

CASO CLÍNICO

Azoor. Tras una lesión por latigazo cervical

L.M. Sádaba¹, J. Moreno², C. Sáinz², M.J. Maldonado², A. García Layana²

¹Licenciado en Medicina y Cirugía, ²Doctor en Medicina y Cirugía.
Departamento de Oftalmología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

RESUMEN:

Objetivo/Metodo: Se presenta un caso clínico de una paciente de 30 años que sufrió un accidente de tráfico en el cual fue diagnosticada de contractura cervical. Aproximadamente un mes después, la paciente percibe un escotoma en la región externa del campo visual del ojo izquierdo.

Resultado/Conclusiones: La TAC craneal, potenciales visuales evocados, test de los colores y RNM fueron normales. El estudio mediante oftalmoscopia, campimetría y OCT, sirvió para realizar el diagnóstico de retinopatía zonal externa aguda oculta (AZOOR).

SUMMARY:

Purpose/Method: To present a case of a 30 years old woman that suffered a car accident one year ago, diagnosed of cervical sprain. One month after the accident, the patient saw a black stein in the outer side of the visual field on the left eye.

Results/Conclusions: Brain CAT, evocated visual potenciales, color test and MRI were within of the normality. According with the ophtalmic examination, visual field test and OCT (optical coherence tomography), the diagnosis was acute zonal occult outer retinopathy (AZOOR).

Palabras clave

AZOOR; Traumatismo; OCT.

Key words

AZOOR; OCT; Cervical sprain.

Correspondencia

Dr. García Layana
Dpto. Oftalmología

Clínica Universitaria
Avda. Pío XII, s/n
31080 Pamplona

Introducción

La retinopatía zonal externa aguda oculta (AZOOR) 3 es un término de reciente aparición que sirve para englobar diversos cuadros como el síndrome de múltiples manchas blancas evanescentes, el síndrome de agrandamiento idiopático de la mancha ciega, la neuroretinopatía macular aguda, la coroiditis multifocal y el síndrome de pseudo presunta histoplasmosis ocular. Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de AZOOR tras una lesión por contragolpe cervical.

Presentación del caso

Paciente de 30 años que en diciembre de 1997 sufrió un accidente de circulación con lesión por contragolpe (latigazo cervical), diagnosticada de contractura cervical y del trapecio izquierdo.

Un mes después la paciente percibe una pérdida visual en la región externa del campo del ojo izquierdo. Fue vista en un servicio de oftalmología, en el que la exploración oftalmológica y la TAC craneal fueron normales, por lo que fue remitida a un servicio de neurología.

Tras dos semanas se le realiza una campimetría detectándose un aumento de la mancha ciega con un escotoma paracentral. Igualmente se le realizaron potenciales evocados visuales y resonancia nuclear magnética que resultaron normales, tras lo cual se descartó un origen neurológico para su sintomatología, y la paciente fue remitida de nuevo a un servicio de oftalmología.

CASO CLÍNICO

La paciente acudió a nuestro centro un año después del accidente para valoración oftalmológica. La paciente no toma medicación de forma habitual (ni ha tomado en el pasado anticonceptivos orales), ni padece enfermedades sistémicas, ni ha sido sometida a intervenciones quirúrgicas anteriormente. En el momento de la consulta la paciente se encontraba embarazada de cuatro meses y medio.

En la exploración oftalmológica se observó una agudeza visual corregida de la unidad. La exploración del segmento anterior del ojo fue normal. En el fondo de ojo se observó en el ojo derecho (Figura 1) una pequeña lesión cicatricial a nivel de la arcada vascular temporal inferior fuera del polo posterior y sin repercusión funcional. El nervio óptico era de color y aspecto normales y la mácula estaba respetada. En el ojo izquierdo (Figura 2) llamaba la atención la presencia de una zona alterada a nivel peripapilar que se correspondía con la alteración campimétrica presentada por la paciente. El nervio óptico era de color y aspecto normales y no existían alteraciones a nivel macular.

