

Retinitis Autoinmune: A propósito de dos casos clínicos.

Alex Jones G.(a), Daniela Khalilieh Y.(b), Sergio Zacharias (c)

(a) Oftalmólogo, Fundación Oftalmológica los Andes. (b) Residente Oftalmología, Universidad Católica de Chile. (c) Retinólogo, Fundación Oftalmológica los Andes.

E-MAIL: ALJONEX@GMAIL.COM

INTRODUCCIÓN

La Retinitis Autoinmune comprende un espectro de enfermedades¹ que comparten características clínicas entre sí, y cuya fisiopatología se centra en la presencia de autoanticuerpos anti-retinales, que producen daño celular retinal a distintos niveles, determinando degeneración panretinal. Presenta pérdida visual progresiva indolora, fotopsias, fondo de ojo muchas veces normal, alteraciones del campo visual, cambios en el OCT y electroretinograma.^{1,2} Incluye: A) Retinopatía asociada a Carcinoma (CAR), B) Retinopatía Asociada a Melanoma (MAR), C) Retinopatía Autoinmune no Paraneoplásica (npAIN) y D) Proliferación melanocítica uveal difusa bilateral^{1,2}.

CASO CLINICO 1

Paciente de sexo masculino, 26 años, Consulta en marzo de 2012, refiriendo zona sin visión en la medio periferia, nictalopia de 4 años de evolución y discromatopsia de 3 años. **Al examen:** AVCC: 0.8 - 2 OD y 0.8 + 1 OI, no ve papeles en penumbra y presenta acromatopsia. Tensión ocular y polo anterior normal. **Fondo de ojo:** Ver Fig 1. **Campo visual de Goldman:** escotoma anular con islote central y límites periféricos amplios con índices grandes en ambos ojos. **Angiografía con fluoresceína:** Ver Fig. 2 **ERG Standard:** Ver Fig. 3. **Electroretinograma multifocal:** Ver Fig. 4. **Autofluorescencia:** focos atróficos maculares. **Anticuerpos** anti recoverina y anti a-enolasa negativos.

CASO CLINICO 2

Paciente de sexo masculino de 62 años, consulta en noviembre de 2011, referido por baja agudeza visual y diagnóstico de Membrana Epirretinal. Refiere disminución importante de agudeza visual de un año de evolución, progresiva, no dolorosa, asociada a nictalopia. **Al examen:** AVCC: 0.4 OD y 0.3 OI, tensión ocular normal. **Polo anterior:** catarata C2NO2 ODI. **Fondo de ojo:** Ver Fig. 5. **OCT:** Ver Fig 6. **Angiografía:** edema macular ODI, **Campo Visual de Goldman:** Ver Fig 7. **Electroretinograma Standard** alteradas respuestas de conos y bastones. Se realiza diagnóstico de Retinitis autoinmune y se solicitan exámenes: TAC de tórax y abdomen, Endoscopia digestiva alta, hemograma, Antígeno prostático específico, VDRL, test treponémicos y cuantiferón anti-TBC, resultando todos normales.

