



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

194/1 - Neurorretinitis asociada a Fiebre Q. A propósito de un caso

T. Pacheco Ramos^a, C. Pinto^b, R. Yuste^c, F. Alcázar Manzanera^d, I. López^e y P. Rochaf^f

^aMédico Residente de 4º año. CS Taco. Santa Cruz. Tenerife. ^bMédico Residente de 5º año; ^fMédico Adjunto. Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ^cMédico Residente de 4º año. Oftalmología. Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. ^dMédico de Familia. CS Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Adjunto. Medicina de Familia. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón 51 años de Tenerife sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por disminución espontánea y progresiva de la agudeza visual en ojo izquierdo (OI), desde hace 3 semanas. Hace 3 meses sufrió un episodio de fiebre Q, que precisó ingreso hospitalario y fue tratada con doxiciclina.

Exploración y pruebas complementarias: Las constantes vitales y la exploración física (cardiopulmonar, abdominal, y neurológica) eran normales. Pulsos carotídeos y temporales presentes y palpables. A la inspección de ambos ojos no se apreciaba hiperemia conjuntival, ni secreciones y la palpación ocular era normal. Test de fluoresceína negativo. Se objetivó mediante optotipos una disminución de la agudeza visual (AV) en ojo izquierdo. Se le realizó fondo de ojo donde se veía una lesión blanquecina en la mácula por lo que se deriva al oftalmólogo. En la consulta de oftalmología se confirma una disminución de la AV en OI de 0,15. La imagen de fondo de ese ojo mostraba una papila inflamatoria con afectación de la mácula en forma de “estrella”. En la angiofluoresceína se objetivaron signos de actividad exudativa de la papila. Todo ello compatible con una neurorretinitis.

Juicio clínico: Los antecedentes y los signos oftalmológicos presentados, nos orientaron en principio hacia un posible diagnóstico de neurorretinitis secundaria a la Fiebre Q, que posteriormente se confirmó. Se inició tratamiento con corticoides vía oral (1 mg/kg/día). Actualmente y tras un año de tratamiento permanece con dosis de mantenimiento de corticoides. El paciente presenta una agudeza visual de 0,4 en OI, con el resto de la exploración oftalmológica normal.

Diagnóstico diferencial: La neurorretinitis es la inflamación de la retina y del nervio óptico del ojo. Puede ser causada por bacterias, virus o una enfermedad autoinmunitaria. Comparte algunos rasgos de la neuritis óptica. Por lo regular presenta pérdida de la visión central, que suele recuperarse después de algunos meses, aunque a menudo no completamente. No se conoce tratamiento eficaz.

Comentario final: La fiebre Q es una enfermedad producida por *Coxiella burnetti*, es relativamente frecuente en Canarias y está vinculada con la existencia de ganado caprino, que hace de portador. El ser humano se infecta mediante pequeñas partículas de aire procedentes de ambientes con animales infectados. Una de las complicaciones de este cuadro infeccioso es la neurorretinitis, como es en nuestro caso. Así pues, ante la presencia de este cuadro oftalmológico, y en el momento de considerar el diagnóstico etiológico diferencial, deberemos tener muy en cuenta en la anamnesis la posible existencia de antecedentes de cuadros infecciosos como la fiebre Q.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neurooftalmología. En: Kanski J. Oftalmología clínica, 6ª ed. Elsevier, 2009.
2. Elsbeth S, et al. Coxiella burnetii infection, a potential cause of neuroretinitis -two case reports and literature review. Retinal Cases & Brief Reports. 2007;1(1).
3. Udaondo P, et al. Q fever: a new ocular manifestation. Clinical Ophthalmology. 2011;5:1273-5.
4. Matonti F, et al. Uveitis in the course of Q-fever. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, CMI. 2009;15(suppl. 2):176-7.