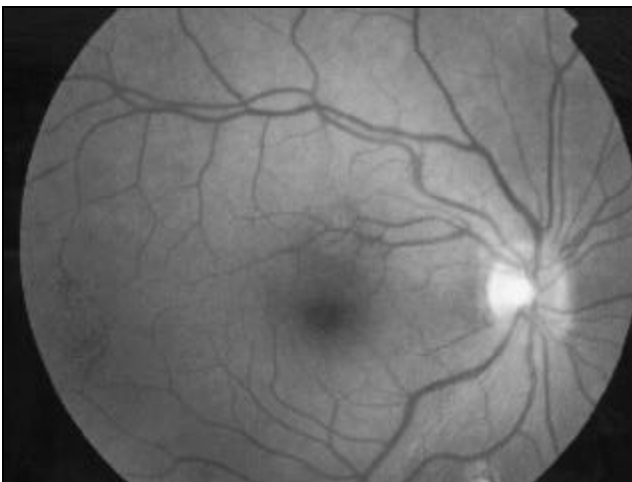
El test de los colores fue normal y la campimetría detectó en el ojo izquierdo la presencia de un escotoma absoluto (Figura 3) de localización paracentral y de unos 25° de tamaño que abarcaba la mancha ciega, la campimetría del ojo derecho (Figura 4) era normal. La tomografía óptica de coherencia (Figuras 5,6) con-

firmaba la presencia de una alteración a nivel de las capas externas de la retina, con disminución de la reflectancia, correspondiente a la capa de fotorreceptores a nivel del ojo izquierdo en la zona peripapilar. Con todos estos datos, el diagnóstico fue retinopatía zonal externa aguda oculta (AZOOR).

Comentario

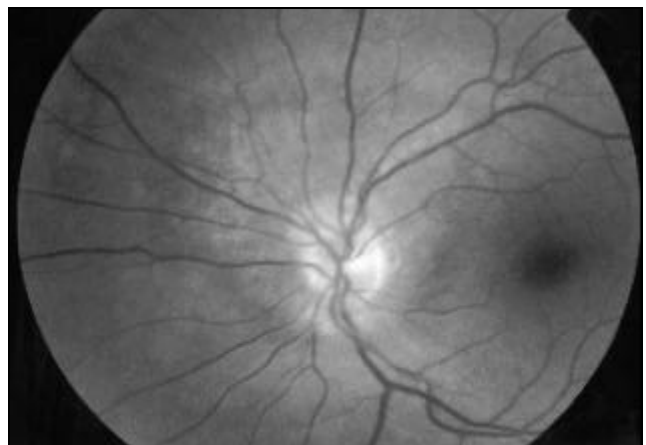
El síndrome de AZOOR es un cuadro infrecuente y en ocasiones de difícil diagnóstico (1). Las lesiones oftalmoscópicas suelen ser discretas y en ocasiones difíciles de reconocer. Por ello es importante recordar este cuadro a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de escotomas de aparición aguda. La etiología del proceso es desconocida. Hasta la fecha ha sido relacionado fundamentalmente con la ingesta (2) de anticonceptivos orales (ACO), o con antecedentes de procesos de origen vírico (3). Su frecuencia es mucho mayor en mujeres jóvenes, por lo que se ha planteado que su relación con la ingesta de anticonceptivos orales puede ser una mera coincidencia, ya que es en esta población donde se produce la toma de dichos productos. La asociación con traumatismos no oculares es un hallazgo poco reconocido y que probablemente no halla sido suficientemente investigado. Tan sólo un autor en Australia (4) ha encontrado cuatro casos de AZOOR relacionados con un traumatismo contuso no ocular. En el caso aquí presentado, el

