



Mujer joven con dolor y visión borrosa en el ojo derecho de 5 días de evolución

V. Reyes Garrido y L. García Trujillo

Servicio de Neurología. Unidad de Gestión Clínica Intercentros. Hospital Universitario Regional. Málaga. España.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Caso clínico

Se trata de una mujer nacida en diciembre de 1992. Consultó por primera vez en nuestro centro a través del Servicio de Urgencias en diciembre 2010, a la edad de 17 años. Presentaba un cuadro de visión borrosa con el ojo derecho de 5 días de evolución, acompañado de dolor con la movilización del ojo. Como antecedentes personales, refería que era fumadora de unos 10 cigarrillos diarios desde los 16 años. No existían alergias medicamentosas. Tomaba anticonceptivos orales desde los 14 años para regular el ciclo menstrual. No refería ningún antecedente de ninguna enfermedad ni cirugía previa. En su familia no se conocía ningún familiar afecto de enfermedad neurológica. La paciente llevaba unos 4 o 5 días notando que veía borroso a través del ojo derecho, especialmente por el centro del campo visual; dicha sensación, se había ido instaurando de forma progresiva. Notaba además ciertas molestias en el ojo cuando miraba hacia los lados. No refería otros síntomas acompañantes ni cuadros similares previos ni de cualquier otro déficit neurológico en la anamnesis dirigida.

La exploración sistémica se encontraba dentro de la normalidad, así como la exploración neurológica, con excepción de un defecto pupilar aferente del ojo derecho y la presencia de un escotoma centrocecal con una agudeza visual de 0,3 en ese ojo, siendo la unidad en el ojo izquierdo. El fondo de ojo mostraba una papila de bordes netos y buena coloración en ambos ojos.

En Urgencias, se realiza una analítica general, un electrocardiograma y una radiografía de tórax con resultados dentro de la normalidad. Se realizó una TC craneal (fig. 1) que demostraba la existencia de múltiples lesiones hipodensas en la sustancia blanca subcortical frontal derecha e izquierda y parietal bilateral, de morfología redondeada, que no provocaban *a priori* efecto masa ni se acompañaban de edema.

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicine www.medicineonline.es/casosclnicos

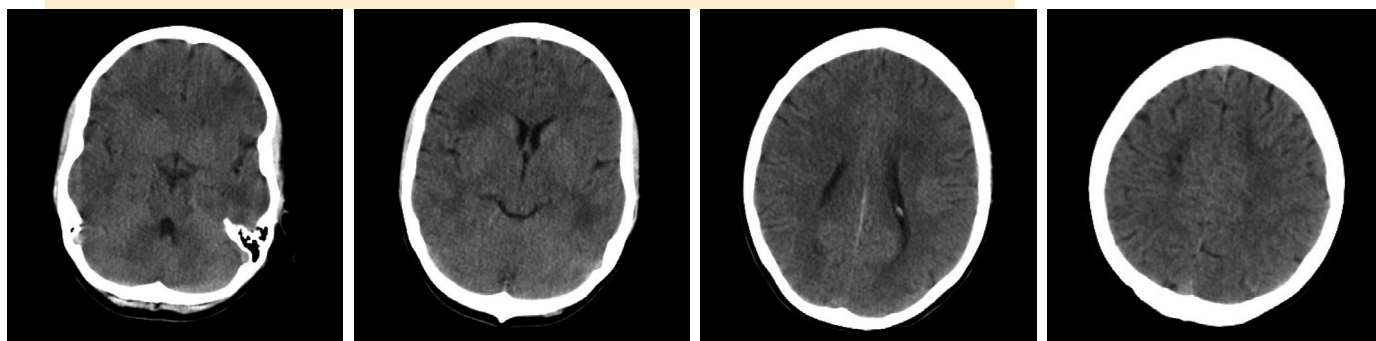


Fig. 1 Tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo donde se observan múltiples áreas hipodensas de sustancia blanca de localización subcortical frontal derecha y parietal bilateral de morfología redondeada.

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica inicial en esta paciente?

Ante la sospecha clínica de neuropatía óptica retrobulbar del ojo derecho de probable etiología inflamatoria, dado el rango de edad y las características clínicas, decidimos su ingreso hospitalario para ampliar y confirmar el estudio etiológico y pautar un tratamiento adecuado.

¿Qué pruebas adicionales estarían indicadas?

Como pruebas complementarias realizamos una analítica completa que incluía hemograma, bioquímica general, eje tiroideo, perfil hepático, serología a lúes, virus habituales, estudio de autoinmunidad y trombofilia con resultados dentro de la normalidad o negativos. Se practicó una punción lumbar para estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) (fig. 2) cuya citoquímica se encontraba dentro de la normalidad: leucocitos $3/\text{mm}^3$; glucosa 64 mg/l ; proteínas $0,43 \text{ g/l}$. Las serologías en LCR para lúes, virus del herpes simple (VHS), virus de Epstein-Barr (VEB), rubéola y citomegalovirus (CMV) eran todas negativas. La citología de LCR fue negativa para la detección de células neoplásicas. No se detectaba síntesis intratecal de IgG ni de IgM (Tibbling link: 0,6; Reiberg: 0) pero sí presentaba patrón de bandas oligoclonales (BOC) IgG claramente positivas, siendo negativas las bandas de IgM.

