



## NEURORRETINITIS POR PRIMAINFECCIÓN DE VIRUS EPSTEIN BARR

### NEURORETINITIS IN EPSTEIN BARR VIRUS PRIMARY INFECTION

Romeo-Villadóniga S, Olivier-Pascual N

Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España.

#### RESUMEN

**Caso Clínico.** Mujer de 36 años que acude a Urgencias por disminución de visión aguda en el OD. Se evidencia edema de papila bilateral con alteraciones significativas en los campos visuales realizados. El estudio sistémico demostró una seroconversión de Ig M para el Virus Epstein Barr. El cuadro se resolvió de forma espontánea con recuperación de la AV inicial.

**Discusión.** La neurorretinitis es una enfermedad que puede ser de origen infeccioso, inflamatorio, autoinmune o vascular, pero a pesar de su etiología variada, suele presentarse con unos signos característicos, que facilitan su diagnóstico. El tratamiento variará dependiendo de la causa de la enfermedad.

#### PALBRAS CLAVE

Neurorretinitis. Edema de papila, Estrella macular. Virus Epstein Barr.

#### ABSTRACT

**Case Report.** We present the case of a 36 year-old woman who came to the Emergency Department due to loss visual acuity in the right eye. There was demonstrate a bilateral papilledema with significant changes in visual fields. The systemic study was positive to Epstein Barr Virus with a seroconversion IgM. The case had a spontaneous resolution and the VA initial was recuperated.

**Conclusion.** The neuroretinitis had multiple ethiology: infection, inflammatory, autoimmune or vascular, but there are some typical signs which help the diagnosis. The treatment will change in function the disease's ethiology.

#### KEYWORDS

Neuroretinitis. Papilledema. Macular star. Epstein-Barr Virus.

#### CORRESPONDENCIA:

Stéphanie Romeo Villadóniga  
Plaza Sagrado Corazón nº5, 4º-D  
15350 Cedeira (A Coruña)  
stephmed@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

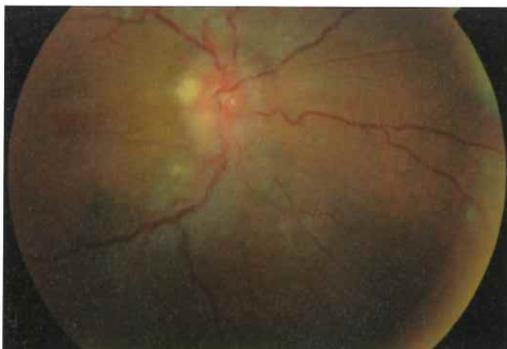
La neurorretinitis es una enfermedad con respuesta inflamatoria tanto en la arquitectura de la retina como en la del Nervio Óptico<sup>1</sup>. En muchos casos, los hallazgos oftalmológicos son una extensión de la patología del sistema nervioso central.

Las manifestaciones clínicas consisten en disminución de AV, edema de papila y aparición de estrella macular, y aparecen en la mayoría de los pacientes independientemente de la etiología del cuadro. Se presenta un caso típico de neurorretinitis con pérdida súbita de visión.

#### CASO CLÍNICO

Se expone el caso de una mujer de 36 años natural de Brasil que acude a Urgencias refiriendo pérdida brusca de agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD). La AV corregida es de 0,4 en OD y 1,0 en ojo izquierdo (OI). Presenta discromatopsia en OI. La biomicroscopía, presión intraocular y reflejos pupilares se encuentran dentro de la normalidad. El examen fundoscópico revela un edema de papila bilateral no hemorrágico y zonas de exudados de de aspecto de microinfartos en ambos ojos (**Figuras 1 y 2**). Como antecedentes la paciente refiere haber tenido un cuadro pseudogripal los

**FIGURA 1.-**  
Retinografía  
OD a la pre-  
sentación.  
Se observa  
edema de  
papila, inicio  
de estrella y  
microinfartos



