

Caracterización de pacientes con neuritis óptica anterior en el Centro Oftalmológico de Santiago de Cuba

Characterization of patients with anterior optic neuritis in the ophthalmological center from Santiago de Cuba

MsC. Damaris Fuentes Pelier,¹ Al. Damaris Hodelín Fuentes¹ y Dr. Manuel Penagos Payares¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

¹ Facultad de Ciencias Médicas No. 1, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la neuritis óptica ha sido definida como el cuadro clínico resultante de la inflamación del nervio óptico en cualquier punto de su anatomía. Cuando la inflamación corresponde al disco óptico, se llama neuritis óptica anterior o papilitis.

Objetivo: caracterizar los pacientes con neuritis óptica anterior.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal de los 48 pacientes con neuritis óptica anterior, atendidos en el Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012.

Resultados: se obtuvo un predominio de la enfermedad en el grupo etario de 21-30 años (66,6 %) y en el sexo femenino (70,8 %); en tanto, 58,0 % de la serie era de procedencia urbana y 66,6 % declaró no tener hábitos tóxicos. Igualmente, se observó que en 45,8 % la entidad era de causa infecciosa y que la mayoría de los pacientes presentaba afectación monocular (95,8 %).

Conclusiones: en la provincia de Santiago de Cuba, la neuritis óptica anterior se manifestó con mayor frecuencia en mujeres y personas jóvenes, con primacía del origen infeccioso. Los hábitos tóxicos no parecieron estar relacionados con la aparición de la oftalmopatía.

Palabras clave: neuritis óptica anterior, papilitis, esclerosis múltiple, nervio óptico, centros oftalmológicos.

ABSTRACT

Introduction: the optic neuritis has been defined as the clinical resultant pattern of the optic nerve swelling at any point of its anatomy. When the inflammation corresponds to the optic disk, it is called optic neuritis or papillitis.

Objective: to characterize the patients with anterior optic neuritis.

Methods: a descriptive and cross-sectional study of the 48 patients with anterior optic neuritis, assisted in the Ophthalmological Center of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" General Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January 1st to December 31st, 2012.

Results: a prevalence of the disease was obtained in the age group 21-30 years (66.6%) and in the female sex (70.8%); as long as, 58.0% of the series had an urban origin and 66.6% declared not to have toxic habits. Equally, it was observed that in 45.8% the disease had an infectious cause and that most of the patients presented monocular damage (95.8%).

Conclusions: the anterior optic neuritis showed a higher frequency in women and young people in Santiago de Cuba province, with primacy of the infectious origin. Toxic habits seem not to be related to the emergence of the ophthalmopathy.

Key words: anterior optic neuritis, papillitis, multiple sclerosis, optic nerve, ophthalmologic centers.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las alteraciones visuales representan un problema de salud de gran repercusión para el individuo, la familia y la sociedad. Se estima que existen entre 40 y 52 millones de personas ciegas en el mundo y otros 60 millones con deficiencia visual grave.¹ En Cuba la prevalencia de ceguera es de 56 000 individuos (1:200 habitantes) y la de baja visión de 180 000.²

De igual forma, no se excluyen de estas estadísticas los problemas relacionados con el nervio óptico, el cual, a su vez, es una importante prolongación del sistema nervioso central, encargado de la transmisión del estímulo visual que, generado en la retina, ha de llegar a la corteza occipital para su procesamiento sensorial.³

Entre las enfermedades más comunes que afectan al nervio óptico y que constituyen la causa más frecuente de pérdida visual aguda en adultos jóvenes, se encuentra la neuritis óptica, que se define como el cuadro clínico resultante de la inflamación del nervio óptico en cualquier punto de su anatomía: intraocular, intraorbitaria, intracanalicular e intracraneal, y cuya incidencia anual en el mundo es de 1-5 casos por cada 100 000 habitantes.⁴⁻⁷

En consecuencia, según el área afectada, la neuritis óptica se puede dividir en 4 categorías:⁸

- 1) Neuritis retrobulbar: apariencia de disco normal.
- 2) Papilitis o neuritis óptica anterior: disco óptico inflamado y con edema.
- 3) Perineuritis: daño de la vaina del nervio óptico inflamado más que el propio parénquima. El disco óptico puede estar inflamado o no.
- 4) Neurorretinitis: edema del disco óptico y exudados maculares en forma de estrella.

