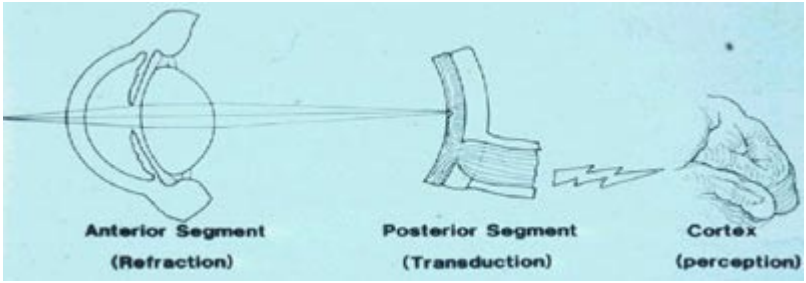
Neuritis Optica

Su médico piensa que usted ha tenido un episodio de neuritis óptica. Esta es la causa más común de pérdida visual súbita en un paciente joven. Se asocia comúnmente con dolor alrededor del ojo, particularmente al mover el ojo.

Anatomía:

Nosotros no vemos con nuestros ojos solamente. Nuestros ojos envían un mensaje a través de los nervios ópticos hacia la parte posterior del cerebro (lóbulo occipital) donde la información se interpreta como una imagen.

Las fibras del nervio óptico están cubiertas con mielina que ayuda



a conducir los estímulos eléctricos de vuelta hacia el cerebro.

Fisiología:

En la forma más común de neuritis óptica, el nervio óptico ha sido atacado por el sistema inmune hiperactivo del propio cuerpo. El sistema inmune es muy importante para nuestro bienestar. Es el responsable de la defensa contra las bacterias y virus que pueden causar infección. En la neuritis óptica y otras enfermedades auto inmunes, el sistema inmune del cuerpo ha decidido que tejidos normales son extraños y por lo tanto lo han atacado. En el caso de la neuritis óptica, la mielina que recubre al nervio óptico se ha transformado en el blanco del ataque como si fuera un material extraño del cuerpo. Una infección viral que puede haber ocurrido años o aun décadas más temprano puede haber causado una susceptibilidad a tiempo después

padecer un episodio agudo de neuritis óptica. Lo que inicia la pérdida súbita de la visión y la disfunción del nervio óptico en este momento es desconocido pero probablemente ocurre en individuos con un cierto tipo de sistema inmune. La inflamación asociada con la neuritis óptica puede resultar en dolor (particularmente con el movimiento del ojo). En algunos casos de neuritis óptica puede haber un compromiso más extenso que incluye el otro nervio óptico, el quiasma (donde los dos nervios ópticos se juntan), u otros tejidos en el cerebro.

Síntomas:

El síntoma más común de la neuritis óptica es la perdida súbita de la visión. Los pacientes suelen describir esto como visión borrosa, oscurecida o simplemente pérdida de la visión en el centro o en una parte del campo visual. En casos leves, puede parecer que “el contraste se ha reducido”

o que los colores parezcan “como lavados”. Esto puede variar, y es frecuente que progrese desde el momento de presentación inicial.

El segundo síntoma más comúnmente asociado con la neuritis óptica es el dolor en los tejidos alrededor del ojo, que aumenta con el movimiento ocular.

Signos:

La neuritis óptica puede ser difícil de diagnosticar, ya que el ojo aparece perfectamente normal a la inspección. A menudo, el interior de su ojo también se ve normal. Menos comúnmente, pacientes pueden tener edema del disco óptico (el comienzo del nervio óptico dentro del ojo) en la parte posterior de su ojo. Esto se llama papilitis. Un signo usualmente detectado por su oftalmólogo, es la presencia de una pupila de Marcus Gunn o defecto pupilar aferente. Esto indica que hay menos luz percibida por el ojo afectado

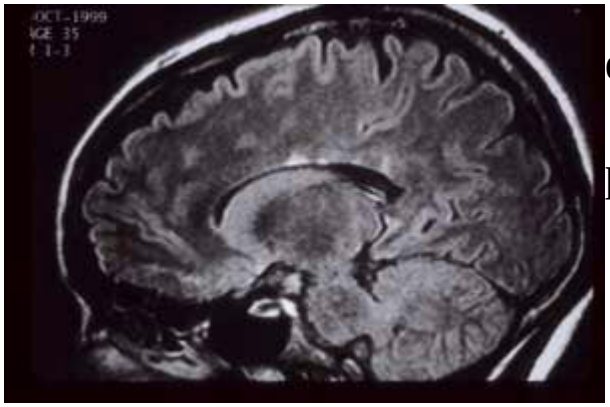
cuando se compara con el ojo normal. Esto se observa iluminando alternativamente sus dos ojos con una luz intensa, mientras se observa como reacciona su pupila.

