

Perfil clínico y epidemiológico de la atrofia óptica en el centro asistencial Barros Luco Trudeau

**Dr. Marcelo Unda¹, Dra. Natalia Urquiola², Dra. Nadia Barría³,
Dra. Elizabeth Henríquez⁴, Interna Rocío Beasáin⁵**

Resumen

Objetivos: Describir perfil clínico y epidemiológico de pacientes con diagnóstico de Atrofia Óptica (AO), atendidos en el Servicio de Oftalmología del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABLT), durante los últimos cinco años. Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se evaluaron las fichas clínicas de 52 pacientes con diagnóstico de atrofia óptica, atendidos en el Servicio de Oftalmología del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau, entre 2010 y 2016. Resultados: No se observa predominio de sexo en la muestra, con una curva bimodal, siendo los grupos más frecuentes desde 31 a 40 años y 61 a 70 años; las etiologías identificadas más frecuentes fueron Neuritis Óptica, traumatismo ocular y Neuropatía óptica isquémica (NOI). Un 37 % de los casos presentaron compromiso bilateral. El pronóstico visual fue malo, con agudeza visual (AV) menor a 0,1 en 64% de los casos. Conclusiones: La AO está presente en todos los grupos etáreos. Sus etiologías más frecuentes en nuestra muestra fueron Neuritis óptica, Traumatismo del nervio óptico y NOI. El retraso en la atención dificulta precisar la etiología. El nivel de compromiso visual es significativo, en condiciones de invalidez visual irreparable en la mayoría de la muestra, lo que pudiera mejorar con una atención más precoz.

¹ Profesor Asistente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. mundach@yahoo.es

² Residente de Oftalmología. Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

³ Residente de Oftalmología. Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

⁴ Oftalmóloga. Hospital Barros Luco Trudeau.

⁵ Interna de Medicina Universidad de Santiago de Chile.

Palabras Clave: *Perfil clínico, perfil epidemiológico, atrofia óptica, etiología, agudeza visual.*

Abstract

Objectives: To describe the clinical and epidemiological profile of patients with a diagnosis of Optic Atrophy (OA) treated at the Ophthalmology Service of the Barros Luco Trudeau Care Center (CABLT) during the last five years. Material and method: Retrospective descriptive study. Clinical records of 52 patients diagnosed with optic atrophy were evaluated at the Ophthalmology Service of the Barros Luco Trudeau Care Complex between 2010 and 2016. Results: There is no predominance of sex in the sample, with a bimodal curve, being the most frequent groups from 31 to 40 years and 61 to 70 years; The most frequent etiologies identified were Optic Neuritis, Ocular Trauma and Ischemic Optic Neuropathy. 37% of the cases presented bilateral compromise. The visual prognosis was poor, with visual acuity (AV) less than 0.1 in 64% of the cases. Conclusions: OA is present in all age groups. Its most frequent etiologies in our sample were Optic Neuritis, Trauma and NOI. Delay in care makes it difficult to determine the etiology. The level of visual commitment is significant, under conditions of irreparable visual disability in the majority of the sample, which could improve with an earlier attention.

Key words: *Clinical profile, epidemiological profile, optic atrophy, etiology, visual acuity.*

Introducción

La atrofia óptica es una importante causa de severa discapacidad visual en niños y adultos. Corresponde al estado final e irreversible de una muy variada gama de etiologías: inflamatoria de variado carácter, traumática, vasculares, isquémicas, tumorales, metabólicas, genéticas, entre otras (1,2).

El cuadro clínico es siempre un desafío diagnóstico, ya que no es infrecuente que la información clínica, desde el inicio del episodio causal del problema, no tenga registros adecuados o simplemente no existan, en especial en poblaciones con difícil acceso a la atención en salud.

Sin embargo, siempre será de máxima trascendencia lograr una aproximación diagnóstica lo más precisa posible, con una identificación etiológica adecuada, ya que al no contar con ello, no será posible proteger la indemnidad futura de la visión remanente y tampoco, excluir riesgos de salud general subyacentes en la evolución, ya que muchas veces la neuropatía óptica de origen forma parte de un problema multisistémico (3).

Siendo así, la evaluación de estos casos debe siempre incluir un examen clínico multidisciplinario, cuya orientación dependerá de cada caso clínico en particular, junto al estudio de laboratorio tan amplio como sea necesario, así como de una evaluación oftalmológica completa, que también incluirá siempre una gama de estudios de laboratorio condicionadas por el caso en particular (4). Concluida esta evaluación, si bien no será en general posible realizar tratamiento por el daño atrófico (salvo en casos

en donde el proceso de atrofia esté en fase evolutiva) siempre será necesario realizar un control posterior, que puede prolongarse por años.

Si bien hay casos en donde la más oportuna de las atenciones no garantiza una atención curativa, al estado actual del arte (por ejemplo, en las Neuropatías isquémicas no arteríticas) en el grupo de pacientes que nos corresponde atender en nuestro servicio, está presente el retraso en el acceso a la atención, como una dificultad agregada al manejo de estos casos.

Nos pareció necesario entonces, poder precisar el perfil clínico de los casos que hemos registrado en nuestra casuística, con el fin de poder mejorar, sobre la base de la información lograda, la situación de estos pacientes, con estrategias de intervención que estén acordes a lo que este estudio nos evidencie.

De este modo, el propósito del presente trabajo es levantar el perfil clínico, con énfasis en los aspectos etiológicos, así como aspectos relacionados con la gestión clínica, de los casos de atrofia óptica atendidos en nuestro servicio, en el curso de los últimos 5 años.

