



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2650 - Neuritis óptica post-traumática (NOPT) en niño. A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Ricart Pena^a, R. Yuste Ballesta^b, L. Sambrana Iglesias^c, F. Barceló Otalora^d, F. Alcázar Manzanera^e y S. Martínez Pagán^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia.

^bMédico Residente de 4º año de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Escolar de 8 años que acude al pediatra de su centro de salud por presentar cefalea, que achacaba a un traumatismo craneoencefálico (TCE) grave sin pérdida de consciencia, que tuvo la noche del día anterior. Sin antecedentes de interés. Tras el accidente el niño refería amaurosis de ojo derecho (OD). La madre decidió retrasar la consulta a la mañana siguiente debido a que era de noche y el niño no presentaba clínica de alarma para ella. Durante la exploración se evidencia una disminución de AV de OD acompañado de alteración en los reflejos pupilares, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias para valoración. Al realizarse la exploración oftalmológica de urgencias se demuestran varios signos de neuritis óptica. Quedo ingresado para tratamiento corticoideo intravenoso en bolos sin respuesta terapéutica. Tras 6 meses de observación, el cuadro se ha tornado estable y la AV final es de 0,3 en ese ojo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física (urgencias): buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Exploración por aparatos: Neurológico: Defecto pupilar aferente relativo (DPAR) de OD, disminución de AV de OD. Resto de exploración por aparatos normal. Exploración oftalmológica (urgencias): Pupilas: DPAR en OD. Agudeza visual: OD: cuenta dedos a 1 metro; Ojo izquierdo (OI): 1. Biomicroscopia ambos ojos (AO): normal. Fondo de ojo (FO): Normal AO. Tomografía de coherencia óptica: disminución del número de fibras nerviosas en los 4 cuadrantes papilares, atrofia óptica. Movimientos oculares externos: ortotropía en posición primaria de la mirada, no diplopías ni limitaciones. Cover test: normal. TAC craneal (urgencias): fractura de pared medial y techo de órbita derecha sin desplazamiento de globo ocular, neumo-órbita extraconal, neumoencéfalo fronto-basal homolateral. Fractura no desplazada en ala mayor derecha de esfenoides con hemoseno asociado. Potenciales evocados visuales: latencias simétricas, amplitud menor en nervio óptico de OD. RNM cráneo (ingreso): normal. Exploración oftalmológica al alta: Sin cambios estructurales ni funcionales. Exploración oftalmológica (6 meses): Mejor AV corregida de OD: 0,3, Pupilas: DPAR de OD. FO: OD: atrofia óptica con papila pálida a nivel temporal. OI: normal.

Juicio clínico: NOPT pre-quiasmática de OD.

Diagnóstico diferencial: Neuritis óptica hereditaria de Leber, pupila de Adi, esclerosis múltiple juvenil, aniridia.

Comentario final: La NOPT es un cuadro provocado por la compresión sobre el nervio óptico tras un traumatismo. El empleo de corticoides tras un TCE en este contexto actualmente es controvertido. Prácticamente todos los casos presentan recuperación parcial sin tratamiento. No existe evidencia suficiente de la efectividad de los bolos intravenosos de metilprednisolona, aunque sí de su iatrogenia, por lo que no hay consenso al respecto. El pronóstico visual depende del tiempo de actuación desde que se produce el insulto, considerándose irreversible más allá de las 6 horas. En el caso que presentamos el hipotético efecto del tratamiento quedó condicionado a la actitud de la madre que retrasó la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Volpe NJ. Emergency neuro-ophthalmology. American Academy of Ophthalmology. San Francisco, 1999: 36.
2. Steinsapir KD, Goldberg RA. Traumatic optic neuropathies. En: Miller NR, Newman NJ, eds. Walsh and Hoyt's clinical neuroophthalmology, 5ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2006. p. 715-40.