

Glaucoma y megalopapila: a propósito de un caso

Autores:

Dres. Martin Nazr Chaud y Nadia Ricarte Nahir

Centro Oftalmológico Del Norte. Salta Capital

Contacto: nadia.ricarte@gmail.com

Recibido: 29/4/2022

Aceptado: 15/6/2022

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 20: 48-51



Resumen

Paciente masculino de 65 años de edad, tabaquista severo, acudió a nuestro centro por disminución de visión en ojo izquierdo de más de 6 meses de evolución. Se realizó examen oftalmológico completo y exámenes complementarios donde se obtuvieron resultados de catarata subcapsular en ojo izquierdo y megalopapila bilateral con signos clínicos de glaucoma. Frente a estos resultados se decide comenzar tratamiento tópico con latanoprost y seguimiento estricto del mismo.

Palabras clave: megalopapila asociada a glaucoma, megalopapila, glaucoma, macrodisco.

Abstract

A 65-year-old male patient, a severe smoker, came to our center for decreased vision in the left eye of more than 6 months of evolution. A complete clinical and complementary ophthalmological examination were performed where results of subcapsular cataract in the left eye and bilateral megalopapilla with clinical signs of glaucoma were obtained. Fa-

ced with these results, it is decided to start topical treatment with latanoprost and strict monitoring of it.

Key words: megalopapilla associated to glaucoma, megalopapilla, glaucoma.

Introducción

Se define como megalopapila un nervio óptico con más de 2,5mm², el cual es resultado de una migración axonal precoz durante la embriogénesis. Puede ser congénito, el cual es bilateral, con aumento de la relación copa disco, y adquirido, unilateral asociado a glaucoma congénito. Cuando se presenta sin patologías asociadas, se trata de un macrodisco cuya excavación es proporcional al tamaño aumentado del mismo, con emergencia de vasos normales y sin palidez del anillo neuroretinal. Al campo visual puede presentar un aumento de la mancha ciega. La cuantificación del tamaño y su análisis normal mediante tomografía de coherencia óptica ayudan a establecer el diagnóstico.

Cuando nos referimos en la clínica a un nervio óptico glaucomatoso buscamos signos típicos como adelgazamiento de anillo neuroretinal, aumento de excavación, alteraciones difusas o focales de la capa de fibras nerviosas, vasos en bayoneta, atrofia peripapilares u otros no tan frecuentes como hemorragias papilares sin edema concomitante. Sin embargo, el reto en la práctica diaria está en comprender que no siempre las patologías se presentan en la forma literalmente descrita por la bibliografía.

Caso clínico

Paciente masculino de 65 años de edad, fumador de más de 20 cigarrillos por día hace más de 20 años, no refería patologías de relevancia; consultó por disminución de agudeza visual de más de 6 meses en ojo izquierdo.

Al examen clínico presentaba agudeza visual sin corrección en ojo derecho de 9/10 y en ojo izquierdo de 5/10 que mejoraba con corrección a 8/10. A la biomicroscopía presentaba en ojo izquierdo una catarata subcapsular posterior moderada. La presión intraocular se encontraba en 24 y 28 mmHg para ojo derecho y ojo izquierdo respectivamente. A la gonioscopía un ángulo abierto y conservado. En cuanto al fondo de ojo se constató en forma bilateral de discos ópticos aumentados en tamaño y excavación aproximadamente de 0.7 y 0.8 con ligera nasalización de vasos, sin alteraciones en el colorido de los mismos (Fig. 1 A y B y Fig. 2 A y B). Se realizaron estudios de imágenes, como campo visual donde se evidencia pérdida de sensibilidad generalizada con defectos de tipo arciforme en ojo

derecho superior e inferior y en ojo izquierdo con predominio superior con respecto de rafe medio y alteración del gráfico lineal. (Fig. 3 A y B)

En cuanto al OCT en el mapa de grosor retinal puede evidenciarse disminución generalizada del grosor, pero conservando aun su morfología normal (Fig. 4 A). En cuanto a la capa de fibras nerviosas se observa defecto en ambos ojos. En ojo derecho a nivel temporal y en ojo izquierdo en sectores temporal e inferior (Fig. 4 B). El análisis tomográfico del nervio óptico a su vez muestra en ojo derecho un área de disco (disk area) de 4043mm² y en ojo izquierdo 4466 mm², ambos muy por encima de los rangos considerados normales; además de aumento en la excavación 0.9 y 0.8 respectivamente (Fig. 4 C 1 y 2).

