

NEURITIS OPTICA

Carola Noemí Saavedra Flores¹
 Lourdes Zeballos López²

RESUMEN

El sentido de la vista al igual que los demás sentidos es esencial para el desarrollo de las diversas actividades que realiza el ser humano en su vida cotidiana, ya que nos permite ver y observar lo que sucede en nuestro entorno, siendo los ojos a través del nervio óptico los que llevan los estímulos a la parte posterior del cerebro (lóbulo occipital) donde son interpretados como imágenes; sin embargo la fisiología del sentido de la vista puede verse alterada por el desarrollo de distintas patologías entre ellas la *neuritis óptica*, enfermedad que consiste en la inflamación del nervio óptico la cual si se produce por un periodo prolongado de tiempo ocasionará en la mayoría de los casos la desmielinización del nervio óptico con la consiguiente pérdida visual. En algunos casos puede asociarse a, esclerosis múltiple, enfermedades autoinmunes, a procesos virales e incluso ser de causa desconocida, motivo por el cual el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado deben ir de la mano con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente evitando complicaciones futuras como la pérdida visual total¹.

PALABRAS CLAVE

Neuritis, Esclerosis, Lesión nervio óptico

INTRODUCCION

La neuritis óptica es una enfermedad que afecta al nervio óptico ocasionando la inflamación del mismo pudiendo

presentarse en forma unilateral o bilateral pudiendo incluso afectar otras partes del sistema nervioso, cerebro o médula espinal.

La alteración de la visión se produce con la desmielinización del nervio óptico al ser éste atacado por el sistema inmunitario, queda desprotegido de mielina produciéndose la mala conducción de los estímulos o mensajes recogidos por el sentido de la vista, los cuales son transmitidos a través de los nervios ópticos al cerebro¹⁻².

EPIDEMIOLOGIA

Esta patología puede presentarse entre los 18 a 45 años de edad; sin embargo mediante estudios realizados se ha llegado a determinar una edad media de 32 años, de los cuales el 77% son mujeres encontrándose afectados también una gran cantidad de niños³.

CLASIFICACION

Según la localización se clasifican en:

1. **Neuritis Retrobulbar.**- Es la causa más frecuente de la neuritis óptica sobre todo en pacientes adultos, la cual se caracteriza por presentar una inflamación en la porción orbitaria del nervio óptico siendo en su mayoría unilateral, asociada a esclerosis múltiple, mientras que en otros casos es de causa desconocida.

Si bien existe un proceso inflamatorio, el aspecto del disco óptico es normal por lo menos al inicio de la enfermedad ya que no afecta la cabeza del nervio óptico, observándose entre los síntomas principales: disminución de la visión, dolor relacionado con los movimientos oculares, ligera hiperemia en el disco óptico, siendo su remisión espontánea en un

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA
² Univ. Quinto Año Facultad de Odontología UMSA

periodo de 2 a 8 semanas con la consiguiente recuperación de la agudeza visual siempre y cuando no aumente el daño, que ocasionara la atrofia del nervio y posteriormente la pérdida total de la visión de forma permanente, siendo posible observarse la persistencia de un escotoma central, palidez de la porción temporal de la papila e incluso recidiva sobre todo cuando la neuritis óptica está asociada a esclerosis múltiple.

2. **Papilitis:** Alteración patológica que afecta directamente la porción intraocular del nervio óptico o puede producirse secundariamente a una inflamación retiniana contigua, ocasionando la inflamación de la cabeza del nervio generalmente unilateral aunque también puede presentarse en forma bilateral en niños e incluso en adultos, siendo más frecuente en personas mayores de 60 años con arteritis craneal de células gigantes, encontrándose entre otras patologías la esclerosis múltiple, inflamación de las meninges, de la órbita o senos paranasales, herpes zoster, síndrome postviral, parotiditis, varicela, sarampión, sarcoidosis, sífilis y tuberculosis.

El estado patológico se caracteriza por hiperemia, edema variable de la papila óptica pudiendo estar asociada o no a hemorragias parapapilares en "llama", dolor periocular, retrobulbar o asociado a los movimientos oculares, pesantez del globo ocular, reflejo fotomotor disminuido; pérdida de la visión que puede variar desde un pequeño escotoma central o paracentral hasta la ceguera completa y permanente asociado a la afectación de los campos visuales por confrontación o automatizados.

3. **Neurorretinitis:** Tipo de neuritis óptica menos frecuente en la cual se produce una inflamación de la capa de fibras nerviosas retinianas y del nervio óptico, habitualmente asociada a una papilitis pudiendo estar relacionada a la enfermedad por arañazo de gato (ocasionada por el bacilo *Bartonella henselae*) e infecciones virales como también a la sífilis o enfermedad de Lyme.

