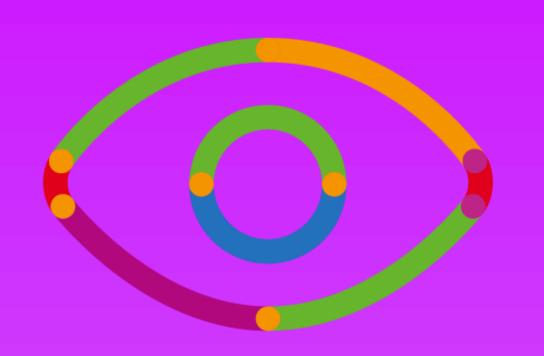
OPTOMETING VALLADOLID



14 AL 16
DE JUNIO
2019



Papiledema vs pseudopapiledema. A propósito de un caso.



Introducción al caso

Julia Benito Benito
Ana Belén Cisneros del Río
Centro óptico Cervantes, Valladolid (España)

El papiledema es la elevación papilar bilateral con borrosidad de bordes provocada por hipertensión intracraneal. La elevación papilar es más evidente en los polos superior e inferior del disco, y suele presentar hemorragias peripapilares y dilatación venosa. El cuadro clínico asocia cefalea, vómitos y sintomatología neurológica.

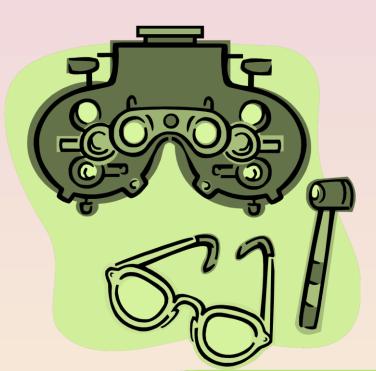
En nuestro caso, se describe pseudopapiledema vs papiledema en una paciente de 10 años.



