

NEURORRETINITIS NO INFECCIOSA: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN PRESENTACIONES INUSUALES

SOPHIA ARIAS, VALERY L. CASTAÑEDA, FRANCO MALFATTI, OSVALDO A. BOSCO, EMILIANO F. ROSS

Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Emiliano F. Ross, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Av. Presidente Arturo U. Illia s/n y, Marconi Morón 386, 1684 El Palomar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

E-mail: ross.e.facundo@gmail.com

Recibido: 1-VII-2025

Aceptado: 23-IX-2025

Resumen

La neurorretinitis es una entidad poco frecuente que se caracteriza por la inflamación del nervio óptico y la presencia de estrella macular secundaria a exudados lipídicos. Si bien en la mayoría de los casos la etiología es infecciosa, existen causas poco comunes que pueden generar esta condición. En este artículo presentamos dos casos de neurorretinitis de etiología rara: el primero, un joven con neurorretinitis idiopática estrellada de Leber (NEIL), y el segundo, una paciente con enfermedad de Takayasu (ET) que desarrolló neurorretinitis tras la suspensión de la medicación inmunosupresora. A través de estos casos, discutimos la importancia del diagnóstico diferencial y el manejo interdisciplinario en la evaluación de esta enfermedad.

Palabras clave: neurorretinitis, enfermedad de Takayasu, neurorretinitis idiopática estrellada de Leber, inflamación ocular

Abstract

Non-infectious neuroretinitis: diagnostic and therapeutic approach in unusual presentations

Neuroretinitis is an uncommon condition characterized by inflammation of the optic nerve and the presence of a macular star secondary to lipid exudates. While the etiology is infectious in most cases, there are less common causes that can lead to this condition. In this article, we present two cases of neuroretinitis of rare etiology: the first, a young man with idiopathic stellate

neuroretinitis of Leber (LISN), and the second, a patient with Takayasu's arteritis (TA) who developed neuroretinitis after the discontinuation of immunosuppressive medication. Through these cases, we discuss the importance of differential diagnosis and interdisciplinary management in the evaluation of this pathology.

Key words: neuroretinitis, Takayasu's disease, Leber's idiopathic stellate neuroretinitis, ocular inflammation

La neurorretinitis es una condición clínica, inflamatoria, que afecta el nervio óptico y la retina peripapilar. Se caracteriza por la tríada clínica de disminución de la agudeza visual, edema del disco óptico y la aparición de una estrella macular^{1,2}. Si bien la causa más común es infecciosa (*Bartonella henselae*, sífilis, toxoplasmosis, enfermedad de Lyme, entre otras), existen etiologías menos frecuentes que pueden presentarse de manera atípica y desafiar el diagnóstico clínico. En este artículo, se presentan dos casos de neurorretinitis de causas inusuales, resaltando la importancia de una evaluación detallada y multidisciplinaria para un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico.

La enfermedad de Takayasu (ET) es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida, que afecta a las arterias medianas y grandes, provocando estenosis, oclusiones o degeneración aneurismática³. La relación entre la suspensión de corticoides y el desarrollo de

neurorretinitis no es algo comúnmente reportado⁴. Por otra parte, la neurroretinitis idiopática estrellada de Leber (NEIL) es una enfermedad poco frecuente. Los pacientes presentan alteración de la visión que puede ser leve o llegar a manifestarse como percepción luminosa^{1,2}. Los síntomas de papilitis pueden o no estar acompañados por un desprendimiento de retina exudativo alrededor de la papila, que suele resolver al cabo de unas semanas, momento en que aparece la estrella macular característica. La NEIL suele resolver espontáneamente y su etiología sigue siendo desconocida^{5,6}.

Caso clínico 1

Varón de 23 años sin antecedentes médicos de relevancia consultó por disminución súbita e indolora de agudeza visual en el ojo derecho de tres días de evolución.

Examen oftalmológico: el paciente presentó una agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) 1/10 y en ojo izquierdo (OI) 10/10. Biomicroscopía: sin anomalías. La presión intraocular fue 12 mmHg en ambos ojos (normal). Fondo de ojo: el OD presentó alteración del brillo macular, dilata-

tación vascular, borrosidad del borde papilar nasal y hemorragias maculares perifoveales.

Se tomaron muestras para laboratorio y se instauró tratamiento empírico con rifampicina, trimetoprima-sulfametoazol y metilprednisona por sospecha de infección por *Bartonella haenselae*.