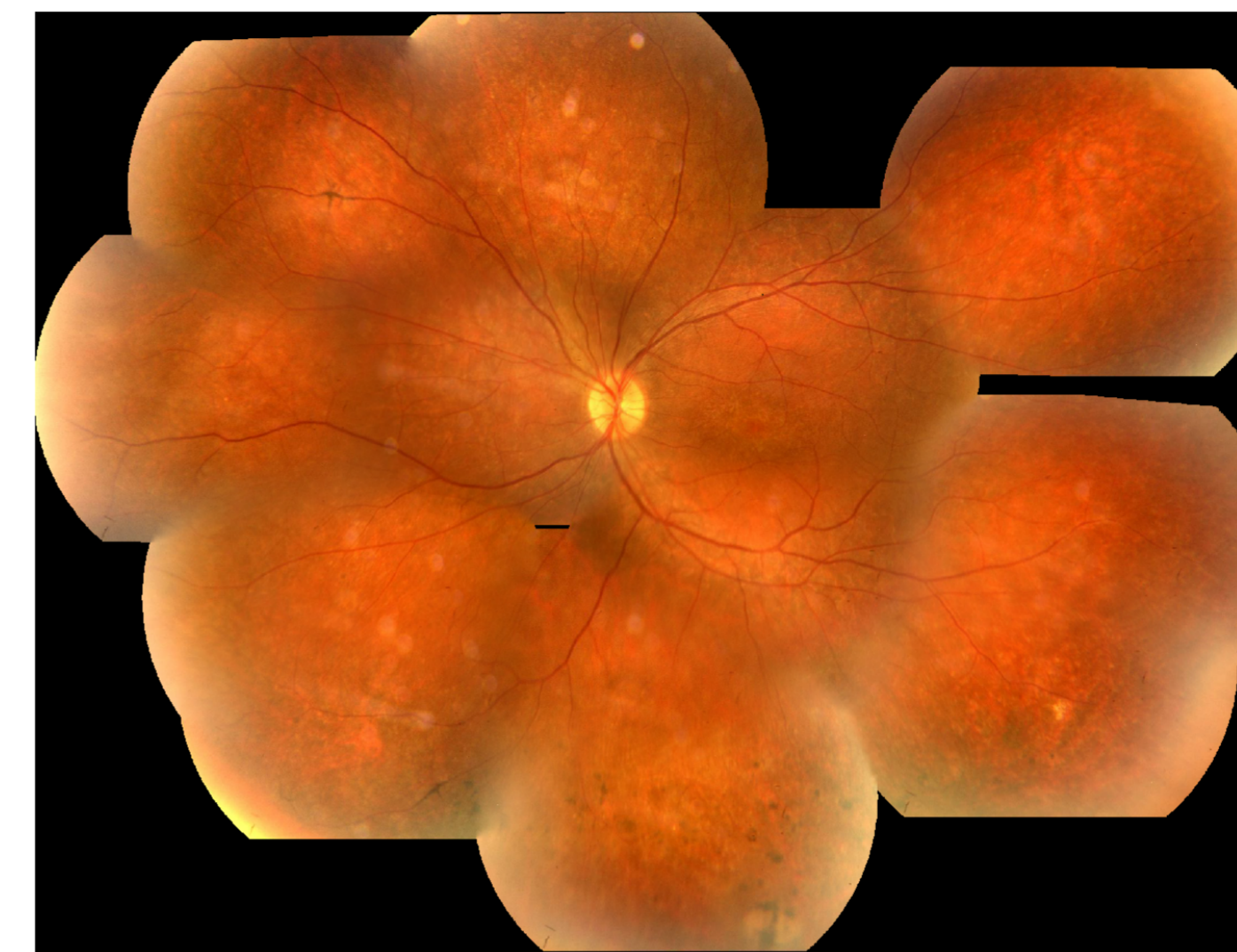


Fig. 1: Vitreo con células escasas, papilas rosadas, excavaciones pequeñas, sin reflejo foveal, brillos anormales en zona macular, múltiples focos atróficos y algunos pigmentados hasta la periferia