Sobre la base de los planteamientos anteriores, y tomando en cuenta que la neuritis óptica anterior (NOA), también denominada papilitis, constituye una de las causas de ceguera irreversible cuando no es diagnosticada y tratada precozmente; en este trabajo se caracterizó a los pacientes afectados por dicha entidad clínica en la provincia de Santiago de Cuba.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de los 48 pacientes con neuritis óptica anterior, atendidos en el Centro Oftalmológico del Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012, a fin de caracterizarles según algunas variables de interés, como edad, sexo, causa de la enfermedad, hábitos tóxicos, agudeza visual al ingreso y tipo de afectación ocular.

Para recoger la información se utilizaron las fuentes primarias, como la observación y la entrevista, y se aplicó el método clínico en los pacientes. También se emplearon las fuentes secundarias, como el registro médico existente en el Centro, y se elaboró una planilla que facilitó la extracción de los datos de las historias clínicas. Finalmente, la información fue procesada de forma estadística, con el uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Al relacionar la edad y el sexo de los pacientes (tabla 1), se observó un predominio de la NOA en adultos jóvenes del grupo etario de 21-30 años, lo que representó 66,6 % de los casos estudiados. Igualmente, primaron las féminas, con 34, para 70,8 %.

Tabla 1. Pacientes con neuritis óptica anterior según edad y sexo

Grupo etario (años)	Sexo		No.	Total %
	Femenino	Masculino		
0 - 10	1		1	2,1
11 - 20	2		2	4,2
21 - 30	24	8	32	66,6
31 - 40	6	4	10	20,8
41 - 50	1	2	3	6,3
51 y más				
Total	34 (70,8 %)	14 (29,2 %)	48	100,0

Fuente: historias clínicas

Luego de efectuar los exámenes complementarios requeridos, incluida la resonancia magnética (RM), se obtuvo que la causa más frecuente de la oftalmopatía fuese la infecciosa, con 22 pacientes, para 45,8 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según causa de la enfermedad

Causa	Pacientes	
	No.	%
Infecciosa	22	45,8
Esclerosis múltiple (EM)	9	18,8
Parasitaria (toxoplasmosis)	7	14,6
No precisada	10	20,8
Total	48	100,0

Fuente: historias clínicas

La mayoría de los pacientes de la serie refirieron no tener hábitos tóxicos, con 16 de ellos, para 66,6 %, mientras los 16 restantes fumaban, para 33,3 %.

Según la procedencia de los afectados, 28 eran de zonas urbanas (58,0 %), mientras 20 vivían en localidades rurales, para 42,0 %.

Respecto a la agudeza visual de los integrantes de la casuística al ingreso, resultó moderada (0,2-0,7) en la mayoría de estos, con 23, para 47,9 % (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes según agudeza visual al ingreso

Agudeza visual al ingreso	No.	%
Leve (0,8 – 1,0)	9	18.8
Moderada (0,2 – 0,7)	23	47.9
Grave (menor o igual a 0,1)	16	33.3
Total	48	100

Fuente: historias clínicas

A todos los pacientes les fueron realizadas las pruebas de serología y para detectar el virus de inmunodeficiencia humana y en todos los casos resultaron negativas. De igual forma, en todos los pacientes coincidieron los síntomas de visión borrosa y cefalea, aunque no fue sucedió así en cuanto al dolor por los movimientos oculares, que se presentó en 70,0 % del total.

El tipo de afectación monocular primó en 46 pacientes, para 95,8 %; solo 2 afectados (4,2 %) presentaban afectación binocular.

