Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):109

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-26. - NECROSIS RETINIANA AGUDA. UNA VISIÓN RETROSPECTIVA EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

A. Valbuena Parra[1], D. Gómez Álvarez[1], A. Arranz Caso[1], M. Gorroño Echebarria[2], R. Jiménez Parras[2], J. de Miguel Prieto[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Resumen

Objetivos: La necrosis retiniana aguda (NRA) es un síndrome infrecuente que se presenta como cuadro de retinitis vaso oclusivo severo, en la mayoría de casos unilateral, y se asocia a infección por herpesvirus. El pronóstico es malo y según la literatura casi 2/3 partes de los pacientes quedan con disminución severa de la agudeza visual (AV).El objetivo de este trabajo es describir los casos de NRA diagnosticados en nuestra institución en los últimos 6 años.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos de NRA en el periodo 2006-2012 según los criterios de la Sociedad Americana de Uveítis, analizando las características demográficas, presentación clínica, tratamiento y evolución de los pacientes.

Resultados: Encontramos 6 casos con el diagnóstico de NRA, 5 varones (83,3%) y 1 mujer (16,7%) con edad media de 52,17 años. Todos ingresados y manejados conjuntamente por los servicios de medicina interna (MI) y oftalmología (OFT).No patologías previas relevantes, excepto un paciente que sufrió NRA en el ojo contralateral 12 años antes y un varón con infección VIH e inmunodepresión grave (CD4 < 50 cel/dl), en el que la NRA fue el debut de la enfermedad. La presentación clínica fue: &#39Ojo rojo&#39 en 3 casos, perdida súbita de agudeza visual 2 y visión borrosa 1. La presentación fue unilateral en todos los casos (OD: 3 y OI: 3). En 3 casos el proceso inflamatorio se localizó en la región temporal y el resto tenía afectación parcheada periférica. Dos pacientes tenían infección VHS. En un caso la afectación ocular apareció tras un cuadro de varicela en un paciente adulto, con serología positiva a VVZ. En el resto no se disponemos de estudios serológicos. En 4 casos el tratamiento fue aciclovir y 2 Foscarnet (uno de ellos el paciente VIH), ambos por vía intravenosa durante dos semanas, seguido de aciclovir oral durante 6 semanas. El paciente con infección VIH continuó recibiendo aciclovir hasta que la cifra de CD4 fue > 100 CD4 (12 meses). Todos los pacientes recibieron antiagregantes, corticoides sistémicos, colirios ciclopléjicos y profilaxis para desprendimiento de retina (DR) con fotocoagulación láser. A pesar de ello, en cuatro casos se produjo DR y mala evolución de la agudeza visual (< 0,2). El paciente con NRA previa y el caso por VVZ siguieron una evolución más favorable manteniendo una agudeza visual de 0,7 y 1 respectivamente, después de 2 y 3 años de seguimiento. En ambos casos el diagnóstico y el tratamiento se realizaron muy precozmente. Uno de los pacientes que recibió Foscarnet presentó deterioro transitorio de la función renal que no motivó la suspensión del fármaco.

Discusión: La NRA es un proceso infrecuente en nuestro medio. Aunque el estudio serológico y microbiológico es importante para determinar la etiología, la imagen del fondo de ojo permite un diagnóstico empírico en casi todos los casos y justifica el tratamiento inmediato con antiherpéticos. La serología a VIH debe incluirse en el estudio de estos pacientes ya que puede ser el debut de la enfermedad como ocurrió en uno de los casos. Puede ocurrir recidiva del proceso en el ojo contralateral años después del primer episodio. La respuesta al tratamiento con aciclovir es favorable, respecto al proceso infeccioso, pero el pronóstico de la agudeza visual es malo, sobre todo si se produce DR. Solo el tratamiento muy precoz puede modificar este pronóstico. El tratamiento con foscarnet debe reservarse para casos en que se sospeche resistencia a aciclovir o coinfección por otros virus.

Conclusiones: La NRA es una patología con incidencia desconocida en nuestro medio. Es fundamental para el diagnóstico la sospecha clínica, la valoración por OFT y el manejo conjunto con MI, ya que su etiología infecciosa requiere de tratamiento IV, pruebas complementarias y seguimiento estrecho para detectar los posible efectos adversos del tratamiento y complicaciones a corto/largo plazo derivadas de la historia natural de la enfermedad.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.