

INTRODUCCIÓN

La afectación ocular en pacientes con leucemia representa un desafío diagnóstico. Aunque es poco frecuente, la infiltración del nervio óptico puede ser la única manifestación de recurrencia de la enfermedad, apareciendo como un signo aislado en la recaída extramedular en pacientes con leucemia. En el siguiente reporte de caso, se presenta una mujer de 45 años en estado de remisión completa, que cursa un cuadro de neuritis óptica de evolución desfavorable y mala respuesta al tratamiento. Se plantean distintos diagnósticos diferenciales y finalmente mediante una vitrectomía con toma de muestra se llega al diagnóstico definitivo de infiltración leucémica del nervio óptico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 45 años de edad con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda de células T diagnosticada en el año 2005 y en remisión completa. En Junio de 2015 presenta una recurrencia de su enfermedad en médula ósea, la cuál es tratada satisfactoriamente con quimioterapia sistémica e intratecal. En diciembre de 2015 concurre al servicio de guardia de neurología presentando un cuadro de disminución de agudeza visual y dolor en su OD. Al examen presentaba una AV de 20/200 en su OD y de 20/20 en su OI. Se le solicitó una RMN de encéfalo la cual evidenció un realce a nivel del nervio óptico derecho luego de la administración de contraste. También se le practicó una punción lumbar en la que no se hallaron alteraciones. El cuadro fue interpretado como una neuritis óptica y se la trató con corticoides por vía oral y endovenosa con buena respuesta al tratamiento.

Un mes más tarde consulta a nuestro servicio por disminución de la AV en su OD pero sin presentar dolor en esta oportunidad. Su AV era de 20/400 en su OD y de 20/20 en OI. Sólo lograba identificar 1/10 números en el test de Ishihara con el OD y al fondo de ojos se observaba una edema de papila difuso con hemorragias en llama, dilatación y tortuosidad vascular y microhemorragias en cuatro cuadrantes.