DISCUSIÓN

La neuritis óptica anterior o papilitis se presenta con un cuadro clínico característico dado por:⁹

- Disminución de la agudeza visual de forma aguda, pero no ictal, que puede progresar desde horas hasta 1 o 2 semanas, casi siempre concomitante con dolor. El rango de afectación es variable, desde una reducción mínima hasta la no percepción de luz.
- Dolor ocular o periorbital, que puede preceder en algunos días la pérdida visual y es característico que se produzca o agudice con los movimientos oculares.
- Visión del color usualmente más afectada que la agudeza visual.
- Otras aberraciones visuales, como fosfeno y visión "de relámpagos".
- Síntomas de Uhthoff. Empeoramiento de la visión con el aumento de la temperatura corporal.

Otros autores^{3,7,10,11} coinciden en que sus pacientes manifestaron estos síntomas, y plantean que generalmente el cuadro clínico se presenta de forma monocular y rara vez aparece bilateralmente. La pérdida de la visión de forma brusca es un síntoma cardinal y sirve para diferenciar la papilitis del papiledema; no obstante, debe tenerse en cuenta que ambas entidades son semejantes en el examen clínico-oftalmoscópico, aunque el papiledema, en su inicio, no evoluciona con afectación de la agudeza visual.¹²⁻¹⁴

En este estudio la neuritis óptica anterior primó en adultos jóvenes en las edades de 21 a 30 años, y en el sexo femenino. Estos resultados evidencian que en la provincia de Santiago de Cuba, dicha afección se manifiesta de forma similar a lo registrado en los demás países, según lo descrito por algunos autores.¹⁵⁻¹⁷ Es importante el diagnóstico temprano de estos afectados, cuya mayoría se encuentra en plena actividad laboral y social, según el rango etario. Del diagnóstico precoz dependerá, en gran medida, la recuperación e incorporación a sus tareas habituales.

La causa infecciosa de la enfermedad fue la más frecuente en este estudio, confirmada mediante la anamnesis, los exámenes clínico-fondoscópico, de laboratorio e imagenológicos, como la resonancia magnética de cráneo y órbita, a través de la cual se detectó la presencia de etmoiditis, sinusitis y pansinusitis en los senos maxilares, frontales y etmoidales. Asimismo, los antecedentes de los pacientes tuvieron especial

importancia para el diagnóstico, en consecuencia, se destacan 2 casos: el primero (figura 1A-B) se trata de una paciente de 25 años de edad, obesa, que había sido cesareada hacia 21 días, la cual presentó una sepsis de la herida quirúrgica y en el examen oftalmológico se observó, además de la pérdida brusca de la visión en ojo derecho (OD), edema del disco, con marcadas exudaciones blandas en la superficie y los márgenes de este, unido a pequeñas hemorragias peripapilares y pliegues finos retinocoroideos en el haz papilomacular.

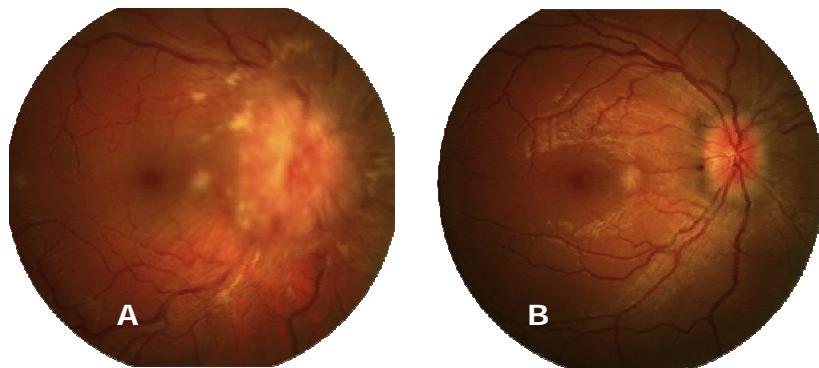


Fig 1. Paciente con pérdida en la visión del OD: A) antes del tratamiento; B) 10 días después del tratamiento

El segundo caso (figura 2A-B) se trataba de una paciente de 23 años de edad que presentó pérdida brusca de la visión en el ojo izquierdo. En el examen biomicroscópico del fondo de ojo se observó la presencia de edema del disco, concomitante con una lesión abscedada desde hora 12 hasta hora 3 de este y otra exudación en horas 3-4 del disco, en forma de campana y de color blanco amarillento. Como único dato, en los estudios realizados al ingreso, se observó la presencia de una bacteriuria asintomática de más de 100 000 unidades formadoras de colonias por campo, en la que se aisló una *Escherichia coli*. Ambas pacientes sanaron con el tratamiento médico (según el protocolo), sin secuelas en los nervios ópticos.

