



## IF-069 - NEURITIS ÓPTICAS INFLAMATORIAS NO ASOCIADAS A ESCLEROSIS MÚLTIPLE. EVALUACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y SISTÉMICAS

J. Peregrina Rivas<sup>1</sup>, M. Trigo Rodríguez<sup>1</sup>, D. Sánchez Cano<sup>2</sup>, R. Ríos Fernández<sup>2</sup>, J. Callejas Rubio<sup>2</sup>, J. García Serrano<sup>3</sup> y J. Sáez Moreno<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>UEAS, <sup>3</sup>Oftalmología, <sup>4</sup>Neurofisiología Clínica. Hospital San Cecilio. Granada.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el perfil clínico y pronóstico de las neuritis ópticas inflamatorias no asociadas a la esclerosis múltiple (NOINEM) en de pacientes estudiados por la Unidad de Enfermedades Sistémicas y Autoinmunes del Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

**Resultados:** Se analizaron 15 pacientes (3V/12M) que habían padecido brotes de NOINEM. De los 15 casos, 7 se correspondieron con neuritis óptica inflamatoria (ION), 7 con neuritis óptica inflamatoria crónica recidivante (CRION) y 1 con neuromielitis óptica (NMO-NO). El rango de edad fue de 25 a 76 años, siendo la edad media de aparición del primer episodio de 40,9 años (DE 15,1). En el 60% de los pacientes la forma de presentación en el primer episodio fue la pérdida de visión y el dolor retrocular; en el 26,7% la pérdida de visión sin dolor retrocular; en el 6,7% el dolor retrocular sin pérdida de visión; en el 6,7% restante no quedó recogida en la historia clínica (HC) la forma de presentación. En el 60% de los casos, la afectación en el primer episodio de neuritis fue unilateral. En cuanto a las pruebas complementarias, el estudio de fondo de ojo demostró edema de papila en 6 pacientes y palidez de nervio óptico en 4, no presentando hallazgos de interés en 5 pacientes. En 8 de los pacientes se detectó algún anticuerpo en algún momento de la evolución: en 3 de las ION se detectaron varios anticuerpos (incluido ant-PR3 en un caso), en 2 ninguno, en 1 ANA aislados y en el caso restante AAF aislados; en 4 de los CRION no se detectó ningún anticuerpo, en 2 ANA aislados, en 1 AAF aislados y en ningún caso más de un anticuerpo; en el caso de NMO-NO no se detectaron anticuerpos antiaquaporina ni ningún otro. La punción lumbar fue realizada 5 pacientes, en ninguno de los cuáles se encontraron hallazgos de interés. La resonancia magnética con contraste se realizó en 14 pacientes, mostrando realce del nervio óptico en solo 2 casos. La tomografía de coherencia óptica fue realizada en 4 de los pacientes, encontrándose atrofia de papila en la mitad de los casos, edema macular en un paciente, y no hallando alteraciones en el caso restante. En todos los pacientes se realizaron potenciales evocados visuales en algún momento de la evolución, encontrándose alterados en 12 casos, de los cuáles en el 50% se detectó un patrón desmielinizante, en el 33,3% axonal y en el 16,7% una alteración mixta. Respecto al tratamiento, en 13 de las HC quedó registrada la administración de corticoides como primer escalón terapéutico, obteniéndose respuesta clínica completa (RC) en 5 de los casos, respuesta parcial (RP) en un caso y recidiva

posterior o ausencia total de respuesta (AR) en 7. El 57,1% de las ION presentó RC a corticoterapia, 14,3% RP, 14,3% AR y en el 14,3% restante no quedó registrado este dato en la HC; en el caso de la NMO-NO no quedó registrada dicha respuesta. De los 7 pacientes que recibieron tratamiento con un segundo inmunosupresor (IS) la azatioprina fue el más frecuente. De los pacientes que recibieron tratamiento con un segundo fármaco, sólo 2 presentaron RC. 4 pacientes llegaron a recibir un tercer IS.

*Conclusiones:* El perfil clínico típico de las NOINEM fue el de una mujer de mediana edad con dolor retrocular unilateral con pérdida de visión ipsilateral. Respecto al tratamiento y pronóstico, en nuestra muestra la respuesta a corticoides en ION fue parcial o ausente en prácticamente la mitad de los casos, siendo preciso el uso de un segundo IS. La mayoría de estos pacientes presentaron una respuesta clínica subóptima, siendo necesaria la administración de un tercer IS. Destacar que nuestra serie de casos es reducida, por lo que no es posible extraer conclusiones estadísticamente significativas.