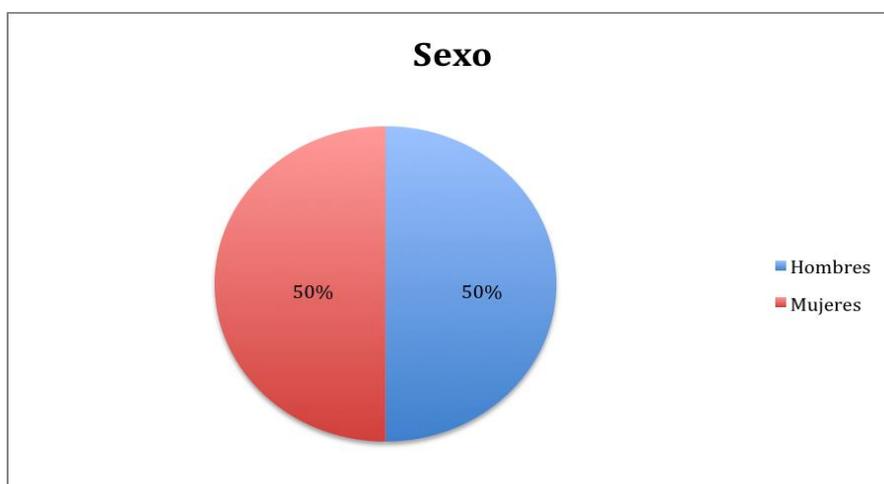
Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo de 52 casos atendidos en CABLT con diagnóstico de Atrofia Óptica, en los últimos 5 años. Se realizó la recolección de datos a partir de la ficha clínica de cada paciente. Registro de información en hojas Excel para su posterior procesamiento. Análisis estadístico con software Stata.

Resultados

Durante el período estudiado, se atendieron un total de 52 pacientes con diagnóstico de atrofia óptica, con igual distribución por sexo (ver gráfico 1).

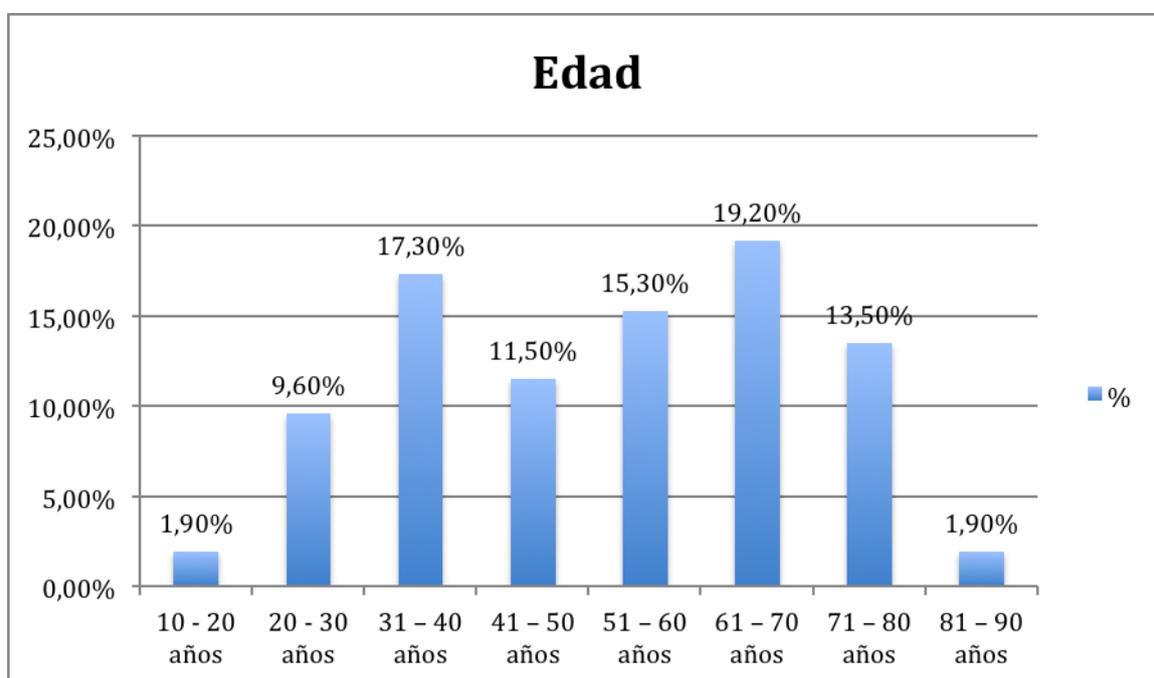
Gráfico 1.- Distribución por sexo



De acuerdo con el gráfico 1 se presentaron 26 pacientes mujeres (50%) y 26 pacientes hombres (50%) con diagnóstico de Atrofia óptica en el período estudiado.

La mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 49 años, con un rango que va entre 10 y 80 años. En el gráfico 2 se ilustra la distribución etaria de los 52 pacientes, observándose una curva bimodal, con la mayor cantidad relativa de casos en dos grupos etarios: de 31 a 40 años y entre 61 y 70 años, con porcentajes de 17,3% y 19,2%, respectivamente.