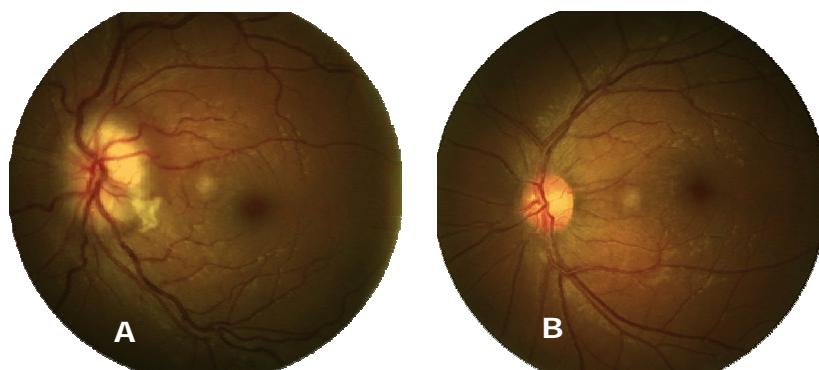


Fig 2. Paciente con bacteriuria asintomática: A) antes del tratamiento; B) 10 días después del tratamiento

Por otra parte, 9 pacientes fueron diagnosticados con esclerosis múltiple, al aplicar los criterios de McDonald, diseñados por un panel de expertos y publicados en el año 2001;¹⁸

en la actualidad se mantienen vigentes.^{19,20} A continuación se exponen estos criterios, debido a la importancia que poseen los elementos clínicos en el diagnóstico.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Presentación clínica<ul style="list-style-type: none">– 2 o más ataques (recaídas)– 2 o más lesiones clínicas objetivas
– 2 o más ataques– 1 lesión clínica objetiva
– 1 ataque– 2 o más lesiones clínicas objetivas
– 1 ataque– 1 lesión clínica objetiva
(presentación monosintomática) | <ul style="list-style-type: none">• Datos adicionales necesarios <p>Ninguno. La evidencia clínica es suficiente (la evidencia adicional es deseable, pero puede ser consistente con EM).</p> <p>Diseminación en el espacio demostrada por:
–RM,
–o líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo y 2 o más lesiones en la RM consistente con EM,
–un futuro ataque clínico que dañe una localidad diferente.</p> <p>Diseminación en el tiempo demostrada por:
–RM,
–un segundo ataque clínico</p> <p>Diseminación en el espacio demostrada por:
–RM,
–LCR positivo y 2 o más lesiones en la RM compatibles con EM; y</p> <p>Diseminación en el tiempo demostrada por:
–RM
–o un segundo ataque clínico</p> |
|--|---|

De la casuística 7 afectados presentaron positividad en el test de toxoplasmosis y todos correspondieron a la forma clínica de neurorretinitis, en la que se asocia la afectación del nervio óptico, unido a edema, y la placa exudativa de coriorretinitis activa en el disco, su alrededor y en la retina peripapilar, con más frecuencia en las arcadas y el área macular central. Llamó la atención que no se pudiera precisar la causa de neuritis óptica anterior en 10 pacientes, a pesar de lo cual se les aplicó el tratamiento médico -- según lo establecido en el protocolo para tratar esta oftalmopatía -- y todos evolucionaron satisfactoriamente, lo que ratifica la importancia del diagnóstico precoz en estos casos.

Para determinar si los pacientes poseían el hábito tóxico de alcoholismo, se tuvieron en cuenta los criterios de la Organización Mundial de la Salud¹³ que define alcoholismo como: "episodios de ingestión excesiva con el consumo del equivalente de 60 g de alcohol puro o más en ocasiones reiteradas, llegando el individuo al estado de embriaguez". Se consideró que ninguno de los pacientes era alcohólico, puesto que no cumplían con este criterio; solamente algunos de ellos consumían bebidas alcohólicas de forma ocasional o social, sin llegar al estado de embriaguez. Por tal motivo, llamó la atención que la mayoría de los integrantes del estudio no presentaban ningún hábito tóxico; lo anterior indica que en la provincia de Santiago de Cuba la NOA no está relacionada con factores tóxicos, como plantean algunos autores,^{14,21} pues tampoco se registraron otros hábitos dañinos como la farmacodependencia o drogadicción.