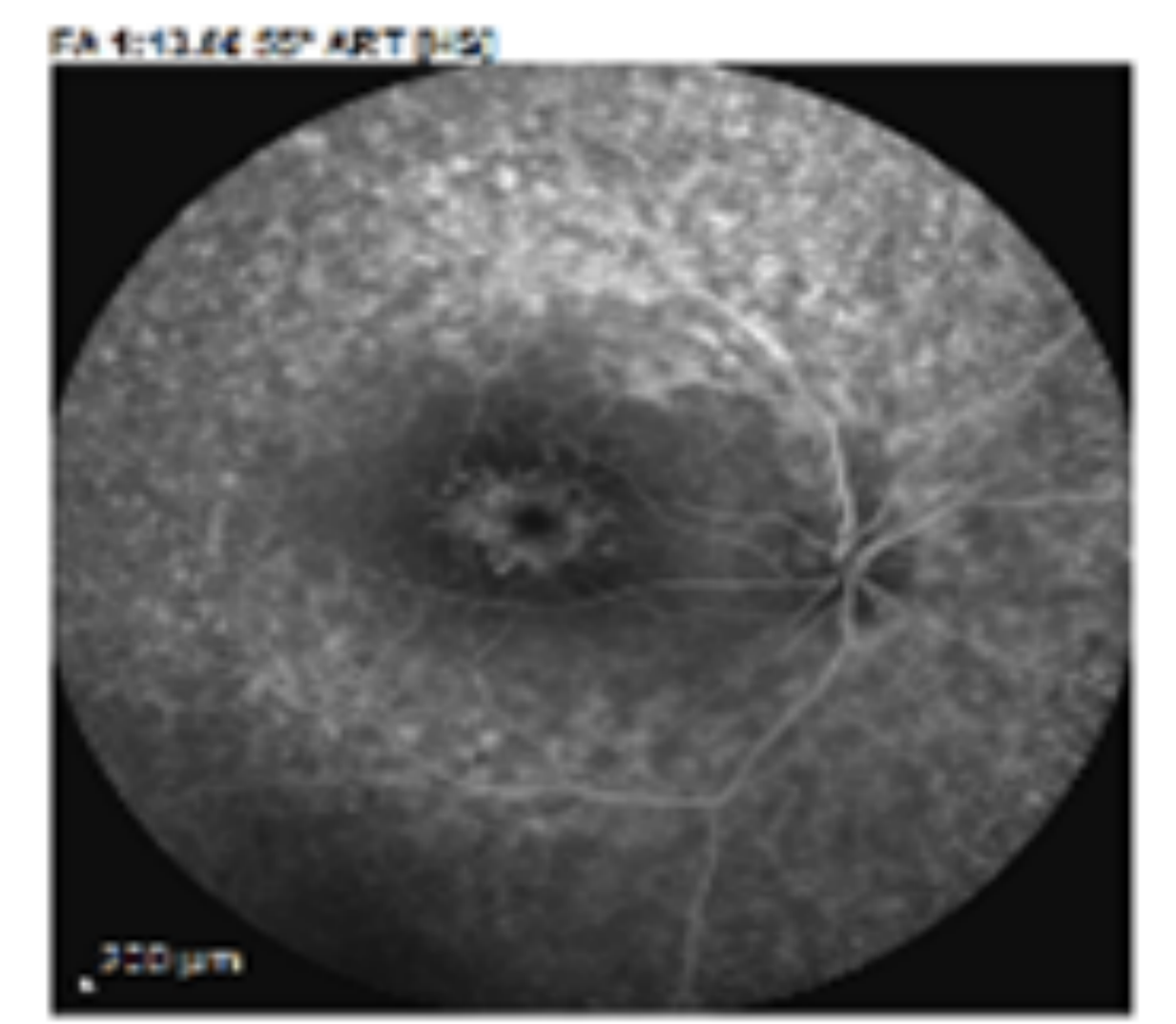


Fig. 2 pérdida difusa EPR, hiperfluorescencia puntiforme focal de arteriolas retinales, telangiectasias de coriocapilaris, maculopatía en ojo de buey y en fases tardías, en arcada temporal superior e inferior, atrofia retinal difusa