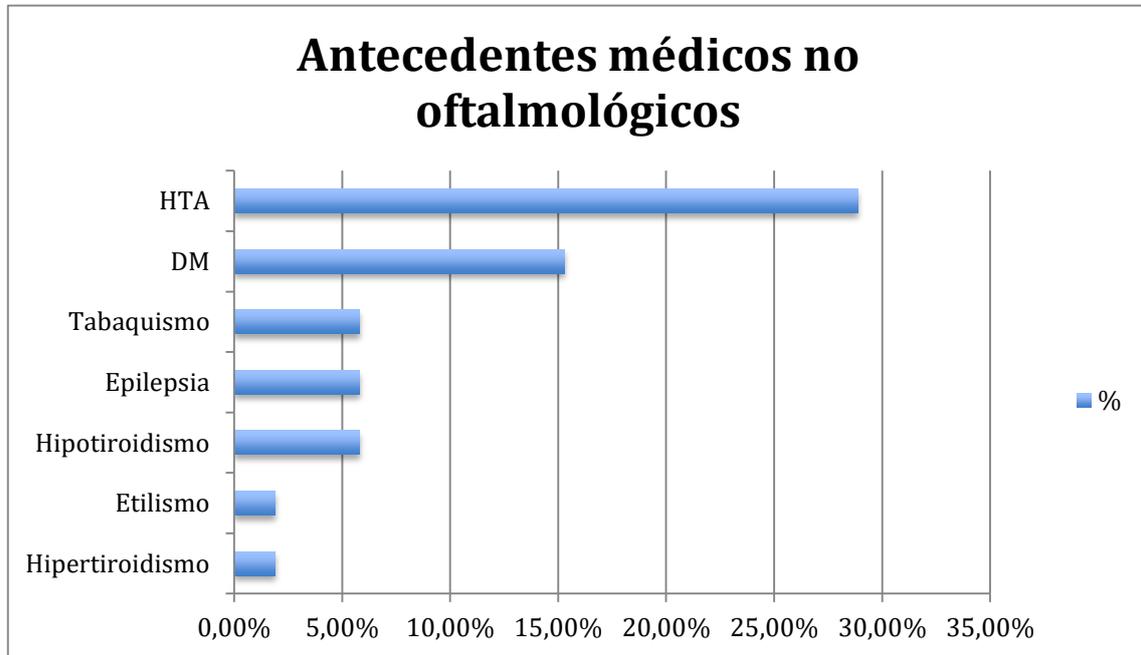
Gráfico 2.- Distribución de acuerdo a edad de los pacientes



En este gráfico se observa una curva bimodal, con el mayor número de casos entre los 31 y 40 años y entre los 61 y 70 años.

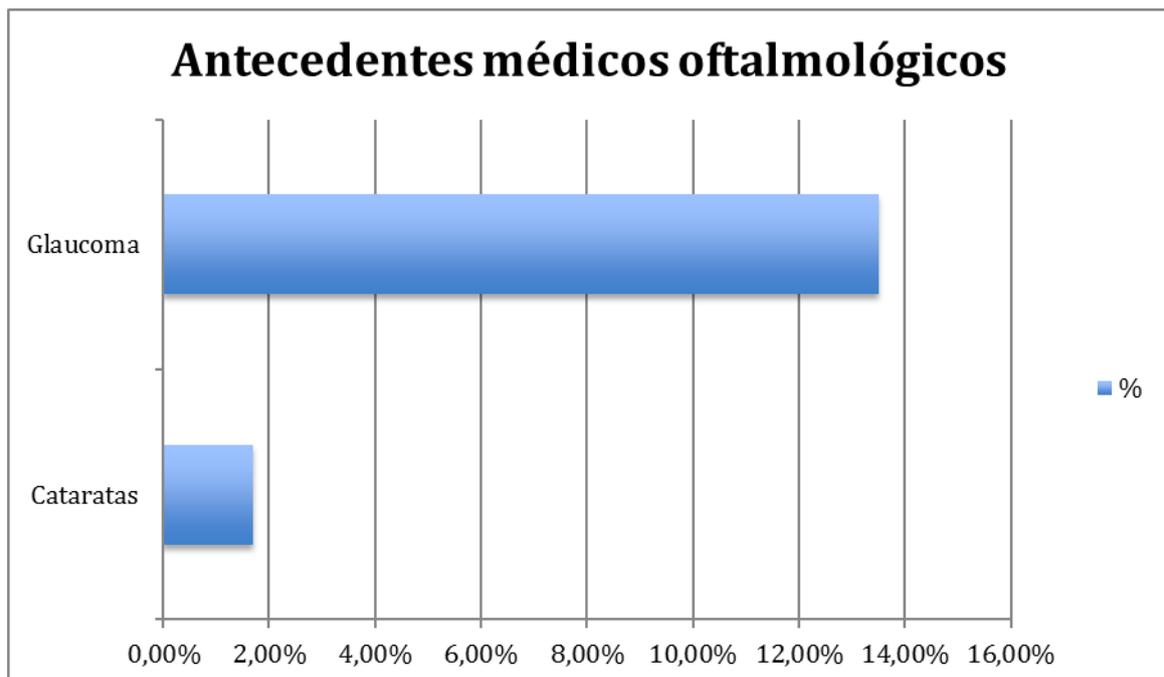
En los antecedentes de salud sistémicos presentes en los casos estudiados, un 29% presentaba el diagnóstico de Hipertensión arterial, 15,3% Diabetes Mellitus 2, 7,7% Disfunción tiroidea, 5,8% Epilepsia y 5,8% Tabaquismo (ver gráfico 3)

Gráfico 3: Antecedentes médicos sistémicos de los 52 pacientes con diagnóstico de atrofia óptica



