del adulto (mononucleosis infecciosa), enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple), herpes zoster, inflamaciones contiguas de meninges, órbita o senos, e inflamaciones intraoculares (tuberculosis y sífilis) (2).

El significado de la neuritis óptica (NO) como síntoma de presentación de la esclerosis múltiple (EM) ha sido objeto de muchos estudios. La misma puede ser el primer e incluso el único signo anunciador de dicha enfermedad (3).

El examen de fondo de ojo suele ser normal en el inicio y sólo el 10% presenta edema de papila, hecho que se produce si la placa de desmielinización se encuentra en el trayecto del nervio óptico situado entre el globo ocular y la entrada de la arteria central de la retina, como ocurre en nuestro paciente (4).

Es imposible determinar si la neuritis óptica aislada predice el desarrollo posterior de EM ya que no todos los pacientes que cursan con NO la desarrollarán (3). Según las series, entre

un 34 y un 80% de los pacientes que presentan neuritis óptica desarrollan EM, normalmente dentro de los 2 años siguientes al inicio, y con más frecuencia si la NO es bilateral (4).

Las pruebas complementarias en la EM como el estudio de bandas oligoclonales en LCR, PEV, auditivos y somatosensoriales, están alterados en un 80% (1).

La prueba diagnóstica de imagen más importante en la EM es la RMN. Los pacientes con NO pueden presentar un nervio óptico afectado en los estudios con gadolinio y supresión de grasa o pueden no mostrar anomalías. Además, la RMN del cerebro puede presentar múltiples placas periventriculares en sustancia blanca y cuerpo calloso (5).

Rizzo et al. (6) encuentran lesiones sugestivas de EM en la RMN en el 50% de los casos tras un primer episodio de NO. Miller et al describieron 2 o más placas de desmielinización en la RMN en el 64% de los 53 pacientes estudiados con NO durante los primeros 12 meses tras el episodio visual. Jacobs et al. las observaron en el 40% de los pacientes con NO 3 semanas después de la misma. Frederiksen et al. en el 62% de 50 pacientes entre los 3 y 49 días. En estos estudios existen diferentes prevalencias de imágenes anormales en la RMN explicadas probablemente por las diferencias en los criterios de selección, en la técnica de la resonancia, número de pacientes, retraso entre la NO y la práctica de la prueba, etc (7). Los pacientes inscritos en el Ensayo de Tratamiento de la Neuritis Óptica con una RMN de cerebro anormal coherente con desmielinización tienen una mayor posibilidad estadística de desarrollar esclerosis múltiple en un plazo de 2 años en comparación con los pacientes con neuritis óptica y estudios por RMN normales (5).

La localización de la placa de desmielinización en el nervio óptico, en este caso, es poco frecuente y origina una papilitis que inicialmente desvía la sospecha diagnóstica.

Nuestro paciente presenta un edema de papila unilateral compatible con una papilitis ya que mediante la historia clínica y las pruebas complementarias se han descartado las causas traumáticas, vasculares, tumorales compresivas, tóxicas, etc... La RMN mostró

hallazgos compatibles con una EM. Los PEV realizados con estímulo FLASH pusieron de manifiesto una respuesta visual cortical con latencia P1 normal en ambos ojos y morfología del potencial de acción alterada a nivel del ojo izquierdo, lo que es sugestivo de EM. Sin embargo en el estudio del LCR no se observaron bandas oligoclonales las cuales suelen ser positivas hasta en un 80% como refieren Millá et al.

CONCLUSIÓN

La papilitis unilateral, aunque no sea la forma más típica de presentación en la esclerosis múltiple, nos debe hacer pensar en la misma e iniciar los estudios de despistaje oportunos.

El diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple no se puede realizar hasta que no se presente un nuevo déficit neurológico, aunque la presencia de lesiones en la RMN tras una neuritis óptica confiere un mayor riesgo de desarrollarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Millá Griñó E., Arruga Ginebreda J. Diagnóstico diferencial de la papila elevada. *Oftalmología práctica* 1995; 2: 24-41.
2. Bilbao Calabuig R, Fernández Escames C, Gutiérrez Ortiz C. Neuritis óptica retrobulbar. *Oftalmología práctica* 1995; 2: 48-53.
3. Lewis P. Rowland. Enfermedades desmielinizantes. Merrit's textbook of neurology 3.^a edición. Salvat. Barcelona 1987.
4. Hernández MA, Fernández O. Nuevas perspectivas en el diagnóstico de la EM. XLV Reunión anual de la S.E.N., Barcelona 1993.
5. Brian D. Ellis M, Jeffrey P. Hogg M. Imágenes neurológicas para el oftalmólogo general. Nervio óptico, quiasma y vías postquiasmáticas. Focal points. Highlights of ophthalmology. American Academy of ophthalmology. 5-6.
6. Rizzo JF, Lessel S. Risk of developing multiple sclerosis after uncomplicated optic neuritis; a long term prospective study. *Neurology* 1988; 38: 185-190.
7. Río J, Nos C, Rovira A, Tintoré M, Codina A, Montalbán X. Desarrollo de una esclerosis múltiple tras un episodio aislado de neuritis óptica. Estudio mediante resonancia magnética. *Med. Clin. (Barc)* 1997; 109: 370-372.