A nivel paquimétrico el espesor corneal en ambos ojos es de 549um (Fig. 5 A y B).

Discusión

En este caso particularmente nos encontramos con un paciente mayor de edad, fumador crónico y con ello el daño isquémico que generan las patologías vasculares por este hábito, tanto a nivel oftalmológico como constitucional. Actualmente nuestro paciente se encuentra en tratamiento tóxico con latanoprost, logrando presiones controladas de 14mmHg; y manejo interdisciplinario con clínica médica y cardiología.

Debido a la poca bibliografía descrita de ambas patologías en conjunto, la confusión y dificultad para llegar al diagnóstico e interpretación de glaucoma que podría generarnos un macrodisco bilateral, ya que la correspondencia anatómica entre

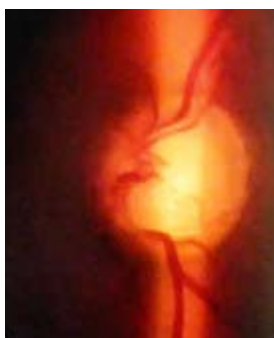


Figura 1A: Nervio óptico derecho donde se visualiza aumento de excavación y aumento de diámetro papilar. Figura 1B: Delimitación de papila y anillo neuroretinal alterado, ligera nasalización de vasos.

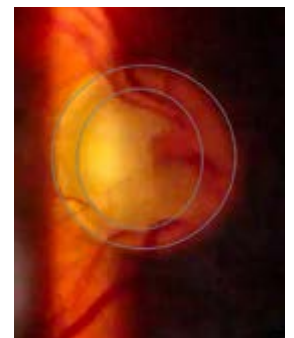
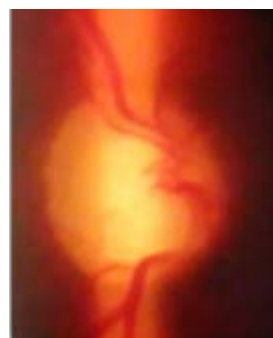


Figura 2A: Nervio óptico izquierdo aumento de excavación y diámetro papilar. Figura 2B: Anillo neuroretinal delimitado. Alteración del colorido papilar leve a moderado.

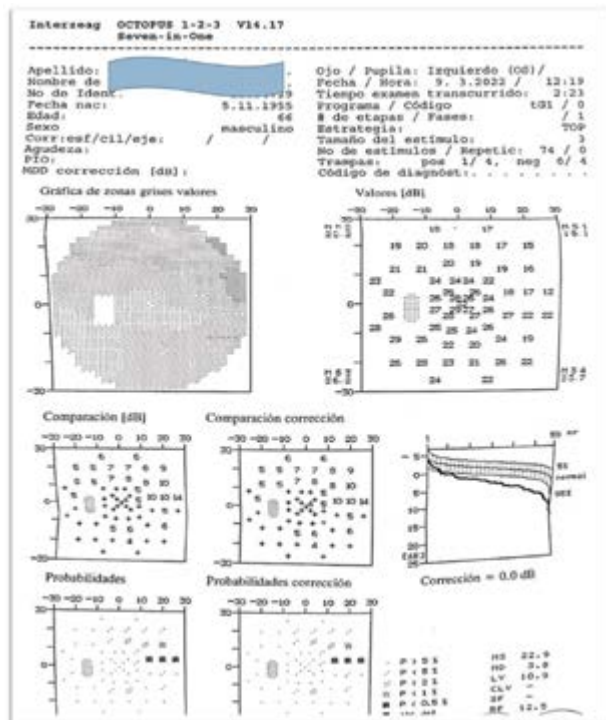
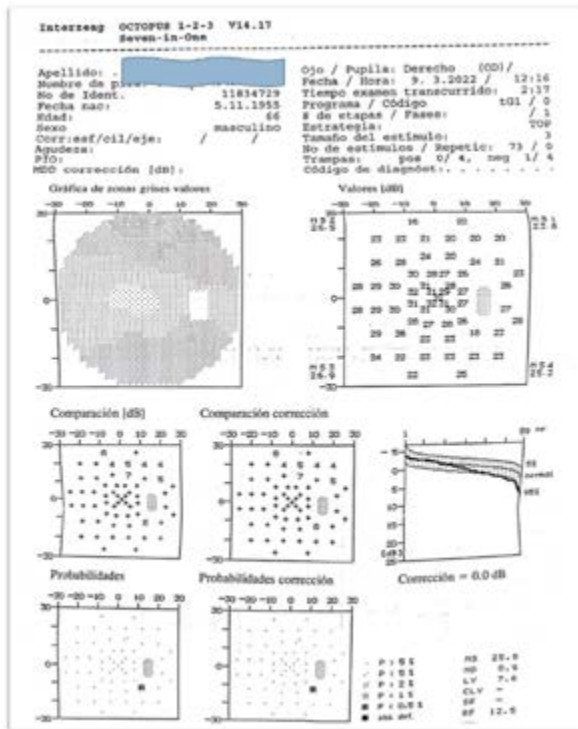