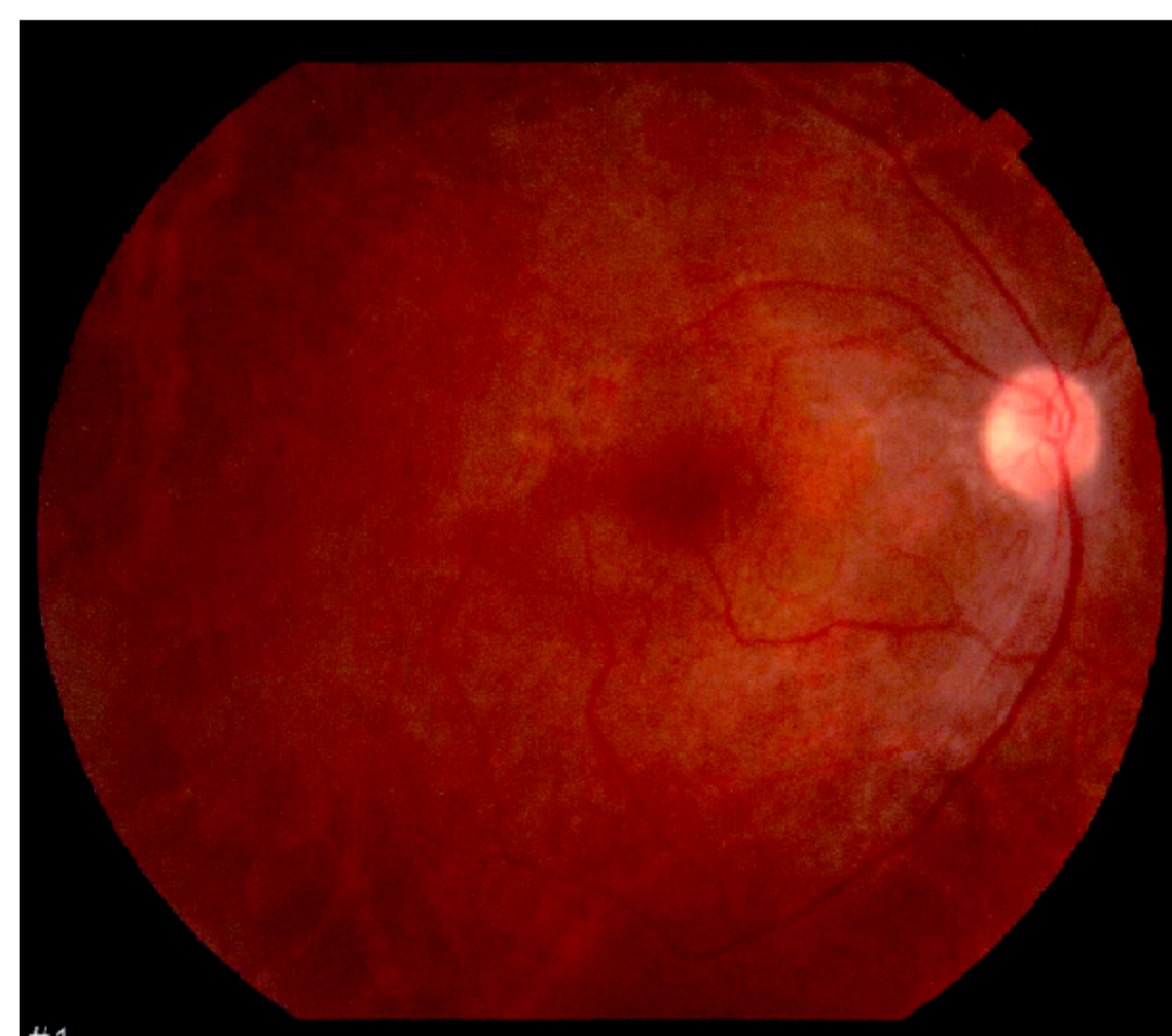


Fig 5: FOD Caso 2: vitreo claro, papilas rosadas de bordes netos, mácula con brillo celofánico, con leve edema cistoide, periferia sin pigmento y sin granulado, vasos normales.

