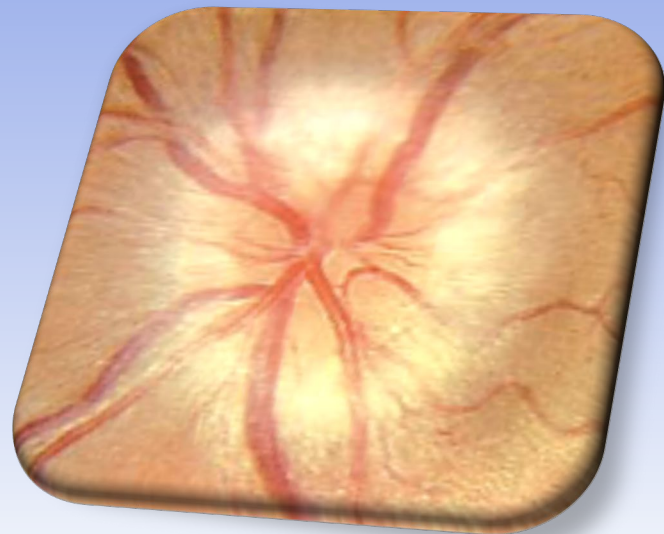
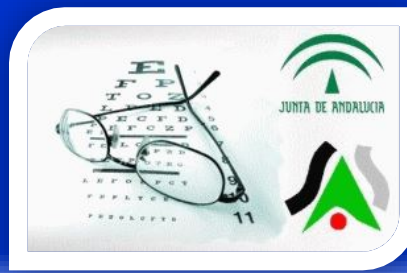




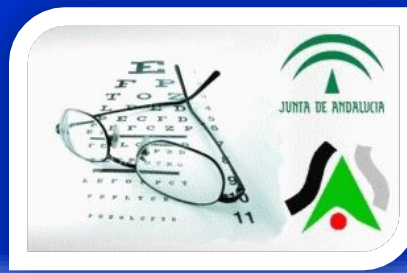
“Papila elevada”



Lucía Ocaña Molinero
MIR 3



- 1. Introducción**
- 2. Edema de papila unilateral**
 - a. Menores 45 años
 - b. Mayores 45 años
 - c. A cualquier edad
- 3. Edema de papila bilateral**



1. Introducción

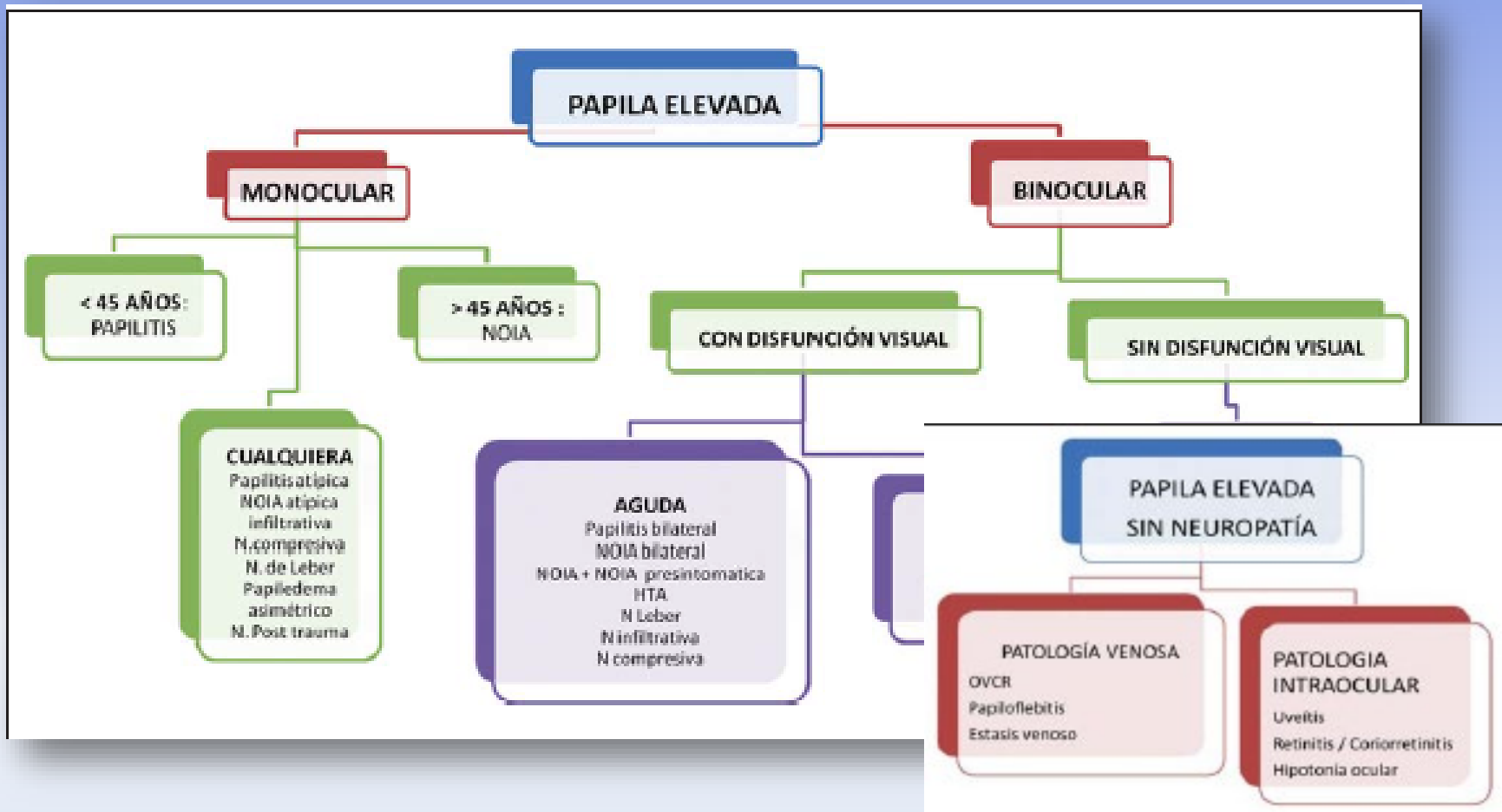
El edema de papila es un hallazgo inespecífico resultado de la obstrucción del flujo axoplásmico a nivel de la lámina cribosa

