

PSEUDO-EDEMA DE PAPILA

Dr. WÁLTER ARZABE F.

Dr. FREDDY TERRAZAS

HISTORIA CLINICA — Niña de 11 años de edad que asiste al consultorio por crisis convulsivas tónico-clónicas de duración de dos a tres minutos, con pérdida de conocimiento con una frecuencia casi regular de siete días, especialmente al levantarse de cama y algunas ocasiones en la noche. Al exámen neurológico completo solo se encuentra un gran edema de papila en ojo derecho y algo menor en ojo izquierdo. El cuadro se ha iniciado hace dos años y medio con el mismo cuadro y un vómito, que no se repitió. En esa ocasión, se constató los edemas de papilas más o menos con las mismas características actuales. Se sospechó en un proceso expansivo realizándose todos los exámenes complementarios en un centro neurológico. Hacen dos años y medio el encefalograma verificó una irritación temporal izquierda: la arteriografía bilateral fué completamente normal; la ventriculografía también normal; los campos visuales conservados con ligero aumento de la mancha ciega, agudeza visual de 25/20 en A.O. y edema bilateral de papilas con mayor intensidad en O.D. La conclusión diagnóstica fué de PSEUDO TUMOR. Se hizo medicación con anticonvulsivos y corticoides. Cedieron las crisis convulsivas al igual que los accesos asmáticos que se hicieron presentes. Por abandono de la medicación retornaron las crisis convulsivas y los accesos asmáticos. En fecha 17 de enero de 1972 solo se encontró el edema bilateral de papilas. Se descartó el diagnóstico de pseudo-tumor, por la evolución de más de dos años con ausencia de signos de proceso expansivo intracraneal; agudeza visual conservada en 25/20 en A.O., campos visuales conservados con ligero aumento de la mancha ciega; no existen antecedentes de intoxicación por vitamina A. que puede dar edema de papilas; no existe un estado de mal epileptico que también podría dar el edema de papila después de varias horas o días (la paciente presenta crisis esporádicas). No se constata infecciones agudas del sistema nervioso. Se descartó enfermedades endócrinas como la Enfermedad de Addison e hipotiroidismo en base a investigaciones clínicas y laboratorio. Fuera de las crisis peque-

ñas de bronquitis asmática, los exámenes de torax no arrojaron ningun dato patológico. Para pensar en el uso exagerado de corticoides que puede dar un edema de papila, estos habian sido suspendidos hacia más de dos años. El laboratorio descartó toda discracia sanguinea y el examen oftalmológico la presencia de procesos coroides que puedan dar borramientos papilares.

RECUERDO ANATOMO-HISTOLOGICO DE LA PAPILA. — De acuerdo a la división de los vasos, especialmente de la arteria central de la retina en sus troncos superiores e inferiores y siempre que no exista otra formación congénita o adquirida, encontraremos papilas con excavación fisiológica, cuando esta división es temprana; papilas planas si la división es al nivel de la cara interna de la esclera y prominente cuando la división es tardía; esto debido a que los elementos neurológicos y conjuntivales del nervio óptico acompañan especialmente a los vasos (dejando a un lado la persistencia de fibras de mielina, etc.).

Ante la falta de obnubilaciones pasajeras, campos visuales conservados, sumaciones espaciales sin modificación, superposición de isopteras normales mancha ciega algo aumentada pero con caída brusca; ausencia de hemorragis, exudados, estrias de Paton; presencia de latido venoso expontaneo por momentos y que se hace aparente a la más ligera presión, nos lleva al diagnóstico de edema residual de papila, que es descartada por el tiempo de observación pese al trayecto venoso turtuoso y quedamos con el diagnóstico de PSEUDO-EDEMA CONGENITO DE PAPILA, que confirmamos, con una série de retinografias que en forma periodica nos muestran en toda época mismas características: Borramiento total de la papila en el O.D., con arterias más o menos rectilneas, trayecto venoso turtuoso con aparente ex-tasis venosa, sin poder observarse su introducción dentro el nervio optico, al contrario de la arteria que mostraba su división por delante de todos los elementos de la papila prominente dentro el vitreo. En el O.I. las mismas características, aunque se observa algo del reborde infero-externo de la papila y se notan los elementos histológicos que acompañan a los vasos, especialmente superiores.

Las reinografías a los dos días, muestran las mismas características al mes, la retinografias simples y con filtro, mostraban las mismas características, manteniendo las máculas normales y todos los exámenes complementarios inalterables. Se trató de que la paciente usara lentes correctores de su pequeña hipermetropía (A.O. = 0.75) que fué rechazado.

A los dos meses, las retinografias siguen inalterables.

A los tres y cuatro meses, los controles retinográficos arrojan el mismo resultado.

Se realiza una serie de retinografias de control a los familiares con el siguiente resultado:

Madre: Papilas de tamaño, forma y color normal. Las papilas se muestran planas en A.O.

Padre: Papilas que muestran la división arterial anterior, con borramientos de los polos superior e inferior, más en O.I.

Papilas prominentes.

Hermano menor de 8 años: Se observa borramiento de los bordes superior, inferior e interno, con presencia de venas tortuosas casi similares a la paciente y división anterior de la arteria central de la retina. Se observa latido venoso espontaneo.

Hermano de 13 años: borramiento del borde nasal. División anterior de la arteria central de la retina, venas algo tortuosas, latido venoso espontaneo por momentos.

Hermano de 15 años de edad, borramiento de los bordes superior e inferior y casi desaparición del borde nasal de la papila. Los vasos mantienen su relación arteriovenosa, pese a que las venas se muestran tortuosas.

Hermano de 16 años, el borramiento es casi total, los vasos mas rectilíneos que los anteriores casos; y como todos los hermanos, división arterial muy anterior.

Un mes mas tarde se realiza una retinofluoresceinografía seriada en la paciente, constatandose, previa retinografía simple de control que muestran las características inalterables de seis meses antes, y observamos, que pese a la tortuosidad de las venas, la relación arteriovenosa es normal, no existen malformaciones vasculares, ni exudados, ni hemorragias y el presunto edema no existe.

En esta forma llegamos a la conclusión de tratarse de PSEUDO-EDEMA CONGENITO familiar de linea paterna, cuya comunicación la hacemos, por considerar uno de los más grandes que se han reportado en forma documentada.

SUMMARY

Its being described the case of a child with diagnosis of pseudo congenital familiar edema of the optic disc. Its being done a study with follow-up of retinography arranged in series and family observation.