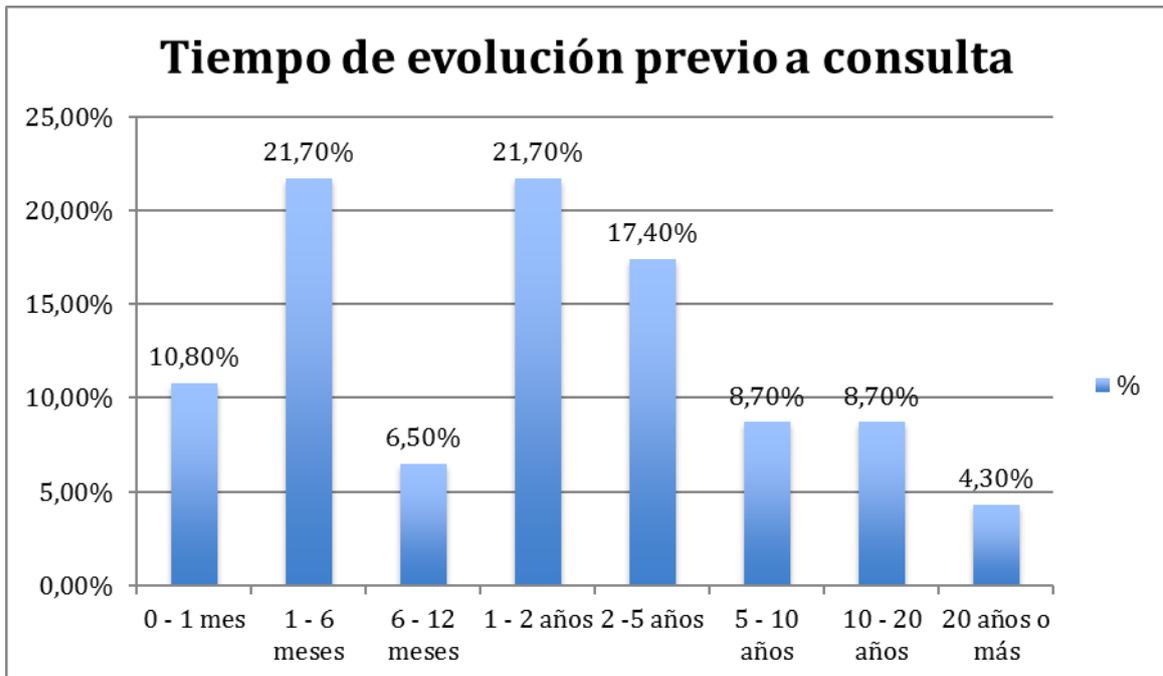
Las patologías oftalmológicas más frecuentemente asociadas fueron la catarata con un 1,7% (4 casos) y el glaucoma con 11,5% (6 casos) (ver gráfico 4).

Gráfico 4.- Antecedentes oftalmológicos más frecuentes



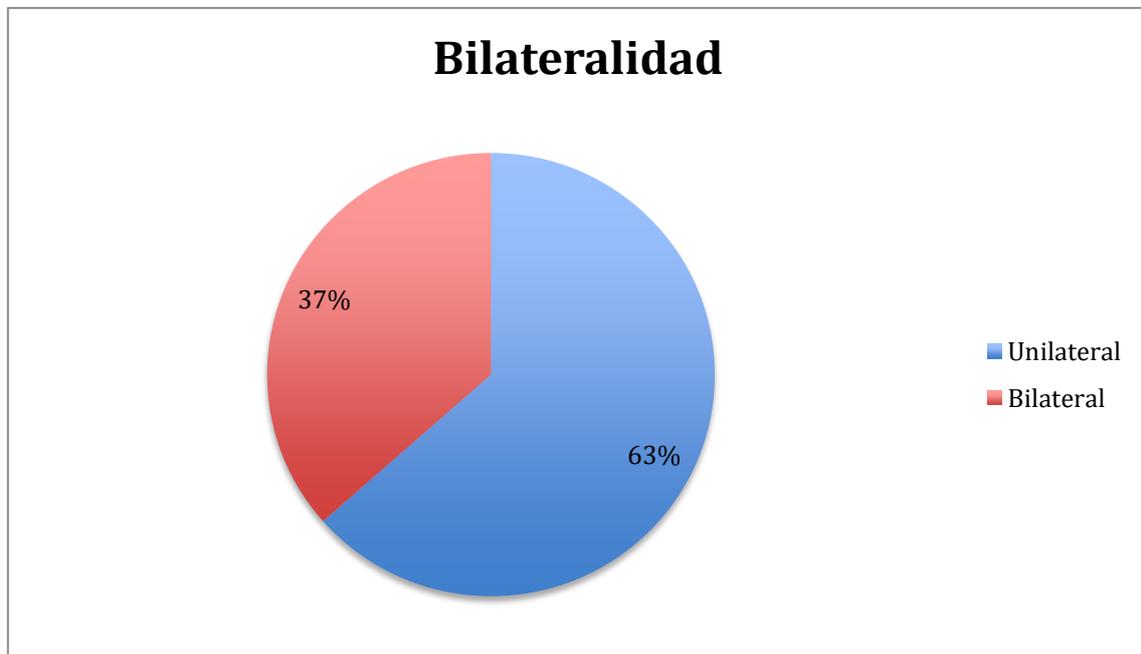
El tiempo promedio de evolución del cuadro clínico, al momento de la primera atención en nuestro servicio, fue de 12 meses, con un rango que va desde un mes hasta 20 años. En el gráfico 5 se observa que los pacientes consultan principalmente cuando llevan de uno a 6 meses con síntomas y luego con uno a dos años.