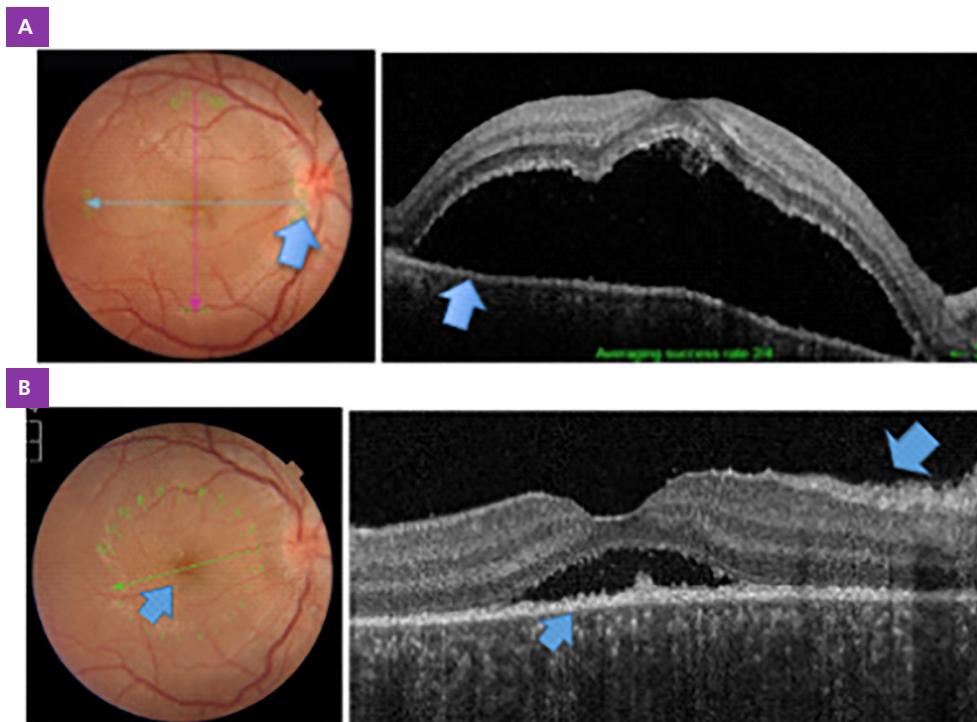
Exámenes complementarios: Se realizó tomografía de coherencia óptica (OCT) que evidenció desprendimiento seroso del neuroepitelio a nivel macular y edema de papila (Fig.1).

En el Laboratorio, el perfil infeccioso fue negativo para HIV, HCV, HBV, sífilis, CMV y *Bartonella henselae*; los leucocitos fueron normales con proteína C reactiva de 10.2 mg/dL. La Resonancia magnética cerebral con y sin contraste mostró refuerzo a nivel del nervio óptico derecho.

Los potenciales evocados visuales mostraron en OD ausencia de respuesta evocada y latencias hipovoltadas, en OI respuesta evocada de morfología y latencias adecuadas y buena replicabilidad.

Descartada la etiología infecciosa, se realizó el diagnóstico de NEIL. La evolución mostró resolución progresiva del edema macular y papilar con recuperación visual parcial (AV 9/10 en OD a los 8 meses de seguimiento).

Figura 1 | Tomografía de coherencia óptica macular de ojo derecho. A: Primera consulta, presenta alteración del perfil anterior compatible con desprendimiento del neuroepitelio asociado a edema de papila (flecha azul). B: Al mes, a la izquierda imagen del fundus donde se evidencia estrella macular (flecha azul) y a la derecha alteración del perfil anterior compatible con desprendimiento del neuroepitelio con mejoría parcial y dos exudados lipídicos duros en las capas externas de la retina con aumento de la reflectividad de la limitante interna (flecha azul)



Caso clínico 2

Mujer de 52 años con diagnóstico previo de enfermedad de Takayasu en 2018 debutó con poliartralgias y un ecodoppler carotídeo del lado derecho sin alteraciones mientras que del lado izquierdo se observó engrosamiento leve miointimal en carótida común izquierda. La angi resonancia de cerebro y vasos del cuello en 2021 evidenció aisladas imágenes hipointensas en T1, hiperintensas en T2 FLAIR que no restringen en las secuelas de difusión. Compatibles con áreas isquémico/glióticas. Se observó irregularidad del flujo de la totalidad de las estructuras evaluadas con predominio de ambas vertebrales a predominio derecho. En 2023 fue derivada al servicio de oftalmología por sospecha de ojo seco. Durante la consulta, la paciente refirió visión borrosa en el ojo izquierdo de dos meses de evolución, iniciada tras una nefrectomía por carcinoma de células claras y la suspensión de su tratamiento inmunosupresor.

Al examen oftalmológico presentó una agudeza visual de OD 10/10 y OI 3/10. El fondo de ojo mostró en OD una papila levemente borrosa en el sector nasal superior y mácula despulida, en OI la papila era pálida, bordes difusos y estrella macular. Se realizó una tomografía de coherencia óptica (OCT) que mostró edema macular y signos de neurorretinitis en OI (Fig.2).

En los exámenes complementarios, el laboratorio evidenció PCR 0.7mg/dL, leucocitos dentro de valores normales, serologías infecciosas negativas. En los potenciales evocados visuales se obtuvo respuesta hipovoltada con latencia prolongada en OI, en OD presenta respuesta evocada con latencia de onda prolongada, morfología adecuada y buena replicabilidad.

La resonancia magnética de encéfalo con y sin contraste no mostró alteraciones relevantes.

