

## 20627. DISTROFIA MACULAR OCULTA: LÍMITES DE LOS CRITERIOS ACTUALES DEL INTERNATIONAL CONSORTIUM OPTIC NEURITIS 2022 (ICON)

Inat Moreno, S.<sup>1</sup>; Bort Martí, Á.<sup>1</sup>; Cañas Costa, J.<sup>1</sup>; Neira Fonseca, C.<sup>1</sup>; Merino Ramírez, M.<sup>2</sup>; Quintanillas Bordas, C.<sup>3</sup>; Casanova Estruch, B.<sup>3</sup>; Pérez Miralles, F.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

<sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

**Objetivos:** Destacar el reto diagnóstico de las neuritis ópticas como causa de pérdida de visión bilateral secundaria a pesar del conocimiento recogido en el ICON 2022. Presentación de un caso clínico con diagnóstico inicial de neuritis óptica retrobulbar (NOR).

**Material y métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Paciente de 21 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a nuestro servicio de urgencias por pérdida de visión dolorosa en ojo izquierdo de 24 horas de evolución. Refiere episodio previo 4 meses antes en ojo derecho manejado como NOR, sin recuperación tras tratamiento. A la exploración presenta agudeza visual de 0,1 en ambos ojos con grave discromatopsia, sin defecto pupilar aferente relativo y sin hallazgos en campimetría computarizada 30-2. Los potenciales evocados visuales fueron normales, así como la resonancia magnética nuclear cerebral, medular y orbitaria. Así, el diagnóstico de sospecha inicial se modificó en base a otros hallazgos neurofisiológicos.

**Conclusión:** La publicación de los criterios diagnósticos y clasificación de las neuritis ópticas recogidos en el ICON 2022 ha supuesto la base para generar un conocimiento sólido y facilitar el reto de su manejo. No obstante, el solapamiento clínico de debut con otras patologías oculares, como las distrofias maculares, siguen generando errores diagnósticos.

## 21154. SÍNDROME DEL ÁPEX ORBITARIO SECUNDARIO A LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Comesaña Fernández, F.; Albendea Obispo, B.; Pérez Rangel, D.; Stride González, V.; Alvarez Bardón, I.; Alcalá Torres, J.; González Arbizu, M.; Herrero San Martín, A.; Ramírez Sánchez-Ajofrín, J.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.*

**Objetivos:** Descripción de un caso de síndrome del ápex orbital (SAO) secundario a una leucemia linfoblástica (LLA).

**Material y métodos:** Caso clínico y revisión bibliográfica.

**Resultados:** Mujer de 43 años diagnosticada de LLA estirpe pro-B de alto riesgo biológico en enero de 2022. Previamente había recibido quimioterapia sistémica y profilaxis intratecal, consolidación con trasplante alogénico y terapia CAR-T, habiendo presentado dos recaídas, ninguna de ellas con afectación neurológica. Consulta por un cuadro agudo de pérdida de agudeza visual y discromatopsis por OI. Exploración neurooftalmológica: cuenta dedos OI con DPAR, fundoscopia con edema de papila en OI y hemorragia en llama peripapilar superior, sugestivo de neuropatía óptica (OD normal). La RM mostró una lesión hiperintensa, captación de gadolinio que infiltra el nervio óptico izquierdo y ápex orbital. LCR reflejó 20 leucocitos/campo, glucorraquia 29 mg/dl y leve hiperproteinorraquia, con un 51% de blastos linfoides B en citometría de flujo. Se inició tratamiento intratecal con metotrexato, vincristina IV, dexametasona y antimelenina. A pesar de ello, empeoró a los tres meses en forma de una oftalmoplejia completa de OI con ptosis, proptosis y amaurosis, sugestiva de un SAO. Aunque se inició radioterapia local, la paciente progresó a nivel sistémico y falleció tras 5 meses.

**Conclusión:** Infiltración del nervio óptico puede ser la primera manifestación neurológica de una recaída de LLA. La pérdida de agudeza visual con edema de papila y hemorragias retinianas en un paciente

hematológico nos deben hacer sospechar de progresión local. Se considera una urgencia neurooftalmológica y debe ser diagnosticada y tratada precozmente con intención de preservar la visión.

## 21330. PERINEURITIS Y NEURITIS ÓPTICAS, TAN CERCA Y A LA VEZ TAN LEJOS

Stride González, V.; Álvarez Bardón, I.; Enguídanos Parra, M.; Moreno García, S.; Ruiz Ortiz, M.; Comesaña Fernández, F.; Albendea Obispo, B.; Sanzo Esnaola, N.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.*

**Objetivos:** Analizar las peculiaridades clínicas y paraclínicas de la perineuritis óptica (PO).

**Material y métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Mujer de 45 años, diagnosticada de una neuritis óptica (NO) en el ojo izquierdo (OI) por la que recibió tratamiento corticoidal con una excelente respuesta clínica. Durante la retirada de este inmunosupresor, ingresó en Neurología por un empeoramiento subagudo de la agudeza visual (AV) y dolor retroocular en el OI. Los meses previos, había presentado episodios de inflamación orbitaria izquierda (queratitis, blefaritis, conjuntivitis). La exploración física reveló una AV de 0,3, discromatopsia, baja discriminación al contraste y DPAR en el OI. El fondo de ojo mostró un borramiento del borde nasal superior y la campimetría computarizada un defecto periférico inferior. En la RM craneal y de órbitas se observó la afectación del nervio óptico izquierdo con realce periférico. El estudio del LCR, que incluyó bandas oligoclonales, anticuerpos anti-MOG y anti-AQP4, fue anodino. Estos hallazgos fueron sugestivos de una PO. En un estudio más exhaustivo, se diagnosticó una sarcoidosis con afectación ganglionar mediastínica e hilar, siendo un hallazgo conocido que las PO pueden desarrollarse en el seno de esta enfermedad. Se inició el tratamiento dirigido a largo plazo con mejoría progresiva de la AV.

**Conclusión:** Las PO son un síndrome heterogéneo que se asocia a múltiples patologías sistémicas. La inflamación orbitaria inespecífica podría ser un indicador clínico de estas últimas. Ante una sospecha de NO con fenotipo CRION, debido a su similar respuesta a corticoides, es imprescindible descartar una PO, ya que implica un manejo y pronóstico diferentes.

## 20086. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PAPILOPATÍA DIABÉTICA

Guedes Guedes, I.<sup>1</sup>; González Hernández, A.<sup>2</sup>; López Méndez, P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

**Objetivos:** Mostrar la utilidad de la imagen multimodal en el diagnóstico de la papillopatía diabética y cómo se debe manejar el paciente ante este hallazgo en la exploración.

**Material y métodos:** Se hace uso de la fundoscopia, tomografía de coherencia óptica (OCT), campimetría y angiografía fluoresceínica (AGF) para mostrar los hallazgos característicos de esta entidad y que nos permitan establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursen con edema de papila.

**Resultados:** Caso clínico. Paciente varón de 49 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, que es remitido al servicio de urgencias por su médico de atención primaria tras objetivarse en la retinografía de screening edema de papila bilateral. En la exploración, la agudeza visual (AV) es de 1,0 en ambos ojos. La fundoscopia muestra un edema de papila con hemorragias peripapilares bilaterales. La OCT de nervio óptico revela un aumento del grosor de la capa de fibras nerviosas, con ligero adelgazamiento de la capa de células ganglionares. Las analíticas, pruebas serológicas y la TAC practicados de urgencia fueron