Cabe señalar que si bien no hubo grandes diferencias en cuanto a la procedencia de los integrantes de la serie, los que habitaban en zonas rurales correspondieron con mayor prevalencia a los municipios de Songo-La Maya, Palma Soriano y Contramaestre. Respecto al área urbana las zonas más afectadas fueron los repartos "San Pedrito",

"Portuondo", "Chicharrones" y el Centro Urbano "José Martí". Aunque no se notificó entre los resultados, más de 50 % poseía animales domésticos, como perros, gatos y palomas; de manera que es importante llevar a cabo adecuadamente la encuesta epidemiológica.

Asimismo, en relación con la afectación de la agudeza visual, predominó la de tipo moderada, seguida de la grave. Ello demuestra, una vez más, que es trascendental el diagnóstico precoz de la entidad clínica, así como la realización de una batería de estudios y del tratamiento, según el protocolo establecido, para evitar las posibles secuelas de dicha entidad en el nervio óptico. A pesar de que los pacientes fueron remitidos a la consulta de Neurooftalmología en la primera semana del inicio de los síntomas, la afectación visual fue significativa desde el comienzo del cuadro clínico, sobre todo en aquellos con causa infecciosa de la oftalmopatía.

Los 2 pacientes con afectación binocular presentaron la lesión primero en un ojo y luego en el otro, pasado aproximadamente un mes de evolución, cuando ya había evolucionado la agudeza visual de grave a moderada en el primer ojo lesionado, después de aplicado el tratamiento. Estos casos se encuentran entre las causas de las posibles enfermedades desmielinizantes, por lo cual se continúa insistiendo en efectuar el estudio inmunológico completo del LCR en esta provincia, con lo que no se cuenta en los momentos actuales.

Por último, el cuadro clínico neurooftalmológico se correspondió con lo descrito en la bibliografía sobre el tema.^{3,7,9-11} De igual forma, el fondo de ojo realizado en todos los casos con oftalmoscopia directa y examen biomicroscópico de polo posterior, evidenció la presencia de edema del disco, hiperemia, ligera dilatación venosa con exudación y hemorragias en las márgenes del disco y retina peripapilar, así como exudados subretinales muy finos en el haz papilomacular, concomitantes con pliegues finos retinocoroideos en la retina peripapilar temporal del disco. El dolor producido al mover los ojos, descrito por la mayoría de los pacientes, también coincidió con lo expuesto por diferentes autores en sus estudios.^{15-17,22,23}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Martínez A, Río Torres M, Hernández Silva JR, Padilla González CM. Prevalencia de ceguera y limitación visual severa en personas mayores de 50 años de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Oftalmol. 2007 [citado 8 Jun 2014]; 20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762007000200011
2. Fernández Pérez V, Díaz Díaz Y, Oñoz Gálvez Y, Pérez Padilla CA. Algunas variables clínico epidemiológicas de los pacientes con el diagnóstico de neuropatía óptica atendidos en la consulta provincial de baja visión. MEDICIEGO. 2013 [citado 8 Jun 2014]; 19(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_01_13/pdf/T7.pdf.
3. Gutiérrez-Ortiz C, Teus Guezala MA. Patología del nervio óptico. JANO. 2010 [citado 10 Jun 2014]; 59-68. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1761/59/00590068_LR.pdf