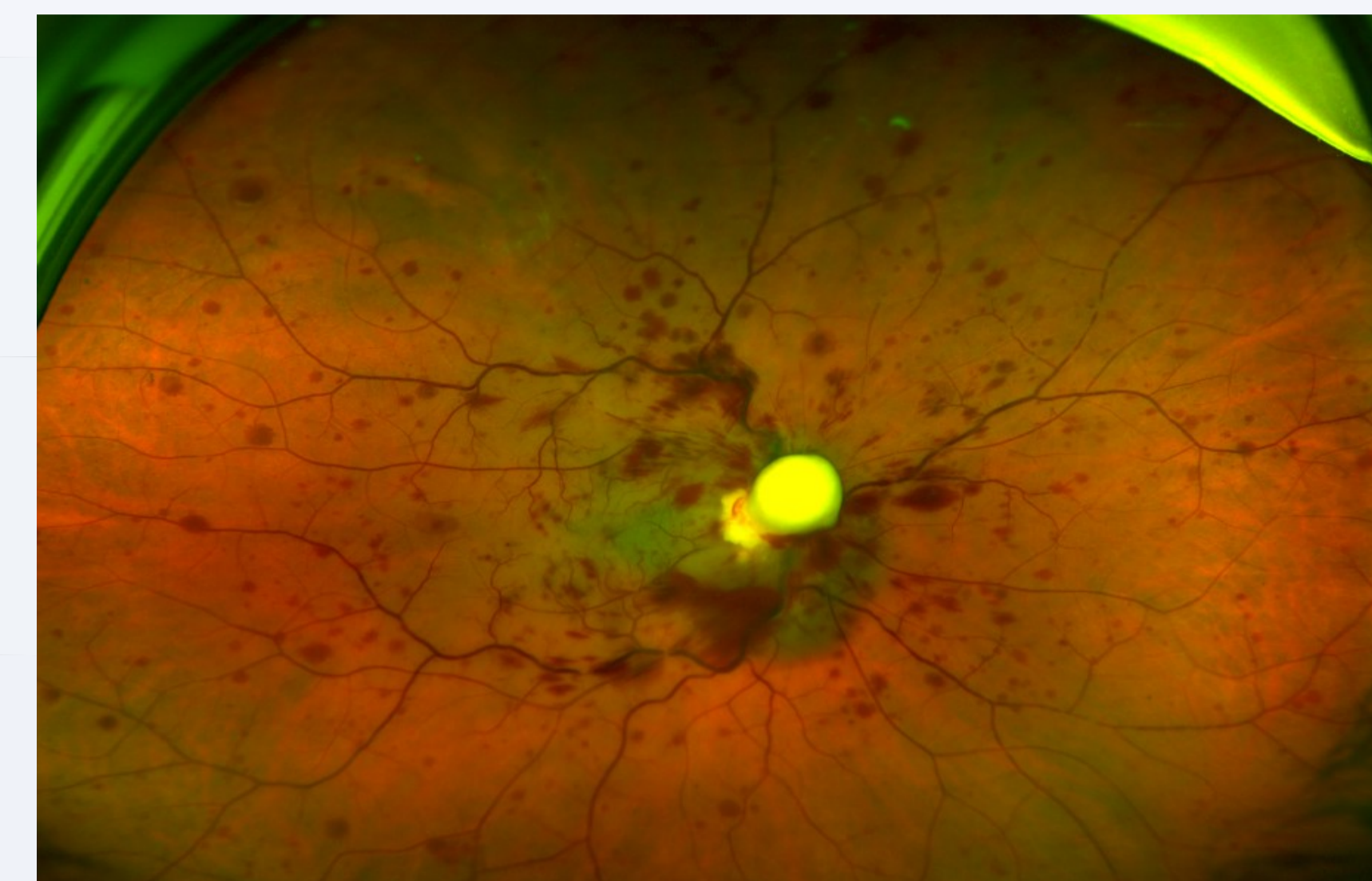
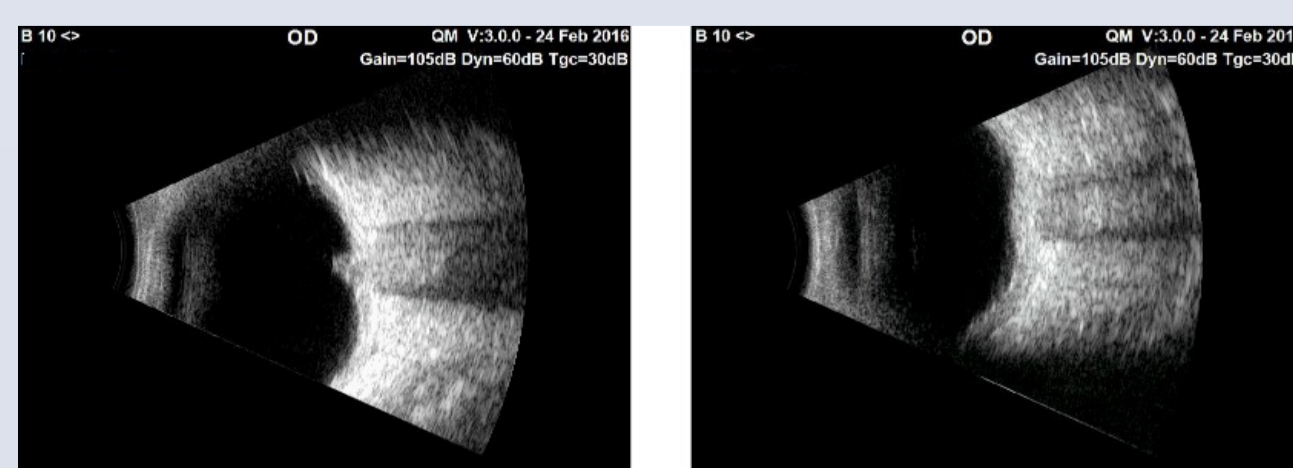
Frente esta situación se plantean distintos diagnósticos diferenciales: infiltración ocular por leucemia por los antecedentes de la paciente; obstrucción de la vena central de la retina por las características clínicas; papiloflebitis como una variante de la OVCR en una paciente joven o infección oportunista.

El médico hematólogo no consideraba realizar tratamiento con quimioterapia o radioterapia sin una PL positiva.

Se solicita nueva RMN la cual es interpretada por el departamento de diagnóstico por imágenes como una mejoría dentro del contexto de la paciente. Además se le repitió la PL que no evidenció presencia de células leucémicas en LCR.

Teniendo en cuenta que en el episodio anterior tuvo una buena respuesta a los corticoides, se decidió repetir el mismo tratamiento, evolucionando favorablemente.