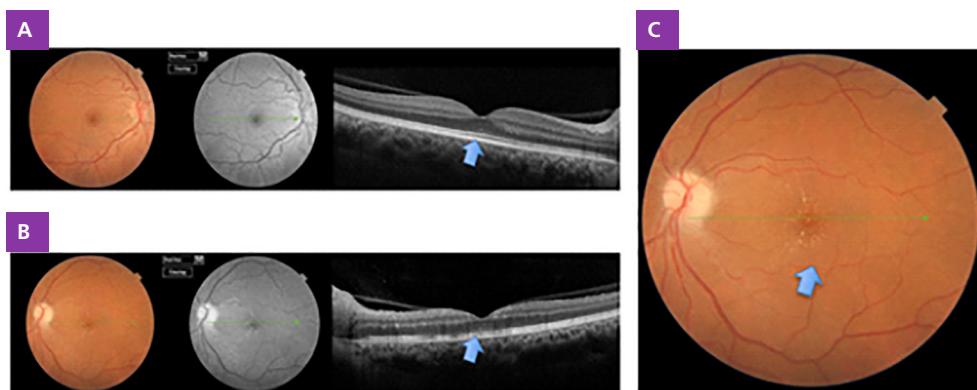
Se realizó interconsulta con reumatología, quienes ajustaron la dosis del tratamiento inmunosupresor. En controles posteriores, la paciente mostró una mejoría parcial de la agudeza visual del OI (4/10), con disminución del edema macular, pero progresión a la atrofia óptica.

Se cuenta con el consentimiento informado de ambos pacientes para la publicación de los casos.

Discusión

La neurorretinitis es un hallazgo clínico cuya etiología puede ser variada. Mientras que la causa infecciosa es la más prevalente, este artículo resalta dos casos de etiologías inusuales que ejemplifican la complejidad diagnóstica de esta condición⁷. La NEIL es una condición de fisiopatología aún incierta, que se cree mediada por mecanismos autoinmunes tras una infección viral. Se presenta típicamente con una pérdida aguda y unilateral de la visión, generalmente indolora. Durante el transcurso de la enfermedad aparece la estrella macular, secundaria a fuga vascular, aunque su ausencia no descarta el diagnóstico¹. Posterior a esto, puede presentar alteraciones menores en el epitelio pigmentario retinal. Por otro lado, el diagnóstico puede resultar complejo debido a que se llega por exclusión de otras causas como retinopatía hipertensiva o diabética, neuropatía isquémica anterior, papiledema¹.

Figura 2 | Tomografía de coherencia óptica. A: mácula de ojo derecho, perfil anterior y posterior conservado (flecha azul). B: mácula de ojo izquierdo presenta exudados lípidicos duros en las capas externas de la retina con aumento de la reflectividad de la limitante interna (flecha azul). C: Se observa la estrella macular (flecha azul)



Por otro lado, la ET es una vasculitis granulomatosa que raramente afecta la retina, pero que puede generar neurorretinitis en el contexto de una reactivación inflamatoria tras la suspensión del tratamiento inmunosupresor⁷.

El diagnóstico diferencial de la neurorretinitis incluye enfermedades como la neuropatía óptica isquémica, retinopatía hipertensiva, tumores yuxtapapilares y papiledema. En ambos casos presentados, los estudios complementarios permitieron descartar las causas prevalentes y establecer un diagnóstico preciso¹.

El tratamiento varía según la etiología subyacente. Mientras que la NEIL suele resolver espontáneamente, en el caso de la ET, la reinserción del tratamiento inmunosupresor fue clave para evitar un mayor deterioro visual.

Los casos presentados resaltan la importancia de considerar las etiologías poco frecuentes en pacientes con neurorretinitis, especialmente en aquellos con antecedentes sistémicos relevantes o sin una causa infecciosa evidente. Una evaluación oftalmológica integral y un enfoque multidisciplinario son esenciales para el diagnóstico y manejo oportuno de estos casos, minimizando el riesgo de secuelas visuales permanentes.

Conflictos de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Rodríguez-Castelblanco A, Cordero-Coma M. Leber's idiopathic stellate neuroretinitis: diagnostic and therapeutic conflicts. *Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed)* 2019; 94:413-6.
2. Patel R, Patel BC, Chauhan S. Neuroretinitis. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
3. Mirault T, Messas E. Arteritis de Takayasu. *Rev Med Interne* 2016;37:223-9.
4. Fairbanks AM, Starr MR, Chen JJ, Bhatti MT. Treatment strategies for neuroretinitis: current options and emerging therapies. *Curr Treat Options Neurol* 2019; 21:21.
5. Maitland CG, Miller NR. Neuroretinitis. *Arch Ophthalmol* 1984; 102:1146-50.
6. Casson RJ, O'Day J, Crompton JL. Leber's idiopathic stellate neuroretinitis: differential diagnosis and approach to management. *Aust N Z J Ophthalmol* 1999; 27:65-9.
7. Zone-Abid I, Ayedi O, Ben Amor S, Trigui A. Neuroré-tinite bilatérale révélant une maladie de Takaya-su chez un enfant de 11 ans. *J Fr Ophtalmol* 2022; 45:428-9.