Historia clínica

Niña de 10 años, que refiere mareo y dolor de cabeza. Acude a consulta porque los padres piensan que tiene un defecto de refracción.

La paciente no tiene antecedentes personales de interés, ni ha tenido fiebre ni malestar general en los últimos días. No tiene antecedentes oftalmológicos ni utiliza graduación



Exploración clínica

Agudeza Visual (AV) sin corrección fue ojo derecho (OD):0,9 y ojo izquierdo (OI):0,9. No mejora con corrección.

La exploración con biomicroscopio se encontraba dentro de la normalidad.

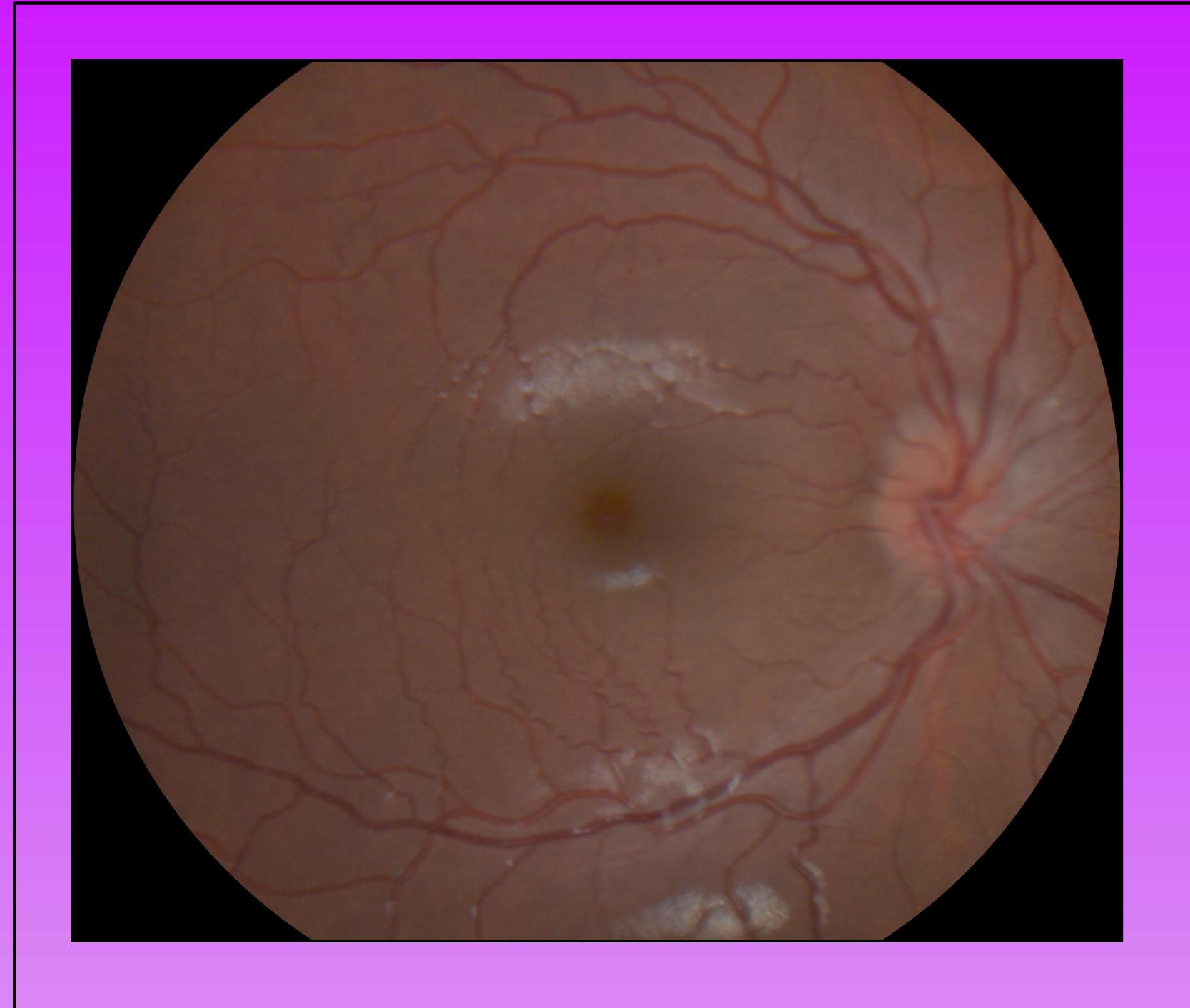
Realizamos retinografía y observamos el nervio óptico inflamado con elevación y borrosidad de los bordes papilares.