Figura 3: Ambos campos visuales con pérdida de sensibilidad generalizada. (A) derecho con defecto de tipo arciforme superior e inferior. (B) defecto arciforme predominio superior mayor que en od con respecto de rafe medio. Curva lineal alterada.

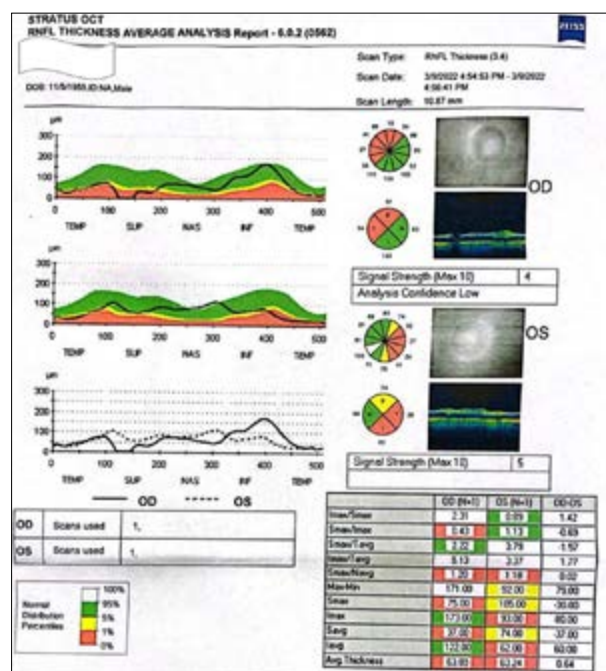
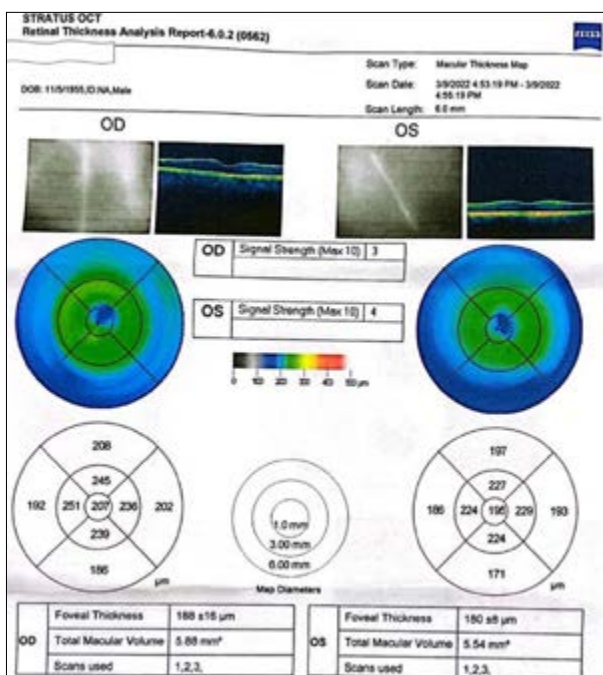


Figura 4A: Análisis de grosor retinal. Disminución de espesor retinal generalizado, pero morfología aún conservada.