Pronóstico:

El dolor cede generalmente en unos pocos días. Los problemas visuales se mejoran en la mayoría (92%) de los pacientes. Existen casos excepcionales donde la pérdida visual continua o se empeora. Aun en el 92% de los pacientes que mejoran, generalmente no lo hacen en forma total, y no regresan completamente a lo normal. Algunos pacientes pueden quedar con visión borrosa, oscurecida o distorsionada. Frecuentemente los colores parecen lavados o apagados. El período de recuperación visual, lleva a veces varias semanas o meses, aunque pueden recuperarse más rápido o más lentamente, según sea el caso.

Variaciones posteriores en la visión son comunes, a menudo asociadas con el ejercicio o un baño o ducha caliente. Esto es conocido como el efecto de Uhthoff, y se cree que está relacionado con el daño a la capa de mielina. Los pacientes que notan este problema tienen más posibilidades de empeorar.

La neuritis óptica puede recurrir en el mismo ojo, en el otro ojo o en otras partes del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal). Esto puede resultar en episodios recurrentes de disminución o pérdida de la visión o problemas de debilidad muscular, perdida de la sensación u otros signos de compromiso del cerebro. Una resonancia magnética puede ayudar a su médico a



estimar las posibilidades

de una recurrencia.

Estudios adicionales son a veces necesarios para confirmar la sospecha de neuritis óptica. Estos incluyen potenciales visuales evocados (un estudio donde se le muestran un patrón de luces en forma de un tablero de ajedrez, y señales registradas desde electrodos adheridos a su cuero cabelludo) que sirven para demostrar una demora en la conducción nerviosa debido a daño de la mielina.

Tratamiento:

Un importante estudio de investigación clínica (el Optic Neuritis Treatment Trial (ONTT)) sugirió que la posibilidad de recuperarse de un ataque de neuritis óptica a los 6 meses de ocurrido, era igual si se lo trataban con esteroides o placebo (píldoras de azúcar). Los pacientes tratados con esteroides orales (en píldoras) parecen tener más riesgo de recurrencias, y por ello los esteroides orales no se recomiendan para el tratamiento de la neuritis óptica. Los pacientes tratados con esteroides intravenosos, tuvieron una recuperación de la visión más rápida en ese estudio, aunque la visión final no fue mejor que aquellos pacientes no tratados. Por lo tanto, los esteroides intravenosos son recomendados para los pacientes con compromiso severo o de ambos ojos. Este estudio clínico también sugirió que el uso de esteroides intravenosos en los pacientes de alto riesgo (determinado por sus imágenes de resonancia

magnética) podría tener una reducción en la posibilidad de un segundo ataque en los próximos 3 anos. Estudios recientes han sugerido que la posibilidad de desarrollar una recurrencia puede reducirse al iniciar tratamiento con otras medicaciones después de los esteroides intravenosos iniciales en los pacientes de alto riesgo.

La resonancia magnética es importante para establecer el riesgo de progresión o recurrencia. Su médico podrá responder sus preguntas acerca del tratamiento mas adecuado para su caso.

Preguntas más frecuentes:

Por que sucede esto?

Todavía no se conocen bien las causas de la neuritis óptica. Es posible que esto resulte de la combinación de una forma

particular de sistema inmune con la exposición previa a una infección viral.

Que va a suceder con mi visión?

En la mayoría de los pacientes, la visión mejora. Es posible que no mejore completamente de vuelta a lo normal, pero generalmente mejora en forma sustancial sea tratado o no.

Puede el tratamiento con esteroides mejorar mi visión?

El tratamiento con esteroides intravenosos ha demostrado acelerar la recuperación pero no cambia el nivel de recuperación última, en el promedio de los pacientes. No tenemos ninguna manera de garantizar que la visión se recuperara en algunos pacientes y no en otros.

Tengo yo esclerosis múltiple?

Esclerosis múltiple es una enfermedad donde el propio sistema inmune ataca áreas diversas del sistema nervioso en múltiples ocasiones. Un episodio de neuritis óptica puede

ser la primera manifestación de esclerosis múltiple. Con un solo episodio, sin evidencia de compromiso de otras áreas, no podemos hacer el diagnostico de esclerosis múltiple.

Una resonancia magnética ayuda a diferenciar los pacientes de alto y bajo riesgo. Evidencia del compromiso de otras áreas, sugiere que usted puede tener un mayor riesgo de recurrencias y por lo tanto de esclerosis múltiple. Su doctor puede sugerir una consulta con un neurólogo para discutir los tratamientos posibles para evitar recurrencias. Aunque una resonancia magnética normal no garantiza que otras recurrencias no puedan ocurrir con el tiempo, el pronóstico de una buena recuperación visual es lo más común en este episodio en particular.

Se puede prevenir la esclerosis múltiple?

Según los resultados del ONTT, el uso de altas dosis de esteroides intravenosos en pacientes de alto riesgo (dos o

más lesiones en la resonancia magnética) podría demorar el comienzo de la esclerosis múltiple. Recientes estudios sugieren que nuevas medicinas también podrían disminuir las posibilidades de tener otro ataque, por lo tanto se sugiere comenzar tratamiento inmediato en pacientes de alto riesgo. Aun no tenemos ninguna cura para la esclerosis múltiple, pero los científicos continúan investigando esta enfermedad.