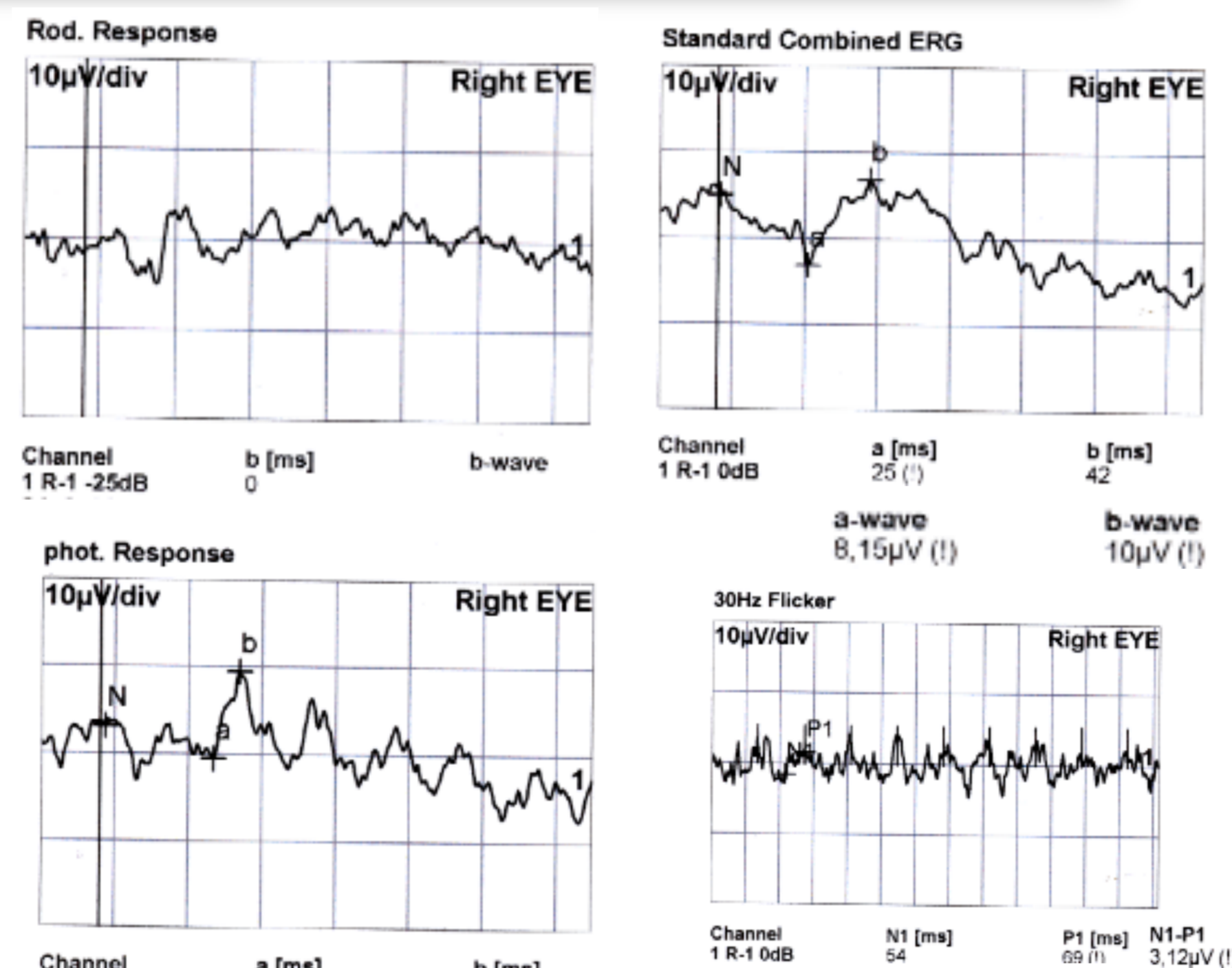


Fig. 6: ERG Standard OD caso 2

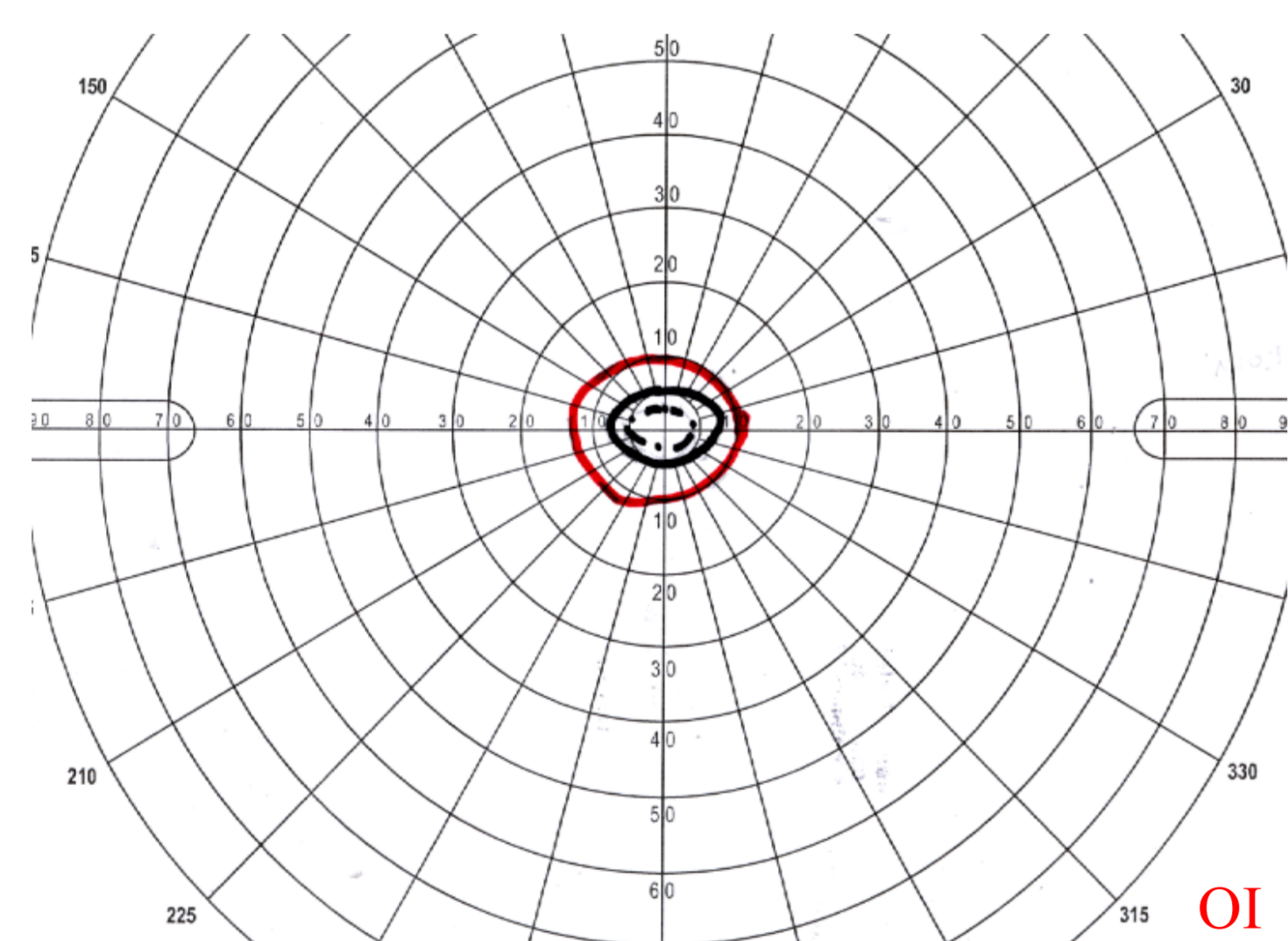