Figura 4B: Análisis de espesor de capa de fibras nerviosas. Defecto de CFN en ambos ojos. Ojo derecho disminución a nivel temporal. Artefacto en sup. Ojo izquierdo disminución a nivel temporal a inferior.

función y estructura genera salir de los estándares de los estudios multicéntricos lo que obliga a un seguimiento particular basado en los cambios particulares observados a partir del diagnóstico. Se plantea la idea de estudiar y diagnosticar ambas patologías por separado; buscando a su vez la correlación entre el examen clínico y los resultados obtenidos de los estudios. Es decir, no desestimar ningún signo que pudiera llevarnos al diagnóstico final.

BIBLOGRAFÍA

Sampaolesi R, Sampaolesi JR. Large optic nerve heads: megalopapilla or megalodiscs. *Int Ophthalmol.* 2001;23(4-6):251-7. doi: 10.1023/a:1014409404579. PMID: 11944849.

Júlvez, S. Fabián Lerner, Julián García Feijóo, Luis E. P. Glaucoma. Disponible en: VitalSource Bookshelf, Ediciones Journal, 2020.

Gama R, Relha C, Gomes Costa J, Eiro N. Measurement of the Inner Retinal Layers of Megalopapilla by Optical Coherence Tomography. *Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol.* 2017 Fall;6(3):82-88. PMID: 29392147; PMCID: PMC5787027.

Greenfield DS, Bagga H. Clinical variables associated with glaucomatous injury in eyes with large optic disc cupping. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging.* 2005 Sep-Oct;36(5):401-9. PMID: 16238039.

Lee HS, Park SW, Heo H. Megalopapilla in children: a spectral domain optical coherence tomography analysis. *Acta Ophthalmol.* 2015 Jun;93(4):e301-5. doi: 10.1111/aos.12545. Epub 2014 Sep 1. PMID: 25178150.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

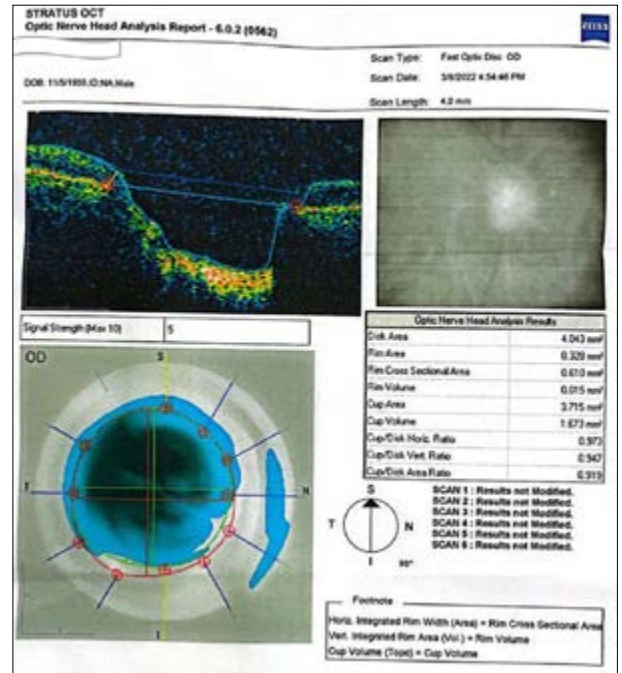
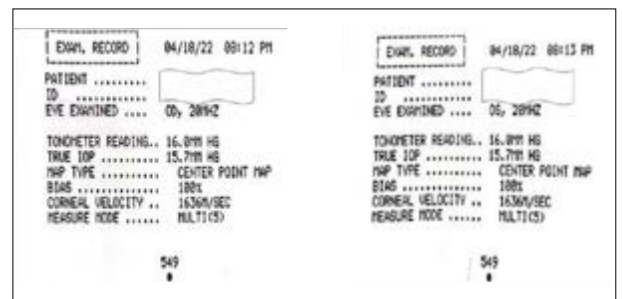


Figura 4C: Análisis de cabeza de nervio óptico. (1) Derecho 4043mm² de superficie. Excavación 0.9.



Figuras 5A y B: Ambos espesores corneales 549um.