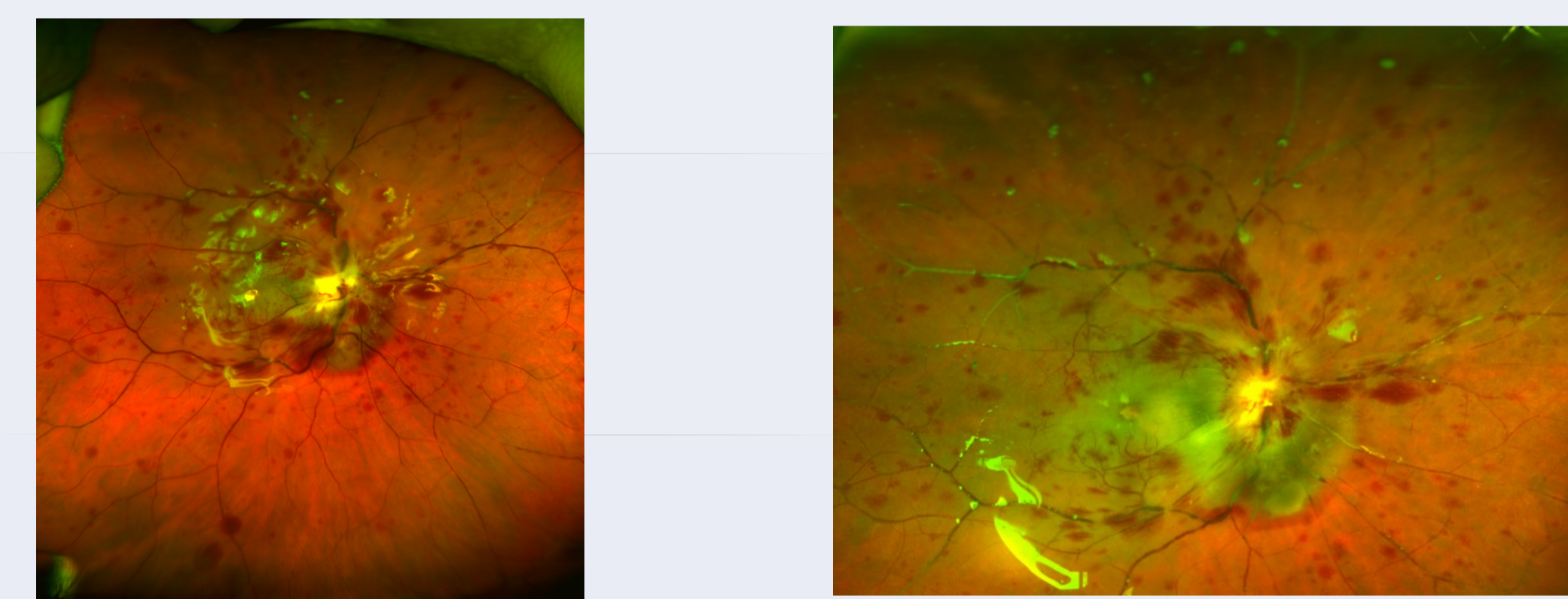
10 días después, concurre con el mismo cuadro pero con dolor a los movimientos oculares. Esta vez consulto con la neuróloga que la había tratado en el primer episodio. Nuevamente se lo diagnostica como Neuritis óptica y se le administran corticoides, esta vez con evolución desfavorable, sin mejoría en la AV.



Ante esta situación y con una fuerte sospecha de infiltración leucémica del nervio óptico, se propone realizar una vitrectomía diagnóstica con toma de muestra de humor vítreo y de la lesión que se observaba sobre la papila.

Las muestras obtenidas durante la cirugía fueron procesadas para PCR (bacterias y hongos) y para citometría de flujo. Los resultados obtenidos de la lesión infiltrante fueron de un 12% de células precursoras T, siendo negativa la muestra de humor vítreo.

Esto nos permitió confirmar la sospecha diagnóstica y la paciente fue derivada para internación y recibir el tratamiento oncológico correspondiente.



DISCUSIÓN

Es bien conocido que el SNC está protegido por la barrera hemato-encefálica, lo cual dificulta el acceso a esta región anatómica por parte de las drogas quimioterápicas. Por otro lado, existen teorías que explican la presencia de tumor residual dentro de lugares llamados santuarios inmunológicos. Estos factores son de fundamental importancia a la hora de comprender la fisiopatología en el caso expuesto anteriormente. Es decir que no se trataba de una nueva recurrencia sino podría tratarse de células que permanecieron quiescentes luego de la manifestación leucémica inicial.

El objetivo de la VY diagnóstica que se llevó a cabo era el de obtener muestras para PCR multiplex para bacterias y hongos y además para citometría de flujo, siendo este el método diagnóstico de elección en infiltración leucémica, mucho más sensible que los métodos citológicos.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con sospecha de infiltración leucémica de Nervio Óptico, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- LCR puede ser normal
- Puede ocurrir en pacientes que se encuentran en remisión
- Simula papiledema

El diagnóstico se realiza en base a PL seriadas, RMN de encéfalo y órbita con y sin contraste, toma de muestra de humor vítreo, biopsia de la vaina del nervio óptico y citometría de flujo.

El tratamiento implica Quimioterapia sistémica e Intratecal y Radioterapia (24-30Gy).

El objetivo de la Radioterapia es disminuir la cantidad de células leucémicas en el canal óptico, mejorar la circulación de LCR alrededor del Nervio Óptico y la efectividad de drogas citotóxicas. Como efecto adverso, principalmente induce neuropatía óptica

BIBLIOGRAFÍA

- Leukemic Involvement of the Optic Nerve – Hirotohi Nikaido, MD., Hiromu Mishima, MD., Hideyuki Ono, MD. American Journal of Ophthalmology 105:294-298 March 1998
- Ocular and Orbital involvement in leukemia – Marilyn C Kincaid, and W. Richard Green, MD. Survey of Ophthalmology Volume 27 – Number 4 January and February 1983
- Ocular manifestation of Leukemia – A Ralph Roshenthal, MD. American Academy of Ophthalmology 1983
- Leukemic infiltration vs Infectious process – Kathleen B Gordon, MD, Hope S Rugo, MD., Jacque L Duncan, MD. American Academy of Ophthalmology 2001