**FIGURA 2.-**  
Retinografía  
del OI a la  
presentación.  
Edema de  
papila y  
microinfartos



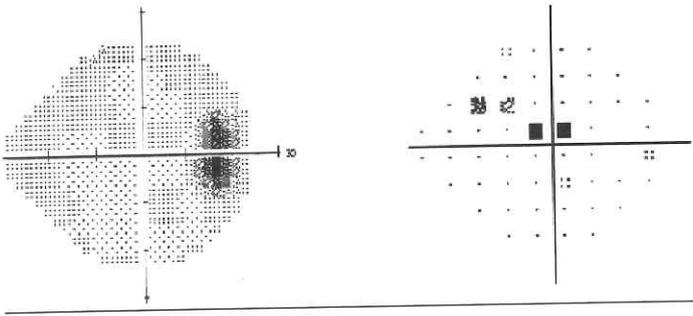


FIGURA 3.- CV OD al inicio del cuadro clínico.

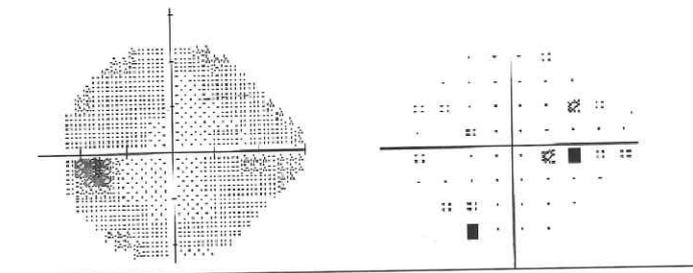


FIGURA 4.- CV OI al inicio del cuadro.

días previos a la pérdida de visión y convivir de forma habitual con 6 gatos.

Se completa el estudio sistémico con pruebas de imagen, tomografía computarizada craneal y resonancia magnética nuclear cerebral sin hallazgos patológicos. Las serologías para *Bartonella henselae*, VIH, virus hepatitis B y C, sífilis, *Borrelia burgdorferi*, *Toxoplasma gondii*, virus Epstein Barr (VEB), *Citomegalovirus* y *Clamidia* fueron negativas. La paciente presentó una seroconversión de IgM positiva para VEB (106.000 u/ml). Conjuntamente se realizan campos visuales (CV) observando un defecto central en OD y un defecto paracentral en OI (Figuras 3 y 4)

Se decide control observacional presentando a la primera semana AV corregida de 0,8 en OD y 1,0 en OI, con persistencia de edema de papila bilateral e inicio de estrella macular en ambos ojos.

La paciente presentó una evolución favorable con recuperación de la AV inicial corregida de 1,0 en OD y 1,0 en OI y mejoría de la imagen fundoscópica, como se puede observar en las retinografías realizadas al sexto mes de la aparición del cuadro (Figuras 5 y 6). En

los CV se aprecia la disminución de los escotomas previamente descritos.

**DISCUSIÓN**

La neurorretinitis es una patología descrita en 1916 por Leber como retinopatía que cursaba con pérdida de visión con edema del Nervio Óptico y exudados maculares<sup>2</sup>, que posteriormente Gass denominó como neurorretinitis destacando su naturaleza inflamatoria. La progresión clínica de la enfermedad es sorprendentemente muy similar en todos los casos. Dos terceras partes de los pacientes presentan un pródromo similar a una infección viral<sup>3</sup>, tal y como refiere la paciente en este caso.

La neurorretinitis tiende a ser un cuadro autolimitado y de resolución espontánea<sup>4,5</sup>, pero es importante reconocer los signos clínicos representativos de la enfermedad para realizar un correcto diagnóstico diferencial, que incluye la retinopatía hipertensiva, la neuropatía óptica diabética y otras enfermedades que cursan con neuritis ópticas.

Los síntomas más frecuentes son la pérdida de visión, y un dato de sospecha clínica es la desaturación de los colores (especialmente el color rojo) como presentaba la paciente en la primera exploración.

Las manifestaciones clínicas características son el edema de papila, que suele disminuir en las primeras dos semanas tras la aparición del cuadro, y la estrella macular, que se inicia al resolverse el edema y disminuye a partir de las 4 semanas de evolución. También han sido descritas oclusiones de rama arterial y/o venosa<sup>6</sup>. Los pacientes suelen tener buena evolución, con reestablecimiento de su AV inicial, aunque en algunos casos la pérdida visual puede ser permanente. Es frecuente que exista un defecto pupilar aferente relativo.