Figura 1



Retinografía ojo derecho

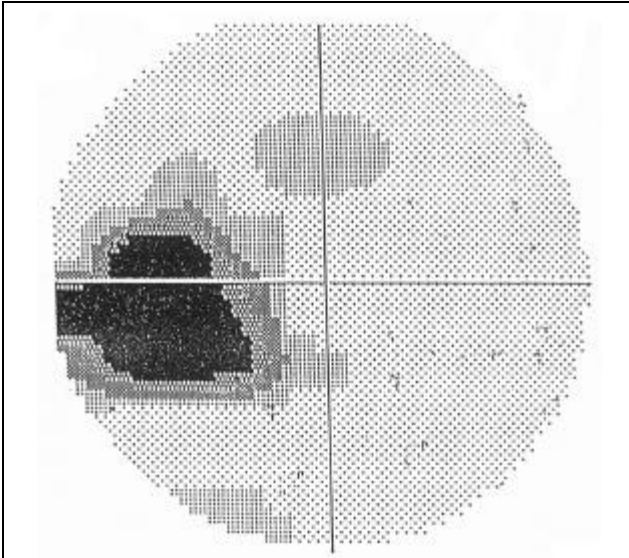
Figura 2



Retinografía ojo izquierdo

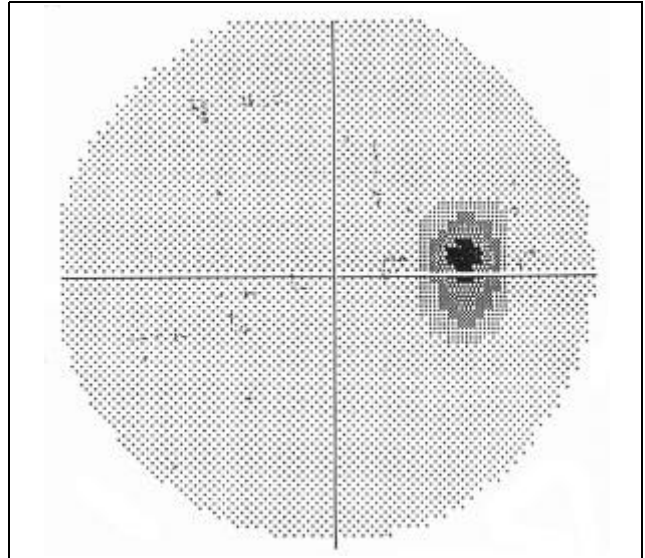
CASO CLÍNICO

Figura 3



Campo visual ojo izquierdo

Figura 4



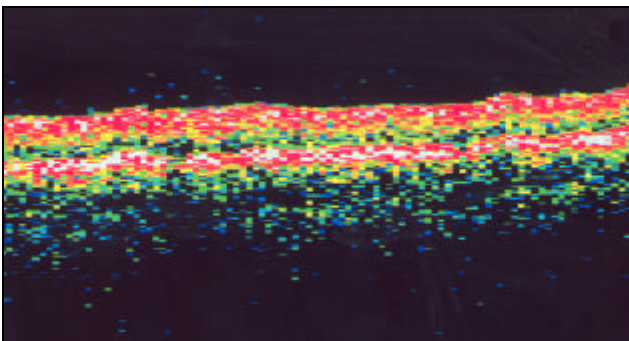
Campo visual ojo derecho

traumatismo por contragolpe (latigazo cervical) era el único antecedente que se podía relacionar con el caso, ya que la paciente no había tomado nunca ACO, encontrándose en ese momento embarazada de cuatro meses.

Tampoco había sufrido ningún proceso viral en las fechas anteriores al cuadro. El tiempo transcurrido entre el accidente y la aparición del escotoma fue de un mes por lo que la paciente lo relacionaba de mane-

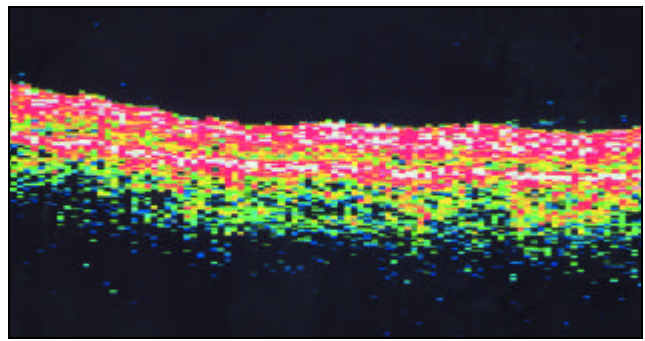
ra inequívoca. Sin embargo, a la luz del conocimiento actual esta relación solo puede ser clasificada como especulativa. Por último, recordar que el tomógrafo óptico de coherencia (OCT) es un método eficaz en el diagnóstico de la lesión a nivel de las capas más externas de la retina, detectándose una ausencia de la zona de baja reflectividad que se localiza por encima del complejo epitelio pigmentado-coriocapilar y que corresponde a la zona de los fotorreceptores.

Figura 5



Tomografía óptica de coherencia ojo derecho

Figura 6



Tomografía óptica de coherencia ojo izquierdo

CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Holz-FG; Kim-RY; Schawrtz-SD; Harper-CA. Acute zonal occult outer retinopathy associated with multifocal coroidopathy. Eye 1994; 8 : 77-83.

2. Young LH; D'Amico-DJ. Acute Macular Neuretnopathy. Retina and Vitreous. (Chapter 75) 926-929.

3. Jacobson-SG; Morales-DS; Sun-XK; Feuer-WJ; Cideciyan-AV; Gass-JD; Milam-AH. Pattern of retinal dysfunction in acute zonal occult outer retinopathy. Ophtalmology. 1995 Aug; 102 (8) : 1187-1198.

4. Gillies-M; Sarks-J Dunlop-C; Mitchell-P. Traumatic retinopathy resembling acute macular neuretnopathy. Aust-N-Z-J-Ophtalmol. 1997 Aug; 25(3): 207-210.