Fig 6. Goldman Caso Clínico 2: Tubular.

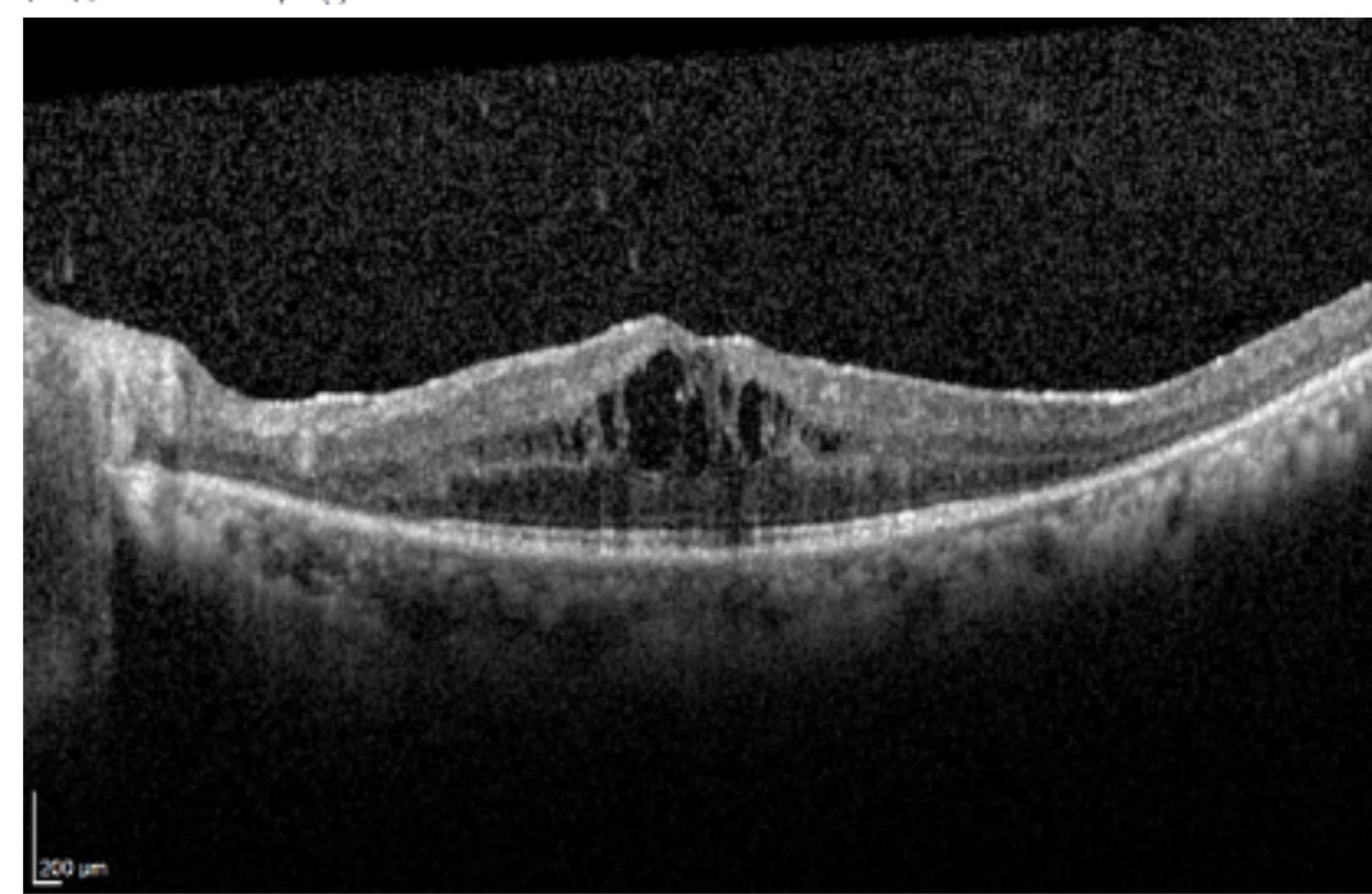


Fig 6.OCT OI Caso Clínico 2:Mb. Epirretinal y Edema macular.