La neurorretinitis se caracteriza principalmente por presentar una figura macular en forma de estrella en ojo compuesta por exudados duros que si bien suelen no ser aparente en los inicios de la enfermedad se hace visible a los días o semanas después de haberse presentado los síntomas entre los que se encuentra la dilatación de la venas retíneas asociada relativamente al edema retiniano parapapilar y elevación serosa de la mácula.

Según la etiología se clasifican en:

1. **Desmielinización.-** Que consiste en afección de la envoltura de mielina del nervio óptico llegando en ciertos casos a afectar el cerebro que es uno de los trastornos más frecuentes en la neuritis óptica, siendo relacionada con diferentes enfermedades como: La Neuritis óptica aislada, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Devic (neuromielitis óptica), Enfermedad de Schilder, provocando de esta manera lesión en la vía visual y el tronco cerebral.
2. **Parainfecciosa.-** Causada principalmente por infecciones virales como por ejemplo el sarampión, parotiditis, rubeola, tosferina, varicela y fiebre glandular, puede aparecer al cabo de 1-3 semana después de haber terminado el cuadro viral.

3. **Infecciosa.-** Puede estar asociada a sífilis, fiebre por arañazo de gato, enfermedad de Lyme, meningitis criptocócica (en pacientes con SIDA), sinusitis esenoetmoidal aguda, producido por virus de la varicela zoster.
4. **Autoinmune.-** En este caso la neuritis óptica puede estar asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas como la esclerosis múltiple²⁻⁴⁻⁵.

CUADRO CLINICO

La enfermedad se caracteriza principalmente por la presencia de dolor alrededor del ojo durante los movimientos oculares, visión borrosa, pérdida de la visión en el centro o en una parte del campo visual e incluso pérdida total de la visión, alteración en la visión de los colores, desaturación al color rojo y de sensibilidad al contraste, defecto pupilar aferente (disminución de la contracción pupilar ante los estímulos de la luz), nervio óptico normal o con edema. Si bien la neuritis óptica es una enfermedad que afecta al nervio óptico también puede ir a afectar otros tejidos del sistema nervioso central o la médula espinal sobre todo si está asociada a esclerosis múltiple ocasionando alteraciones de tipo motoras y sensitivas como ser falta de equilibrio, ausencia de coordinación de los movimientos corporales, sensación de entumecimiento, debilidad muscular, temblor en las manos, entre otras manifestaciones.

En la mayoría de los casos la visión y el dolor pueden regresar a su estado relativamente normal; sin embargo en otros casos debido a la atrofia del nervio óptico sobre todo si la enfermedad recidiva, la agudeza visual quedará disminuida, siendo importante mencionar también que un gran número de los

pacientes tuvieron antecedentes de neuritis óptica, presentan una mayor probabilidad de desarrollar esclerosis múltiple motivo por el cual es importante realizar una resonancia magnética nuclear que nos permitirá observar si existen o no focos de desmielinización sistémica observándose de esta manera en pacientes con esclerosis múltiple la presencia de lesiones en la sustancia blanca periventricular, quiasma, tallo, médula y cerebelo además de un gran aumento en la cantidad de inmunoglobulinas G y la presencia de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo.

En caso de neuritis óptica de etiología desmielinizante el cuadro clínico se iniciará de forma aguda empeorando progresivamente a lo largo de los días para luego entrar en un período de estabilidad funcional y finalmente en una recuperación cuya duración es variable(Kardon 2008)⁶.

DIAGNOSTICO

Para realizar el diagnóstico adecuado en caso de sospechar de neuritis óptica deben tomarse en cuenta muchos factores como por ejemplo la edad, sexo, el estado general de paciente, signos y síntomas que presenta el mismo, curso y evolución del estado patológico, actividad que realiza normalmente el paciente (inhalación de sustancias tóxicas derivadas del tolueno, metanol y plomo), enfermedades de base como la esclerosis múltiple, utilización de fármacos que causen efectos secundarios a nivel ocular como ser los aminoglucósidos, cloranfenicol, isoniazida, etambutol y el uso de factores de necrosis tumoral alfa, también se debe tomar en cuenta si el paciente consume bebidas alcohólicas frecuentemente ya que cabe la posibilidad de que las mismas estén alteradas (contener metanol).

A la exploración clínica se debe realizar:

- Examen oftalmológico pertinente donde debe tomarse en cuenta la agudeza visual, campo visual, visión de los colores, reacción pupilar y fondo de ojo.