- Lateralidad
- Edad de comienzo
- Forma de instauración (brusca o insidiosa)
- Evolución (típica o atípica)
- Antecedentes personales (tóxicos, patología sistémica asociada,...) y familiares.
- Grado de disfunción visual

MÚLTIPLES CAUSAS



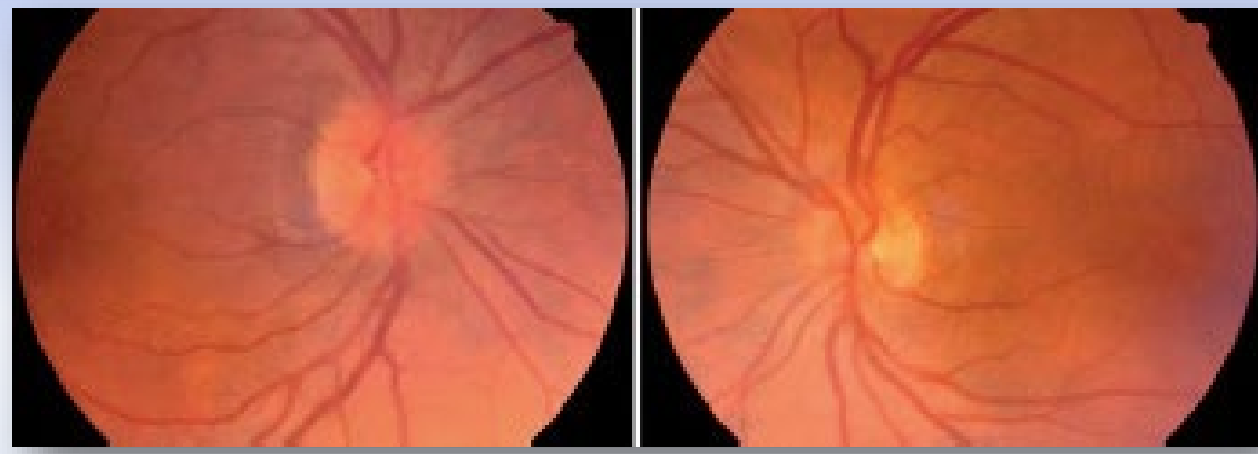
1. Introducción





2. Edema de papila unilateral

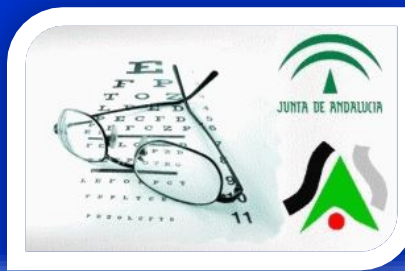
- Rasgo característico de la **neuritis óptica anterior o papilitis** y de la **NOIA**.
- Puede verse también en neuropatías de naturaleza **compresiva, infiltrativa, infecciosa...**
- **EDAD de comienzo: CLAVE!!!**
 - < 45 AÑOS
 - > 45 AÑOS
 - CUALQUIER EDAD





2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años:

- **Neuritis óptica:** *causa más frecuente de edema de papila en < 45 años.*
- Proceso inflamatorio que el NO puede sufrir de modo **aislado** (idiopático) o en el contexto de una **enfermedad desmielinizante.**
- Secundaria a un trastorno sistémico inflamatorio, infeccioso o intraocular: **neuritis óptica atípica.**
- La neuritis óptica típica (con o sin edema de papila): *pérdida brusca de visión monocular en un paciente joven, dolor en los movimientos oculares, y tendencia a la recuperación espontánea.*



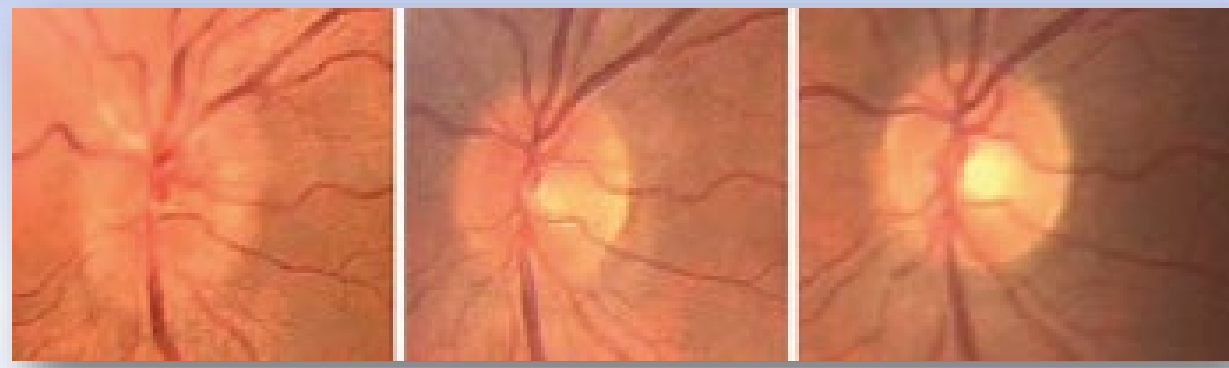
2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años:

	TÍPICA	ATÍPICA
Edad	15-45 años	< 15 y > 45 años
Lateralidad	Unilateral	Bilateral
Comienzo	Brusco	Insidioso
Dolor	Presente	Ausente
Si edema*	Edema cede a los 2 meses	Edema persiste después del 2.º mes
Otros signos oculares	Ausentes, salvo periflebitis	Exudados retinianos, vitritis, vasculitis, etc...
Evolución	Mejoría espontánea	Progresión después 2 semanas. No recuperación de al menos 2 líneas AV. Recuperación córtico-dependiente.
DPAR#	Presente	Presente



2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO típica

- Pérdida visual brusca monocular
- Leve dolor periorbitario que aumenta con los movimientos
- Disfunción visual evoluciona en 1-2 semanas y post/ recuperación
- Buen px visual
- **Aislada/ enf. Desmielinizante**
- EDEMA DE PAPILA LEVE Y DIFUSO/NO EP
- Periflebitis: PEOR PRONÓSTICO