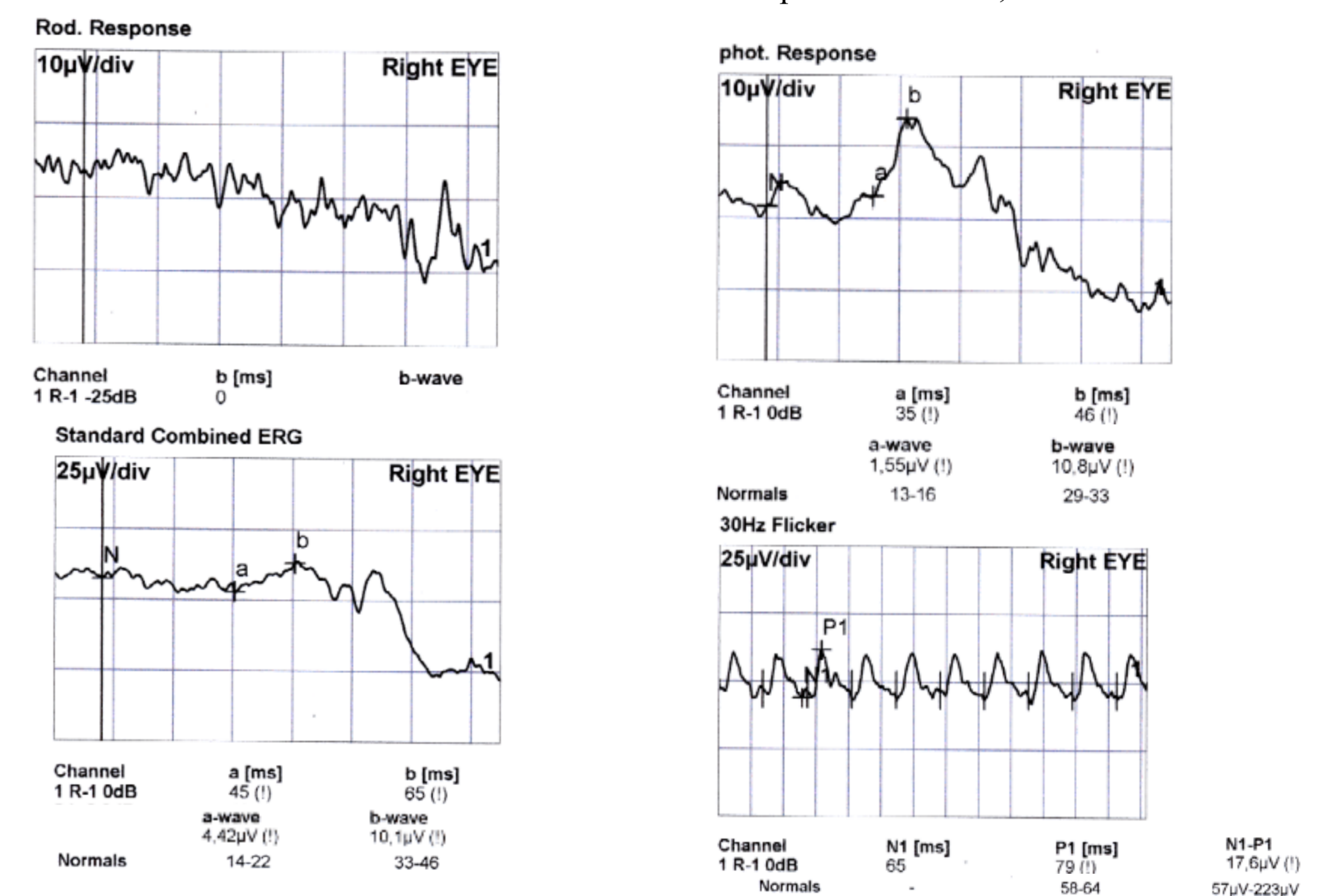


Fig. 3:ERG Standard OD Caso 1. sin respuesta de bastones, respuesta máxima con tiempo implícito prolongado y amplitud severamente disminuida, respuesta de conos muy disminuida.