Gráfico 5.- Tiempo de evolución previo a la primera consulta



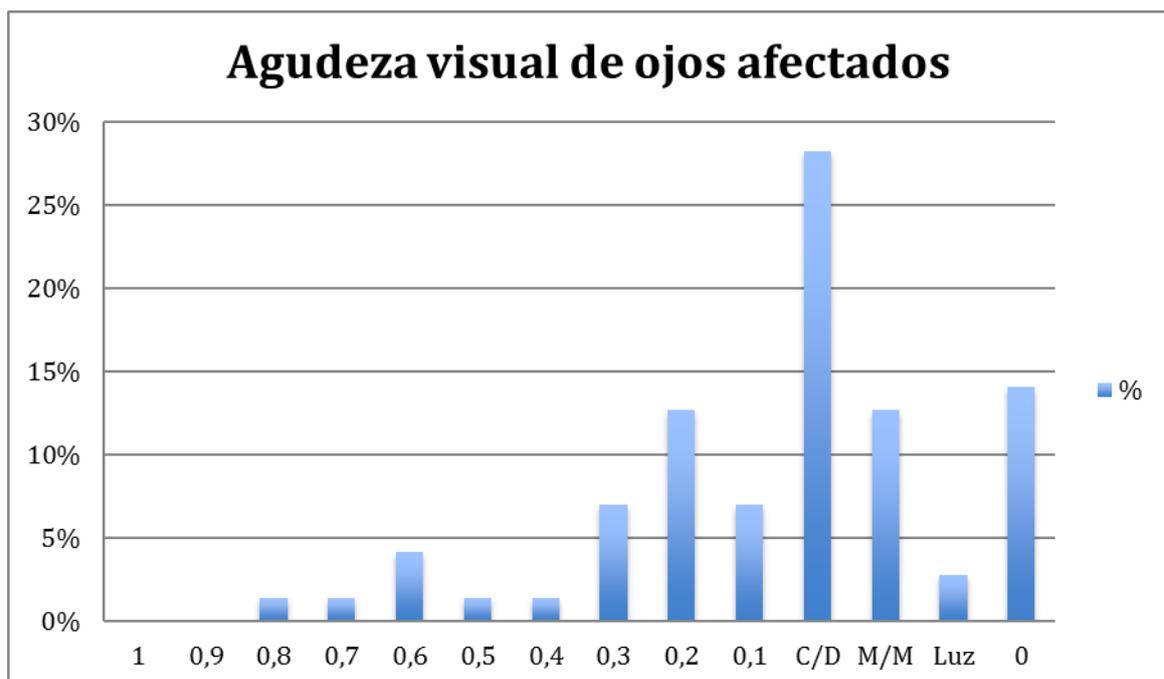
El cuadro se presentó en forma bilateral en el 37% de los casos, correspondiente a 19 pacientes (ver gráfico 6)

Gráfico 6.- Porcentaje de bilateralidad del cuadro de atrofia óptica en los 52 pacientes



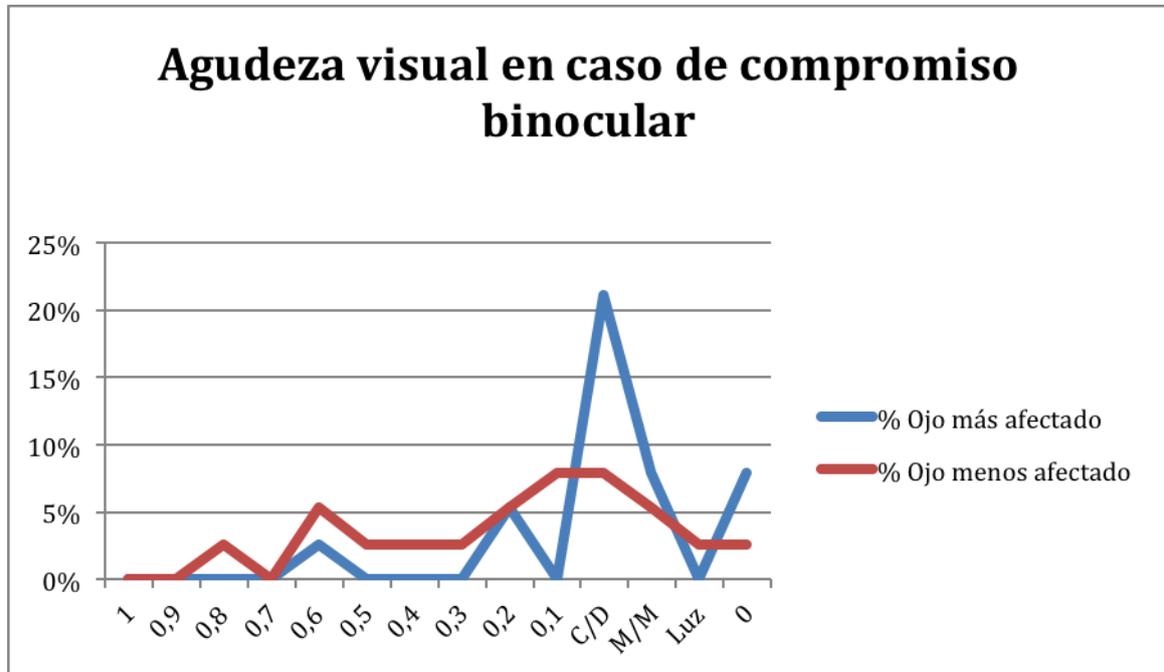
La agudeza visual de los ojos afectados fue menor a 0,1 en el 64% de los pacientes. Dentro de este porcentaje, la visión cuenta dedos fue la más frecuente, presente en 20 pacientes (28,2%). Además 10 pacientes presentaban visión cero al momento de la consulta (14,1%) (ver gráfico 7)

Gráfico 7.- Distribución del total de pacientes de acuerdo a agudeza visual



En el caso de pacientes con diagnóstico de atrofia óptica bilateral, la agudeza visual del ojo más afectado fue menor a 0,1 en un 37% de ellos (ver gráfico 8).