Se deriva a oftalmología para su valoración.



Juicio Clínico

Alteración del nervio óptico acompañado de cefaleas.



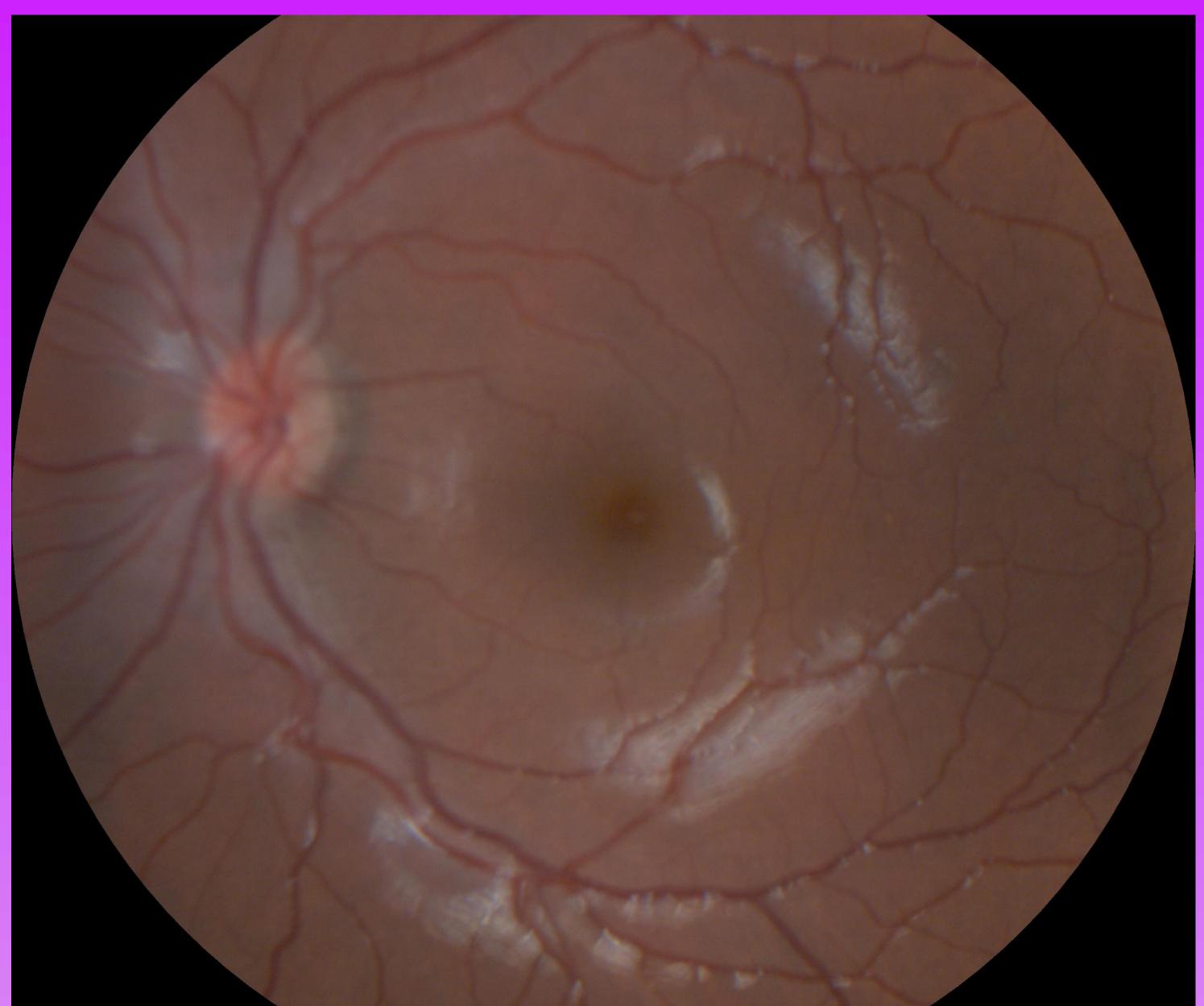


Figura 1.- Retinografías OD y OI antes del tratamiento



Manejo y seguimiento

El oftalmólogo realiza fondo de ojo y evidencia papiledema vs pseudopapiledema sin pérdida de AV con tomografía de coherencia óptica (OCT) sin alteraciones, campimetría normal y ecografía sin evidencia de drusas. Por lo que se decide interconsulta con neurología para valoración.

En neurología se realiza resonancia magnética (RMN) cerebral donde se observa que el complejo vainanervio óptico es normal en ambos ojos.



Tratamiento y evolución

A pesar de las cifras de presión intracraneal normal (dado el papiledema y la larga evolución del cuadro) se decide instaurar tratamiento con acetazolamida en espera de completar el estudio y evolución del papiledema. Se repetirá posteriormente RMN para control.

Tras 6 meses con el tratamiento se repiten pruebas y se decide discontinuar el tratamiento ya que no presenta déficit de AV, cefaleas ni defecto campimétrico y la RMN es normal.



Cuando nos encontramos con una alteración del nervio óptico, es necesario establecer su etiología y hacer un buen diagnostico diferencial, pues en ausencia de traumas puede indicar la existencia de tumor cerebral o medular, así como hemorragias intracerebrales. Un aumento de la presión intracraneal debe ser solucionado rápidamente para que las consecuencias sean mínimas.

En nuestro caso se remitió a la paciente desde el establecimiento sanitario de óptica al servicio de oftalmología para hacer campo visual y OCT y valorar en neurología.

A través de la anamnesis obtendremos información para establecer el diagnóstico, pero en pacientes pediátricos no siempre resulta sencillo debido a la dificultad que tienen para diferenciar los procesos agudos de los crónicos o para definir si el trastorno que padecen es congénito o adquirido.

Debido a esto, la exploración y los resultados de las pruebas como OCT, RMN, analíticas, punción lumbar, campimetría, potenciales evocados visuales resultan determinantes no tan solo para establecer un buen diagnóstico, sino para valorar la mejoría tras el tratamiento.

Una buena observación de la papila debe hacerse habitualmente en consulta. Además, tenemos que saber cuáles son las pruebas complementarias a realizar en caso de sospecha de patología y derivar al profesional adecuado.