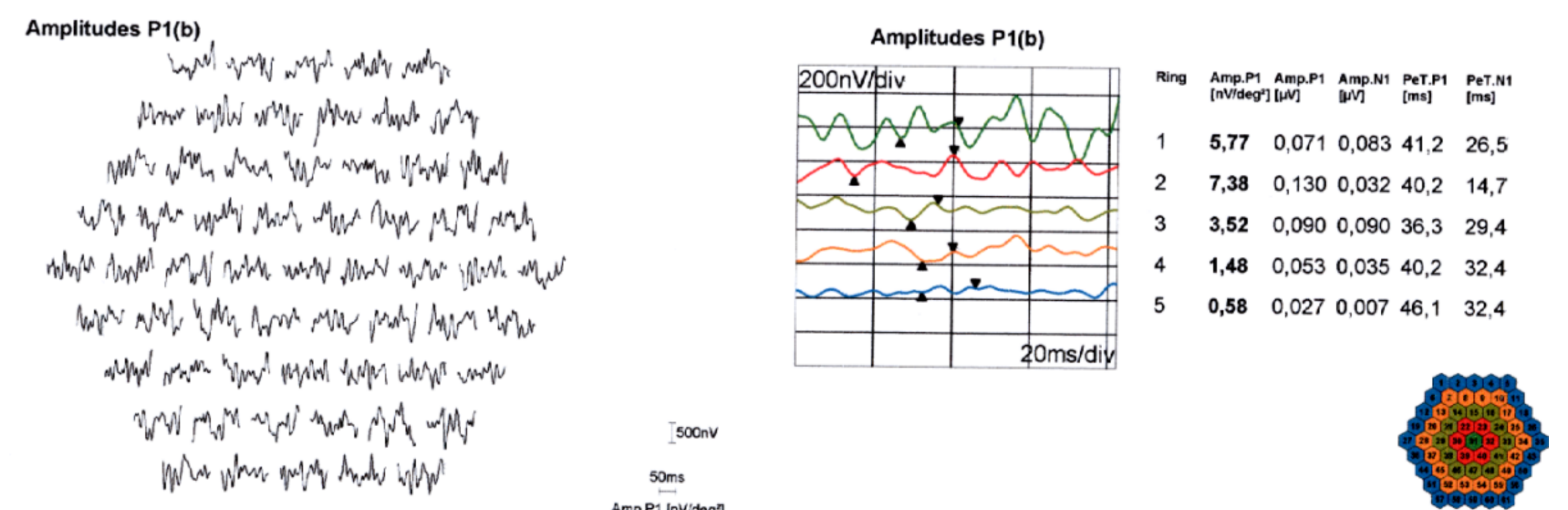


Fig. 4: ERG Multifocal OD Caso Clínico 1: Disminución generalizada de la densidad de respuestas de conos.

DISCUSIÓN

Los casos descritos y la evidente dificultad en el proceso diagnóstico llevan a preguntarnos cuales son las características que hacen sospechar una **Retinopatía Autoinmune**: 5ª década de la vida, cuadro usualmente bilateral, pero puede ser asimétrico o incluso unilateral, inicio brusco de pérdida visual indolora, rápidamente progresiva, asociada a fotopsias, fotosensibilidad y otros síntomas positivos³. Se asocia a melanoma, cáncer pulmonar de células pequeñas, cáncer ginecológicos y otros. **Fondo de ojo** suele ser normal o mostrar atrofia del epitelio pigmentario, mottling y atenuación de los vasos¹. **Pérdida de campo visual** es variable, **electroretinograma**: disfunción de conos en CAR y pnAIR y describe ondas negativas en MAR. **OCT**: alteraciones de la retina externa y edema macular. **Autofluorescencia**: anillo hiperfluorescente en la región parafoveal.⁴ **Anticuerpos anti retinales** apoyan el diagnóstico (65% CAR y MAR, 48% pnAIR), sin embargo hay ausencia de métodos estandarizados y se ven hasta en 62% de controles normales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Autoimmune retinopathy and antiretinal antibodies: A review. Retina 2014. Dilraj S. et al.
2. Diagnostics Features of autoimmune Retinopathy. Autoimmune Reviews 2014. Tufail et al.
3. Perspective Autoimmune retinopathy AJO 2013. Landon et al.
4. Hyperautofluorescent ring in autoimmune retinopathy. Retina 2012. Lima LH, et al.