En caso de que el paciente presente enfermedad de base o alteración del sistema nervioso central debe realizarse la interconsulta con las especialidades correspondientes como ser neurología, medicina interna e inmunología.

- Oftalmoscopia indirecta y tomografía de coherencia óptica.
- Potenciales evocados directos.

Entre los exámenes complementarios sobre todo si se presentan cuadros clínicos atípicos a realizarse pueden mencionarse:

- La resonancia magnética nuclear.
- Punción lumbar.
- Anticuerpos antinucleares y anticitoplasma.
- VDRL, PCR, HIV, C3, C4, Ig. G e Ig. M y anticoagulante lúcido.
- Vitamina B12, ácido fólico, tiamina y enzima angiotensina convertasa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La neuritis óptica debe diferenciarse de las siguientes patologías:

- Isquemia: Pudiendo presentarse como aterítica o no arterítica.
- Patología tóxica/metabólica: Radiación, fármacos y tóxicos carencial.
- Enfermedades Infecciosas: Sífilis, tuberculosis, Lyme, hongos, sinusitis paranasales y citomegalovirus.
- Enfermedad parainfecciosa/autoinmune: Postinfecciosa, postvacunal, paraneoplásica.

- Enfermedades neoplásicas: Tumores del nervio óptico, masa intracraneal, metástasis, abscesos, aneurisma.
- Hereditaria: Neuropatía óptica de Leber.
- Enfermedades Inflamatorias/vasculíticas: Sarcoídis, lupus, Sjögren, granulomatosis de Wegener, Behcet.
- Enfermedades desmielinizantes: Idiopática, esclerosis múltiple, neuromielitis óptica.

TRATAMIENTO

Se establece que la neuritis óptica puede desaparecer de manera espontánea dentro de las dos primeras semanas de haberse iniciado la enfermedad sobre todo en aquellos casos en los cuales no está asociada a una enfermedad de base; sin embargo en la mayoría de los casos no sucede esto por lo que debe iniciarse un tratamiento farmacológico que consistirá principalmente en: Administración de corticoesteroides como la metilprednisolona vía intravenosa (1000 Mg. /Kg. / día) por 3 días y el 4° día iniciar con prednisona vía oral (1Mg. / Kg. / día) por 11 días a partir del cual se debe reducir la dosis hasta suspender el uso del medicamento en los siguientes cuatro días.

También pueden utilizarse interferón, factor de necrosis tumoral alfa e incluso inmunoglobulinas en caso de que la neuritis óptica se encuentre asociada a otras patologías como la esclerosis múltiple⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Vázquez Valdez L. J. Neuritis óptica (parte 1 y 2). Fecha de publicación: 10 de marzo del 2009. 7 de mayo del 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos68/neuritis-optica-enfermedad->

- ojos/neuritis-optica-enfermedad-
ojos.shtml
2. Beers M.H., Berkow R. Manual del Merck. 10° edición. España: Diorki.1999; 740-743.
3. Harrison T. R. Principios de Medicina Interna. 15° edición. Vol. 1. México D.F.:Mc. Graw-Hill. Enero 2004; 204-205
4. Kanski J. J. OftalmologíaClínica. 5°edicion. Madrid-España:EDIDE S.L. 2006; 611-613.
5. Elola Oyarzábal B., García de Salazar Fernández J.C.Neurorretinitis Infecciosa por "Bartonellahenselae", Bartonelosis Ocular. (Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo vol. 6 N° 2). Fecha de publicación 2011. Fecha de acceso 18 de mayo de 2012; 71-76. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3715853>
6. GutiérrezOrtiz C., TeusGuezala M.A. Patología del nervio óptico (Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid). Fecha de publicación junio de 2010. Fecha de acceso 17 de mayo de 2012; 59-60. Disponible en: www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1761/59/00590068_LR.pdf
8. Carbajal Ramírez A., Cornejo Campos M.G., Garrido Gaspar N.H., Neri Gutiérrez E. A.,Vera Membrillo A. A. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico Pronóstico y Tratamiento de la Neuritis Óptica. Fecha de publicación México de 2009. Fecha de acceso 18 de mayo de 2012. Págs. 8-20. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/172_GP_C_NEURITIS_OPTICA/IMSS_172_09_EyR_Neuritis_optica.pdf
9. Ayuso T., Aliseda D., Ajuria I., Zandío B., Mayor S.,Navarro M. C. Neuritis óptica inflamatoria (Anales Sis San Navarra v.32 n.2 Pamplona mayo-ago. 2009). Fecha de publicación 10 de junio de 2009. Fecha de acceso 7 de mayo de 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000300011&script=sci_arttext