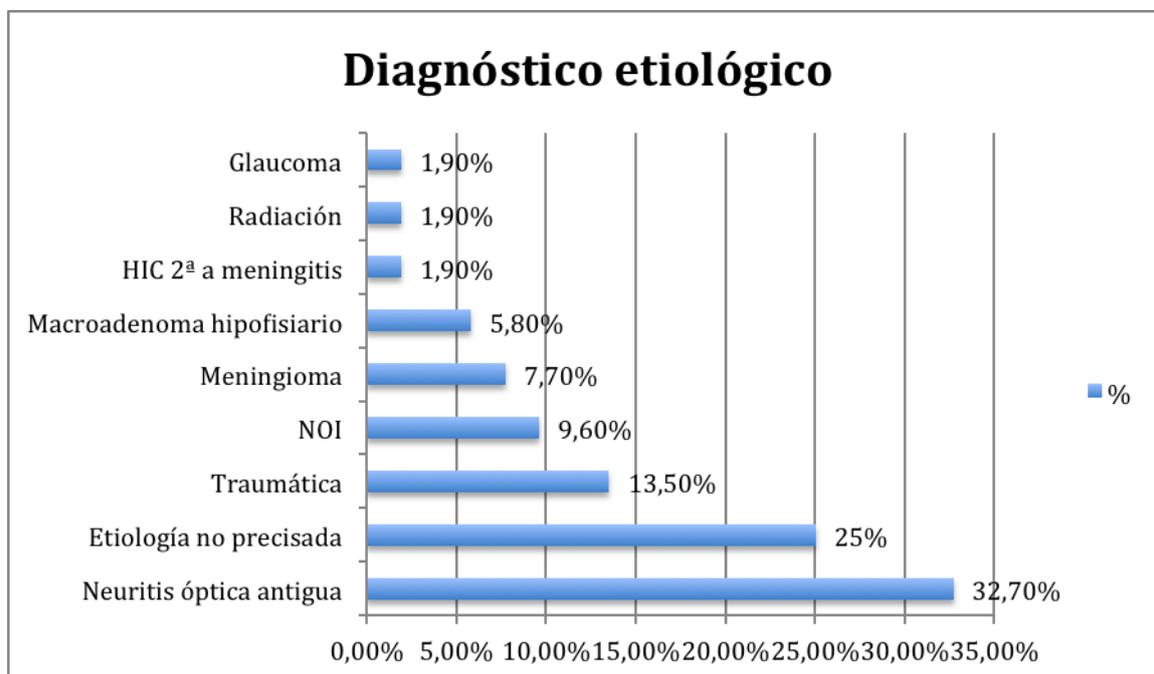
Gráfico 8 .- Agudeza visual de pacientes con diagnóstico de atrofia óptica bilateral



En el gráfico anterior se observa la mayor frecuencia, para ambos ojos, de visiones menores a 0,1.

Respecto al diagnóstico etiológico, la Neuritis óptica inactiva fue la causa más frecuente de atrofia óptica, presente en el 32.7% de los casos (17 pacientes), seguido por Traumatismo del Nervio óptico en un 13,5 %, Neuropatía óptica isquémica (NOI) en un 9.6% de los casos, Tumores en un 13.5% de los casos (Meningioma en un 7.7%, Macroadenoma de hipófisis en el 5.8%), Hipertensión endocraneana en 1.9%, y Glaucoma en el mismo porcentaje. No se pudo precisar la etiología de la atrofia óptica en 13 pacientes (25%) (ver gráfico 9).

Gráfico 9.- Distribución del total de pacientes de acuerdo a etiología de la atrofia óptica



Al evaluar en particular los casos en donde la atrofia del Nervio Óptico es bilateral, las etiología encontradas han sido: Neuritis óptica antigua en un 42.1% de los casos, Traumatismo de Nervio óptico en un 10.5%, Meningioma en 10.5% Macroadenoma de Hipófisis en un 10.5% Hipertensión endocraneana en un 5.3 %, y Glaucoma con igual porcentaje. No se pudo precisar la etiología en el 15,7% de los casos (ver gráfico 10).