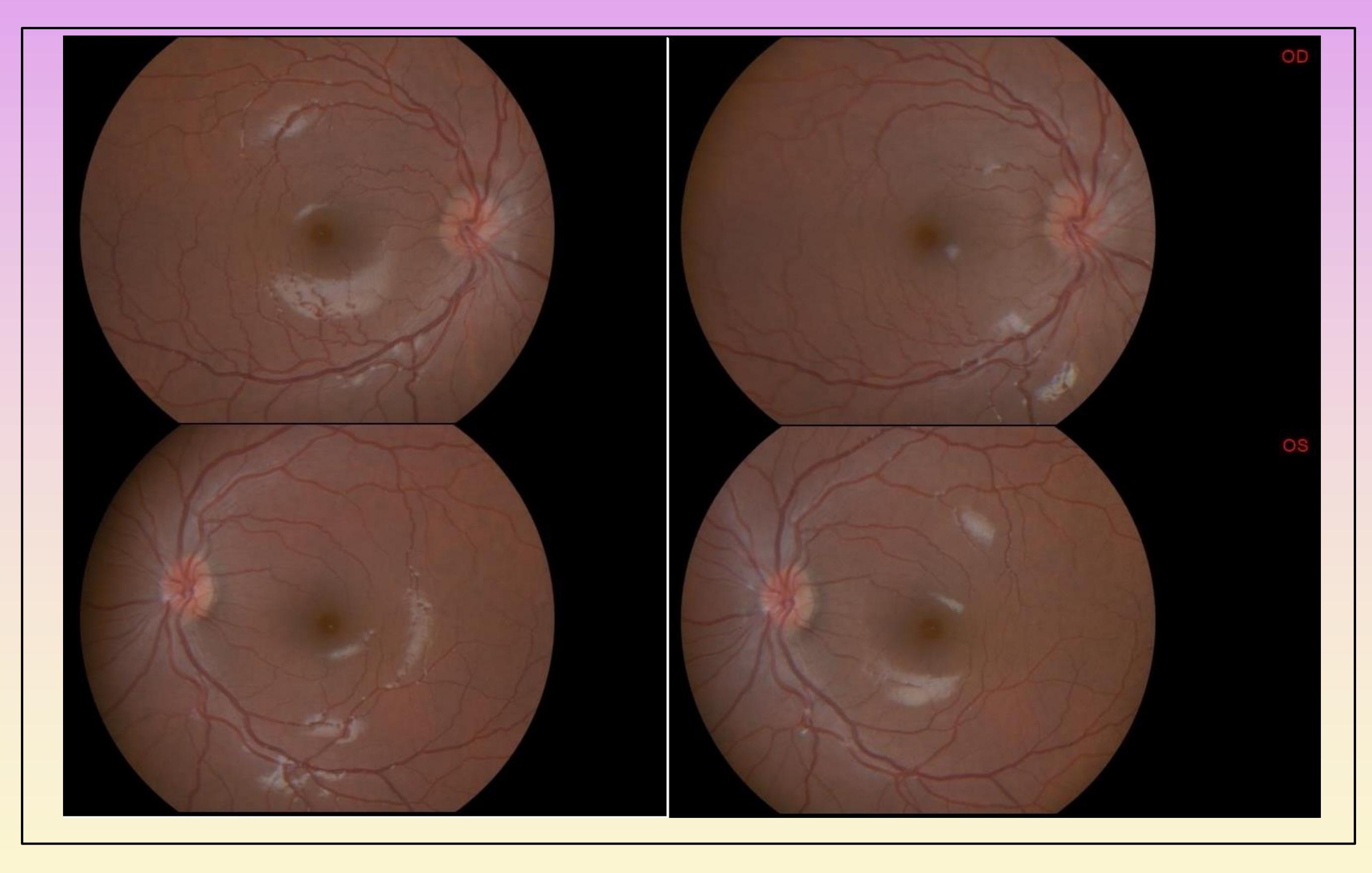


Figura 2.-Comparacion Retinografías OD y OI (antes y después del tratamiento)

Referencias:

- 1. Aylward sc, Reem RE. Pediatric Intracranial Hypertension. PediatrNeurol. 2017 Jan; 66: 32-34.
- 2. Kovarik JJ, Doshi PN; Collinge JE, Plager DA. Outcome of pediatric patients referred for papilledema. JAAPOS, 2015 Aug;19(4):344-8.
- 3. Muñoz S, Gascón J, Reñé R, Arruga J, Sánchez-Dalmau B. Neuropatías ópticas: Diagnóstico y tratamiento. Sociedad Española de Oftalmología, 2002. 8: 157-171.
- 4. Muñoz S, Prat J. Neuropatías ópticas: Diagnóstico y tratamiento. Sociedad Española de Oftalmología, 2002; 11: 242, 253, 257.
- 5. Llompart R. Hallazgos y manejo de la neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica por hipertensión nocturna. Gaceta óptica 2004; 387: 11.
- 6. Kanski JJ, Atlas de oftalmología clínica; 393-395.