4. Ayuso T, Aliseda D, Ajuria I, Zandío B, Mayor S, Navarro MC. Neuritis óptica inflamatoria. Anales Sis San Navarra. 2009 [citado 24 Jun 2014]; 32(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000300011
5. Fernández Pérez SR, de Dios Lorente JA de, Peña Sisto L, García Espinosa SM, León Leal M. Causas más frecuentes de consulta oftalmológica. MEDISAN. 2009 [citado 29 Jun 2014]; 13(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san10309.htm
6. Mendoza CE, Hernández Y, Santiesteban R, González A. Neuritis óptica. Actualidad de diagnóstico y tratamiento. En: Río Torres M, Capote Cabrera A, Padilla González CM, Eguía Martínez F, Hernández Silva JR. Oftalmología. Criterios y tendencias actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 521-36.
7. Xu J, Cheng XX, Xu JR. Responsiveness to reduced dosage of rituximab in Chinese patients with neuromyelitis optica. Neurology. 2014; 82(6): 547.
8. Pau D, Al Zubidi N, Yalamanchili S, Plant GT, Lee AG. Optic neuritis. Eye (Lond). 2011; 25(7): 833-42.
9. Eguía Martínez F, Río Torres M, Capote Cabrera A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 589.
10. Hernández Silva Y, Hernández Echevarría O, Columbié Garbey YE, Santiesteban Freixas R, Molina Martín JC, Rodríguez Martín Y. Actualización en el tratamiento de la neuropatía óptica inflamatoria desmielinizante. Rev Cubana Oftalmol. 2011 [citado 25 Jun 2014]; 24(1). Disponible en: <http://www.revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/16> .
11. Bidot S, Vignal-Clermont C. Neuropatías ópticas. EMC-Tratado de Medicina. 2013; 17(1): 1-6.
12. Chavis PS, Hoyt WF. Neurooftalmología. En: Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. Oftalmología general. 11 ed. México, D.F.: El Manual Moderno; 2010. p. 299-345.
13. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Nota descriptiva N° 349. Ginebra: OMS; 2014 [citado 29 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>
14. Fuentes Pelier D. Consideraciones actuales sobre la neuropatía epidémica cubana en su forma óptica. MEDISAN. 2011 [citado 27 Jun 2014]; 15(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_4_11/san18411.htm
15. Rodríguez Gil R, Sainz Galván C, Alfonso Rodríguez A, Villar Van Den Weygaert C, Gil Hernández MA, Abreu Reyes P. Protocolo de estudio de las neuritis ópticas. Aplicación clínica. Arch Soc Canar Oftal. 2012 [citado 24 Jun 2014]; (23). Disponible en: <http://www.oftalmo.com/sco/revista-23/23sco06.htm>

16. De la Torre Rodríguez EE, Escobar Pérez ME, Grin Pupo L, Fuentes Díaz F. Comportamiento de variables epidemiológicas en la neuropatía óptica inflamatoria infecciosa. Centro Oftalmológico de Holguín. 2009. Ciencias Holguín. 2012 [citado 12 Jun 2014]; 18(4). Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/720/639>
17. Owidzka M, Wilczynski M, Omulecki W. Evaluation of contrast sensitivity measurements after retrobulbar optic neuritis in multiple sclerosis. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2014; 252(4): 673-7.
18. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol. 2001; 50(1): 121-7.
19. Milo R, Miller A. Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. Autoimmun Rev. 2014; 13(4-5): 518-24.
20. Deangelis TM, Miller A. Diagnosis of multiple sclerosis. Handb Clin Neurol. 2014; 122: 317-42.
21. Hudson G, Yu-Wai-Man P, Griffiths PG, Caporali L, Salomao SS, Berezovsky A, et al. Variation in OPA1 does not explain the incomplete penetrance of Leber hereditary optic neuropathy. Mol Vis. 2010; 16: 2760-4.
22. Man BL, Mok CC, Fu YP. Neuro-ophthalmologic manifestations of systemic lupus erythematosus: a systematic review. Int J Rheum Dis. 2014; 17(5): 494-501.
23. Cruz Rivas EM, Vargas Herrera R, Vera Basterrechea LC, Estévez de la Torre E, Villalón García G. Neuritis óptica como forma de presentación de la esclerosis múltiple. CCM. 2013 [citado 27 Jun 2014]; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100016

Recibido: 3 de octubre de 2014.

Aprobado: 15 de octubre de 2014.

Damaris Fuentes Pelier. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: dfp@medired.scu.sld.cu