



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2151 - Baja agudeza visual como síntoma de alarma

L. Ibáñez Barbero^a, M.Á. María Tablado^b, C. Rojo Villaescusa^c, C. Magaña Herrera^d, M.N. Torres Saavedra^e, A.C. Tancauf^f, J. Martínez-Barquero Santelices^g, L.P. Ávila Bahamón^g, J. Costell Jaime^a y P. González Escobar^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Perales de Tajuña. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federica Montseny. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artillero. Madrid. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María Llanos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 7 años con antecedente hace 3 años de encefalomielitis aguda diseminada (ADEM). Consulta por disminución de agudeza visual en ojo izquierdo desde hace aproximadamente 2 meses. En el último mes ha tenido múltiples episodios de cefalea y dolor retroocular en OI, que no han interferido con su actividad habitual. Refiere ver los colores más "apagados". Exploración neurológica normal. No vacunación reciente. No otra sintomatología intercurrente. No refiere animales en domicilio ni salidas al campo.

Exploración y pruebas complementarias: Oftalmología: AVL OI: 0,1 no mejoría con refracción. M. ocular normal. Fondo de ojo OI: papila con bordes superior e inferior algo borrosos. OD normal. Neuropediatría: potenciales evocados visuales. Punción lumbar. RM craneal confirma diagnóstico de neuritis óptica. Ingreso para corticoterapia iv. Estudio inmunológico e infeccioso, pendiente.

Juicio clínico: Neuritis óptica izquierda.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión ocular, ambliopía, neuritis retrobulbar, arteritis de células gigantes. Esclerosis múltiple. Enfermedades autoinmunes. Criptococosis. Infecciones víricas o bacterianas.

Comentario final: La paciente recibe tratamiento con corticoterapia iv. A lo largo del ingreso mejoría progresiva de la agudeza visual hasta su recuperación clínica completa, remisión de la cefalea y adecuada neuroconducta en todo momento. Nuestra paciente tenía antecedente de ADEM, que puede presentarse de manera idéntica al primer brote de una esclerosis múltiple (EM), por lo que muchas veces es difícil saber si estamos frente a un paciente con su primer brote de EM o simplemente una ADEM. La neuritis óptica es una manifestación frecuente en la EM, que puede aparecer en cualquier etapa de la enfermedad. La neuritis óptica provoca una pérdida progresiva de la agudeza visual y, en general, los síntomas son visión borrosa y alteración de los colores. La recuperación a largo plazo suele ser positiva, aunque en ocasiones puede reaparecer. Este caso clínico nos demuestra la importancia de los antecedentes ante signos clínicos banales, así como la especial atención que debemos prestar a los niños cuando cuentan un síntoma que no es "por imitación" de sus mayores.

Bibliografía

1. Vidal A, Montalbán X. Neuritis óptica y esclerosis múltiple. Revista Barraquer. 2011;(12).
2. Toro J. Enfermedades desmielinizantes y dismielinizantes. En: Toro J, Vallejo E, eds. Tratado de Neurología, Santa Fe de Bogotá. Ediciones Lerner, 1994.

Palabras clave: Neuritis encefalomiелitis. Esclerosis múltiple desmielinizante.