Gráfico 10.- Diagnóstico etiológico en casos bilaterales

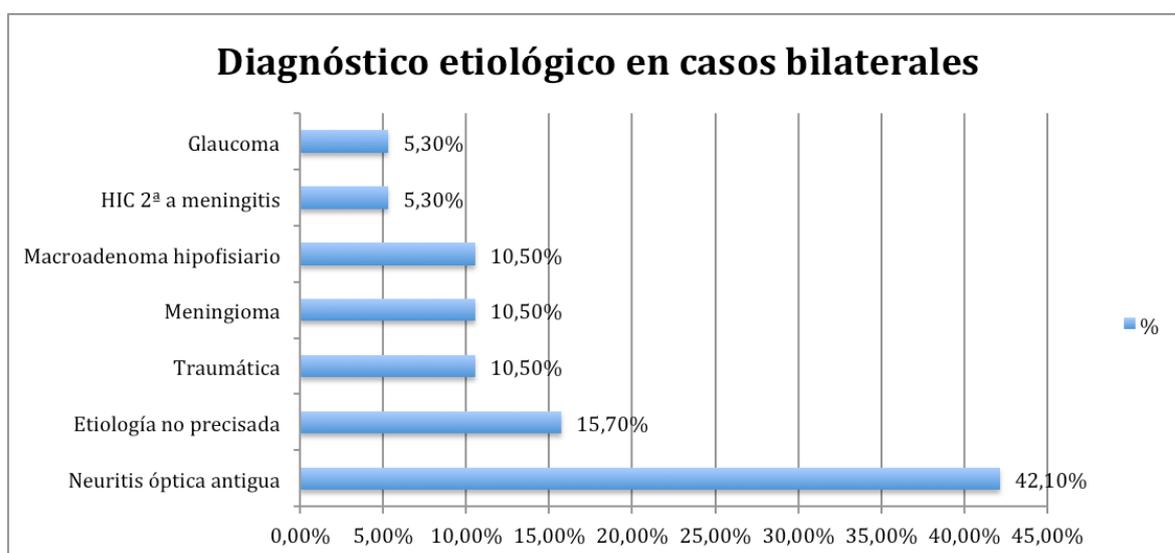
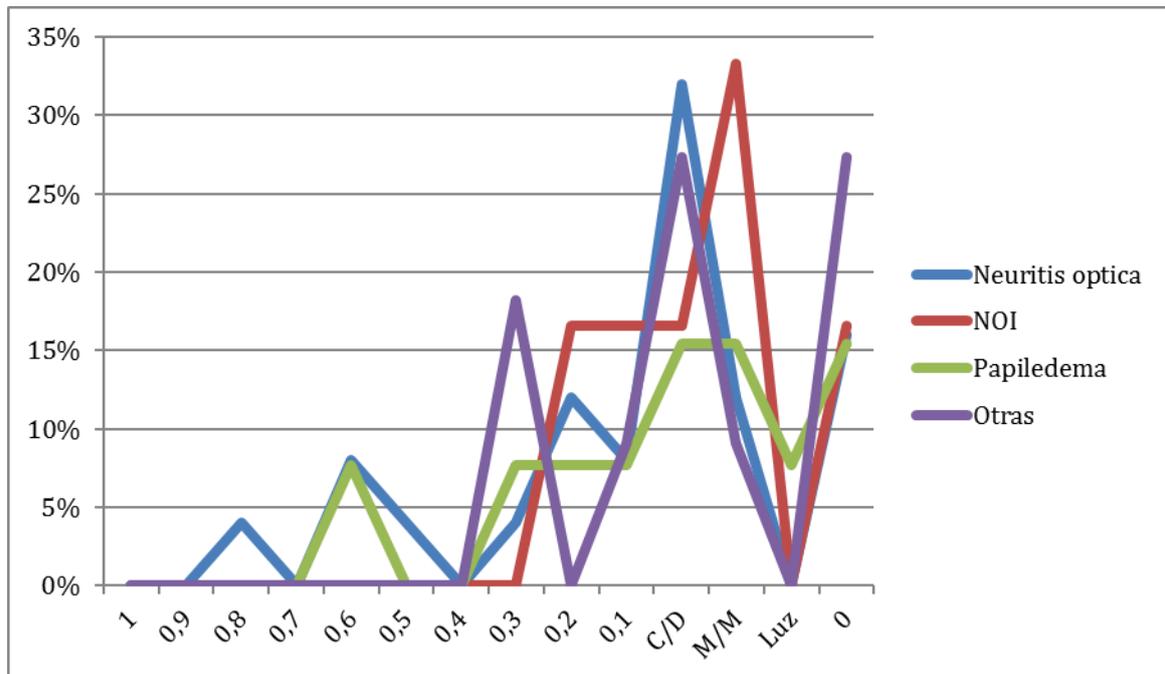


Gráfico 11.- Agudeza visual según etiología.



En relación a los exámenes solicitados para el estudio de los casos, se realizó Campo Visual Goldman y estudio de Laboratorio general, realizándose también estudio de Glaucoma, Angiofluresceinografía retinal, Estudio de Neuroimagenes, como Resonancia Nuclear Magnética y Tomografía axial de encéfalo y orbitas, dependiendo del caso clínico. El estudio de Laboratorio General estuvo particularmente orientado a pesquisa de patología metabólica y autoinmunitaria. No realizamos estudios genéticos. Amén de la alteración universal de los Campos visuales, con perfil campimetrico concordantes con las etiologías enunciadas, excepto en los casos de NOI, en donde tenemos pacientes sin la imagen campimétrica clásica, el rendimiento de los otros exámenes, desde el punto de la gestión clínica, fue muy bueno (sobre 85 % con alteraciones compatibles con la etiología en exámenes alterados).

El número de atenciones requeridas para formular el diagnóstico fue 1 para el 75% de casos (39 pacientes), 2 para el 17 % (9 pacientes) y 3 para el 8,5 % (4 pacientes) (ver grafico 12).

Gráfico 12.- Número de consultas requeridas para llegar al diagnóstico



Discusión

Lo primero será precisar que esta revisión no puede entenderse como representativa de un estudio poblacional de la Atrofia Óptica, en particular en lo referente a sus etiologías, ya que la muestra utilizada no es representativa de la población total. Esto debido al sesgo de ser un centro terciario, de derivación, por lo que podrían seleccionarse los casos más complejos. Sin embargo, es útil para conocer el perfil de la situación desde un Hospital Público, como es el Barros Luco Trudeau, muy representativo del sector sur de Santiago.

