

# Comunicación en e-póster

Patología / Farmacología

17-02-2012 • 10:45 - 11:00 → T 5 • 377

## Amiodarona: neuropatía óptica tóxica versus neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica

### Autores:

García Antelo, Lucía - A Coruña <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> Universidad Europea de Madrid.

En este trabajo se expone el caso de un paciente en tratamiento con amiodarona que desarrolla una neuropatía óptica.

La amiodarona es un agente antiarrítmico que posee numerosos efectos secundarios a nivel sistémico y ocular. A nivel ocular puede causar una neuropatía óptica tóxica (NOT). Además, junto con la presencia de enfermedad cardiovascular, es un importante factor de riesgo para el desarrollo de neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA). Estas dos patologías poseen características clínicas muy similares que, en ocasiones, hacen imposible su diferenciación.

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FPG, mujer, 83 años. Señala pérdida de AV del OI. La apreciación de los síntomas es posterior a una cirugía para la extracción de catarata de ese ojo hace tres meses. Está en tratamiento con amiodarona por problemas cardiovasculares.

En la exploración clínica se hallan las siguientes alteraciones (las pruebas diagnósticas y resultados no mencionados carecen de relevancia clínica para el caso que se presenta):

- Medida de AV con test Snellen con la mejor corrección: OI 0.3.
- Test Ishihara: Discromatopsia del color rojo en el OI.

- Defecto pupilar aferente relativo del OI (DPAR).

- Oftalmoscopia. Relación Excavación/Papila OD: 1/10. Pali-  
dez del nervio óptico del OI.

- Biomicroscopia de segmento anterior: presencia de depó-  
sitos subepiteliales (córnea verticillata) y queratitis punteada  
superficial en ambos ojos.

Posteriormente, se realizan las siguientes pruebas comple-  
mentarias, obteniéndose los resultados descritos:

- Perimetría computerizada: hemianopsia altitudinal inferior  
en el OI.

- Tomografía de coherencia óptica: disminución del grosor  
de la capa de fibras nerviosas en el OI.

Se solicita, además, la realización de un análisis sanguíneo,  
incluyendo la medida de los niveles de proteína C reactiva  
(PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), para  
descartar una posible neuropatía óptica isquémica anterior  
arterítica (NOIA-A). Estos valores están dentro de la norma-  
lidad.

A pesar de las similitudes existentes entre NOIA-NA y NOT  
y de que algunas características clínicas que presenta el pa-  
ciente no están del todo claras, como, por ejemplo, el modo  
de instauración de la patología, la sintomatología expuesta  
es más típica de NOIA-NA, como se muestra en la tabla ad-  
junta, lo que hace que nos decantemos por este diagnóstico.

Diferentes tratamientos han sido planteados para esta pa-  
tología, sin que ninguno de ellos haya mostrado efectivi-  
dad clínica. En este caso se propone una revisión cardio-  
lógica para valorar la posibilidad de suspender la terapia  
con este fármaco, o bien reducir la dosis administrada del  
mismo, con el fin de disminuir los factores de riesgo y re-



ducir la probabilidad de recidiva o afectación del ojo contralateral.

Como conclusión, se debe destacar que las características clínicas compartidas entre NOIA-NA y NOT asociadas a amiodarona dificultan la llegada a un diagnóstico definitivo de las mismas. Por lo tanto, la realización de una rigurosa anamnesis nos

revelará información muy importante y necesaria para facilitar la llegada a este diagnóstico. Por otro lado, ante la inexistencia de un tratamiento efectivo para estas patologías, se recomienda valorar la posibilidad de retirar o, en su defecto, disminuir la dosis administrada de este agente antiarrítmico, con la finalidad de reducir los factores de riesgo y, con ello, la posibilidad de recidivas o afectación del ojo contralateral.

	<b>Características Típicas de Neuropatía Óptica Tóxica</b>	<b>Características Típicas de NOIA-NA</b>
<b>Lateralidad del edema de NO</b>	Bilateral	Unilateral
<b>Comienzo de síntomas</b>	Insidioso / Repentino	Repentino
<b>Defecto de CV</b>	Suave y periférico	Hemianopsia altitudinal
<b>DPAR</b>	No (o muy leve)	Sí
<b>Discos crowded</b>	No	Sí
<b>Resolución del edema</b>	Más de 2 meses	Menos de 2 meses
<b>Toxicidad Sistémica</b>	Sí	No