Hay un elevado número de enfermedades que pueden cursar con un cuadro de neurorretinitis, desde enfermedades vasculares, infecciosas o autoinmunes. La *Bartonella henselae* es el agente causal más frecuente identificado<sup>1</sup>, aunque en más de la mitad de los casos no se identifica el germen causal y se clasifican como idiopáticas<sup>7</sup>. En este caso, dado que la paciente cohabitaba con 6 gatos, era el agente infeccioso que suponíamos causante del cuadro clínico, previo a los resultados de las serologías. El VEB se disemina por contacto íntimo entre personas susceptibles y asintomáticas. La mayoría de primoinfecciones por VEB son subclínicas, y, como la mayoría de los miembros de la familia del herpesvirus, tienen una fase latente. La mononucleosis infecciosa es la manifestación clínica

FIGURA 5.- Retinografía de OD al sexto mes de la aparición del cuadro con desaparición del edema de papila y de la estrella macular



FIGURA 6.- Retinografía de OI al sexto mes de la aparición del cuadro con desaparición del edema de papila y de la estrella macular



aguda más frecuente del VEB, y a nivel ocular puede provocar, entre otros cuadros, neuritis ópticas atípicas<sup>8</sup>.

El tratamiento con antibióticos es cuestionable, ya que la mayoría de los pacientes evolucionan hacia una recuperación total de forma espontánea, pero el tratamiento con macrólidos durante 1-4 semanas está indicado en los casos de *enfermedad por arañazo de gato*<sup>4,5,9</sup>.

Es extremadamente raro que se produzcan recurrencias y éstas suelen asociarse fundamentalmente a pacientes seropositivos para el VIH<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ray S, Gragoudas E. *Neurorretinitis*. *Int Ophthalmol Clin* 2001; 41: 83-102.
2. Suhler EB, Lauer AK, Rosenbaum JT. *Prevalence of serologic evidence of cat scratch disease in patients with neuroretinitis*. *Ophthalmology* 2000;107(5):871-6. [PubMed]
3. Valverde-Gubianas M, Ramos-López JF, López-Torres JA, Toribio-García M, Milla-Peñalver C, Gálvez Torres-Puchol J et al. *Neurorretinitis: Casos clínicos*. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2009;84:389-94
4. Durá Travé T, Yoldi Petri ME, Lavilla Oiz A, Molins Castiella T. *Neuroretinitis in cat-scratch disease*. *An Pediatr (Barc)* 2010 Apr;72(4):290-1.
5. Cunningham ET, Koehler JE. *Ocular bartonellosis*. *Am J Ophthalmol* 2000 Sep;130(3):340-9.
6. Ormerod LD, Skolnick KA, Menosky MM, Pavan PR, Pon DM. *Retinal and choroidal manifestations of cat scratch disease*. *Ophthalmology* 1998;105:1024-31
7. F. Magand, Frésard A, Manoli P, Cazorla C, Lucht F. *Stellar neuroretinitis and Bartonella henselae infection. A case report without exposure to cats*. *Med Mal Infect* 2008; 38: 275-7.
8. E. Santos-Bueso, F. Sáenz-Francés, C. Méndez-Hernández, J.M. Martínez-de-la-Casa, J. García-Feijoo, J.A. Gegúndez-Fernández y J. García-Sánchez. *Papilitis por infección del virus de Epstein-Barr en paciente adulto*. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2013 Aug; 7. pii: S0365-6691(13)00219-0. doi: 10.1016/j.oftal.2013.05.007. [Epub ahead of print]
9. Metz CHD, Buer J, Bornfeld N, Lipski A. *Bilateral Bartonella henselae neuroretinitis with stellate maculopathy in a 6-year-old boy*. *Infection* 2012 April;40(2):191-4.
10. Curi AL, Machado DO, Heringer G, Campos WR, Orefice F. *Ocular manifestation of cat-scratch disease in HIV-positive patients*. *Am J Ophthalmol* 2006 Feb;141(2):400-1.