En nuestra casuística, el diagnóstico de atrofia óptica se presentó con igual frecuencia en hombres y mujeres, tendencia que difiere de lo reportado en un estudio de 100 casos de India, en que la atrofia óptica fue más frecuente en hombres, con un 66% (5). En este mismo estudio, la mayor prevalencia fue durante las primeras cuatro décadas de la vida, observándose en nuestra serie una curva bimodal, con las mayores prevalencias entre los 31 a 40 años y entre los 61 a 70 años (5). La distribución etaria, con dos grupos de mayor frecuencia, probablemente informa de los casos de Neuritis óptica en la juventud y de los vinculados a los cuadros metabólicos y vasculares, en el grupo etario mayor.

En nuestra serie, la presentación bilateral fue de 37%. En la literatura se reportan porcentajes muy variables de bilateralidad, que van desde 31% a 72% (5,6). En cuanto a agudeza visual, en los casos unilaterales, un 64% presentaba visión $<0,1$. Este porcentaje bajaba casi a la mitad en pacientes con compromiso bilateral (evaluando mejor ojo). Esto es similar a lo observado en otras casuísticas, quedando en

evidencia entonces que el compromiso visual es severo en la mayoría de los casos, llevando en el ojo afectado, a compromisos propios de la invalidez visual en nuestro medio (7). Se observa una tendencia a evidenciar a la NOI como el cuadro que mayor daño visual provoca, pero debe considerarse la poca representatividad de la muestra para tomar esas conclusiones.

El análisis de la información alerta sobre las dificultades existentes para brindar atención oportuna a pacientes con estas patologías. El tiempo de evolución del cuadro, previo a la primera consulta, fue de 12 meses. En este sentido, una oportuna asistencia oftalmológica de los pacientes que acusan pérdida brusca y severa de su visión, podría modificar los resultados.

Respecto a la etiología de la atrofia óptica, no pudo ser precisada en un 25%, porcentaje bastante menor al observado en otras casuísticas, que reportan porcentajes de 50 a 62% (4,7). De todos modos, la alta frecuencia de casos en donde no es posible llegar a la etiología, podría entenderse como expresión de la ausencia de atención en el periodo crítico, activo, del cuadro que luego llevo a la atrofia óptica.

Las causas más frecuentes de atrofia óptica, tanto uni como bilateral, fueron neuritis óptica (32,7%), tumores (13,5%), traumatismo nervio óptico (13,5%) y neuropatía óptica isquémica con un 9,6%. En tal sentido, llama la atención el número de casos cuya etiología ha sido la Neuritis óptica lo que evidencia que, siendo este un cuadro en general de mucho mejor pronóstico, llegan a consultar en forma muy seleccionada sólo los casos más severos de esta etiología. A la vez, la presencia de la etiología traumática como causa preponderante, compartiendo el segundo lugar con tumores en nuestra serie, puede explicarse porque al Servicio de Oftalmología llegan pacientes derivados desde el Servicio de Urgencia con casi un millón y medio de habitantes a cargo. Al comparar nuestros resultados con otras series, se presentan casi las mismas etiologías, sin embargo, la más frecuente es la tumoral (2,4,5,8) y sólo un porcentaje muy bajo se asocia a traumatismos del nervio óptico (8, 9).

El estudio de estos casos es laborioso, pero imprescindible, para ampliar el nivel de seguridad visual y de salud sistémica futura de los pacientes afectados

Conclusiones

La AO no presenta diferencias de frecuencia por género, está presente en todos los grupos etarios, las etiologías más frecuentes en nuestra muestra han sido Neuritis óptica, Traumatismo y NOI. El retraso en la atención, dificulta precisar la etiología. Es un cuadro invalidante en 64% de casos, y bilateral en 37% de los casos. El campo visual es de gran ayuda en la identificación etiológica.

Una atención más precoz de los pacientes, en el periodo activo del cuadro causal, podría modificar el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee AG, Chau FY, Golnik KC, Kardon RH, Wall M. The diagnostic yield of the evaluation for isolated unexplained optic atrophy. *Ophthalmology*.2005;112(5):757-759.
2. Menon V, Arya AV, Sharma P, et al. An aetiological profile of optic atrophy. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1992; 70: 725–9.
3. Denne C et al. Prävalenz der optikusatrophie. *Klin Monatsbl Augen heilkd* 2003; 220:767-773.
4. Oluleye TS, Ajaiyeoba AI, Fafowora OF, Olusanya BA. The aetiology of optic atrophy in Nigerians - a general hospital clinic study. *Int J Clin Pract* 2005;59:950-2
5. Chaddah M R, Khanna K K, Chawla G D. Optic atrophy (Review of 100 cases). *Indian J Ophthalmol* 1971;19:172-6
6. Golnik K. Nonglaucomatous optic atrophy. *Neurol Clin* 2010;28:631-40
7. Olufunmilola A., Olusegun A. An analysis of non-glaucomatous optic neuropathy in Ibadan: 7 year experience. *NJ of Ophthalm.* 2014: Vol. 22.
8. Osaguona VB, Okeigbemen VW. Nonglaucomatous optic atrophy in Benin City. *Ann Afr Med* 2015;14:109-13
9. Pedro-Egbe CN, Cookey SA, Awoyesuku EA, Ani N. Non glaucomatous optic neuropathies in Port Harcourt. *Clin Ophthalmol* 2011;5:1447-50.