Se practicó también una resonancia magnética (RM) craneal (fig. 3), donde se apreciaban múltiples lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR de bordes bien definidos y morfología ovoidea, de localización periventricular, algunas perpendiculares al eje mayor de los ventrículos laterales y también yuxtacorticales y en fosa posterior, pedúnculo cerebeloso derecho y hemibulbo derecho, algunas confluyentes y que resultan sugerentes de esclerosis múltiple (EM), pero dichas lesiones alternan con otras de mayor tamaño y aspecto más tumefacto en dichas localizaciones en número de 14, con anillo concéntrico isointenso en secuencias T2 (segunda línea) y T1 sin gadolinio (no visible) que muestran todas ellas captación de contraste periférico en T1 con gadolinio (tercera línea) la mayoría en anillo incompleto.

derecha e izquierda, periventricular y parietales bilaterales y en número de 14, coincidentes con las lesiones hipodensas detectadas en la imagen de TC craneal y que llamaban la atención por su aspecto pseudotumoral menos habitual en la enfermedad y por su centro homogéneo marcadamente

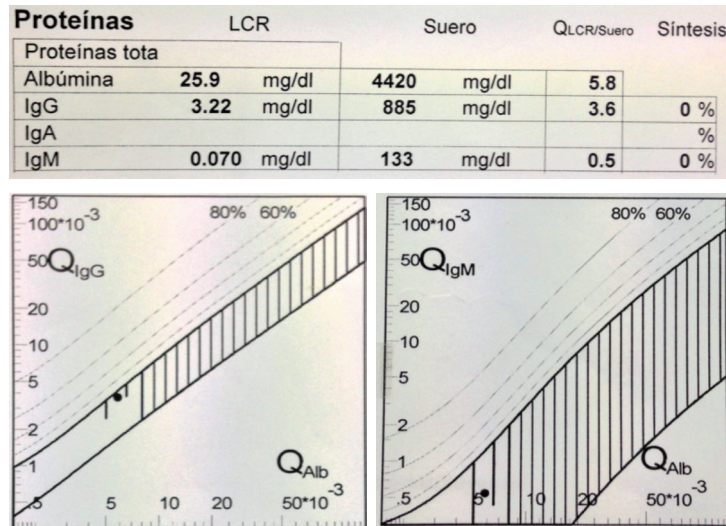


Fig. 2. Líquido cefalorraquídeo (LCR) en el que se observa la presencia de bandas oligoclonales IgG. No se detecta síntesis intratecal de IgG ni de IgM.

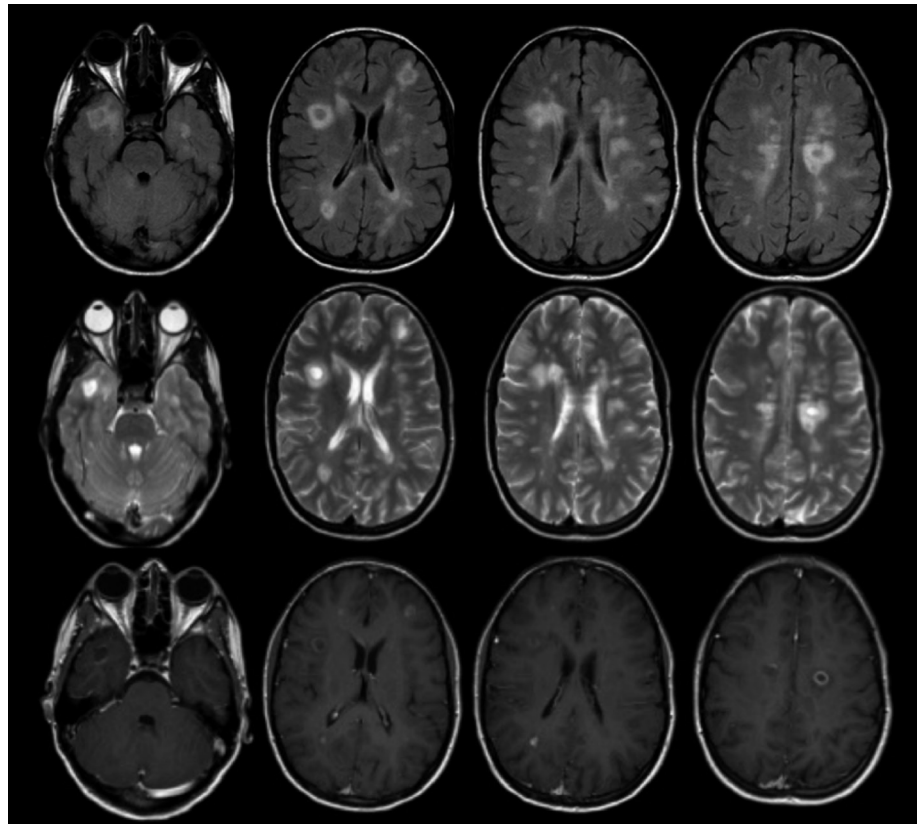


Fig. 3. Resonancia magnética (RM) craneal basal en la que se observan múltiples lesiones hiperintensas en FLAIR (primera línea) y T2 (segunda línea), la mayoría de bordes bien definidos y morfología ovoidea, de localización periventricular, algunas perpendiculares al eje mayor de los ventrículos laterales y también yuxtacorticales y en fosa posterior, pedúnculo cerebeloso derecho y hemibulbo derecho, algunas confluyentes y que resultan sugerentes de EM. Dichas lesiones alternan con otras de mayor tamaño y aspecto más tumefacto en dichas localizaciones en número de 14, con anillo concéntrico isointenso en secuencias T2 (segunda línea) y T1 sin gadolinio (no visible) que muestran todas ellas captación de contraste periférico en T1 con gadolinio (tercera línea) la mayoría en anillo incompleto.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805538>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805538>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)