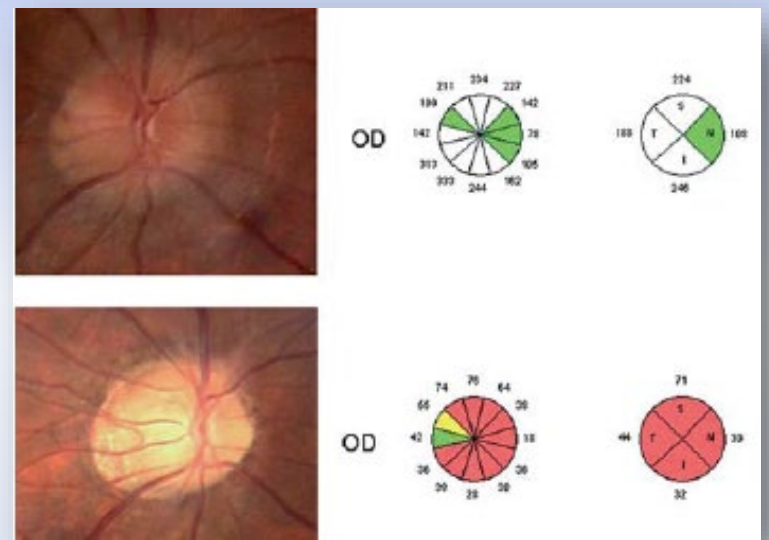


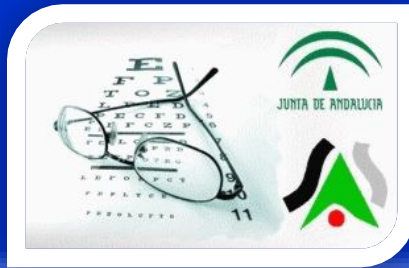


2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO típica

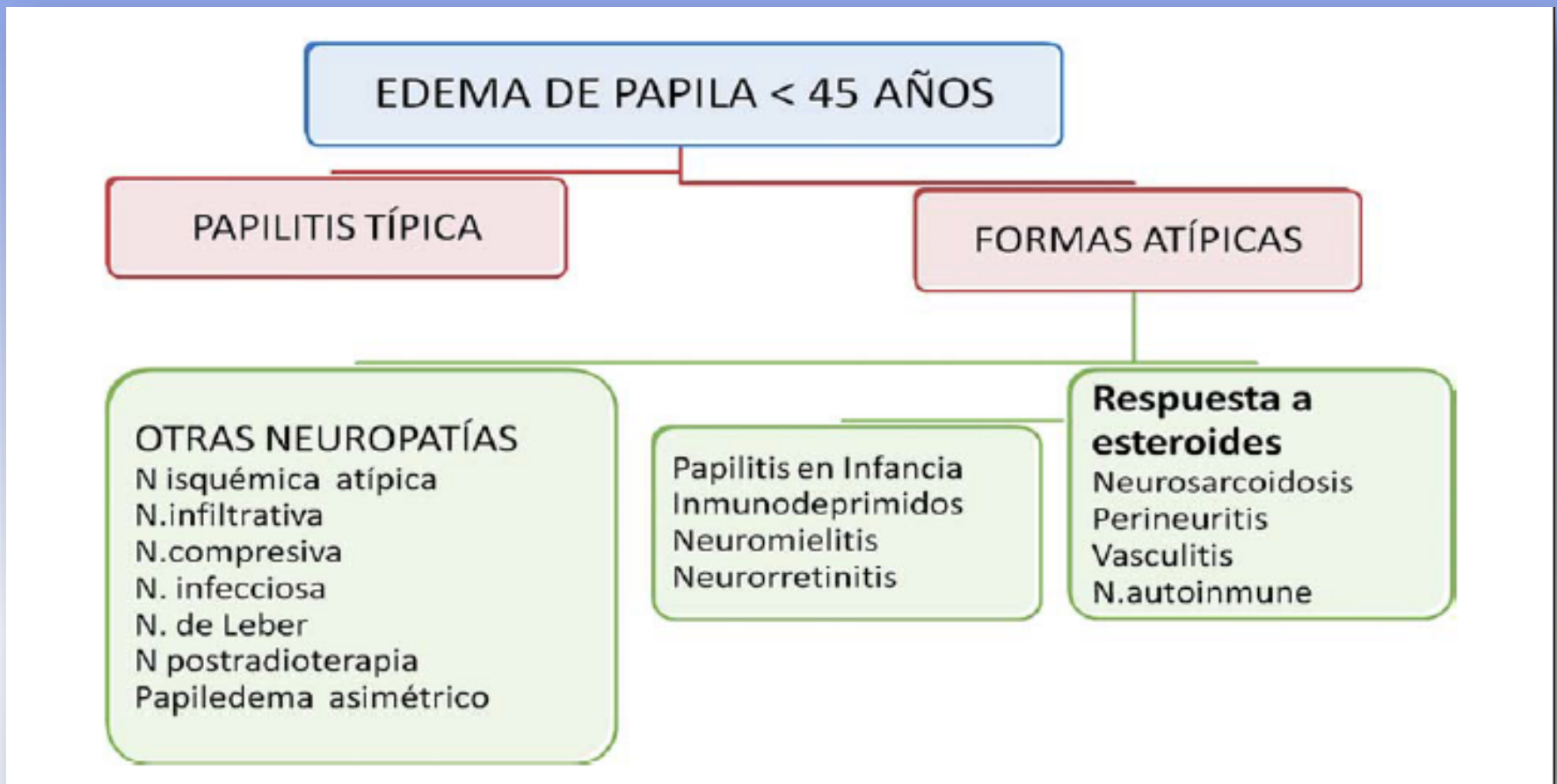
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- a. **Perimetría**
- b. **PEV:** en pacientes con historia dudosa de neuritis óptica en el pasado o en pacientes con enfermedad desmielinizante
- c. **RM:** prueba con mayor valor predictivo de cara al riesgo de conversión a EM.
- d. **OCT:** adelgazamiento de la CFNR implica daño estructural y asocia menos posibilidad de recuperación visual cuando se reduce a 74-78 micras.





2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO atípica





2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO atípica

a. NEUROMIELITIS ÓPTICA (SD DEVIC)

Enfermedad desmielinizante autoinmune, definida clásicamente como la concurrencia de neuritis óptica (anterior/retrobulbar) y mielitis transversa.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- Neuritis óptica + Mielitis transversa
- 2 de 3 signos:
 - RM: Lesión medular contigua ≥ 3 segmentos.
 - RM cerebral: No hallazgos de EM.
 - NMO-IgG seropositivos (AQP4).

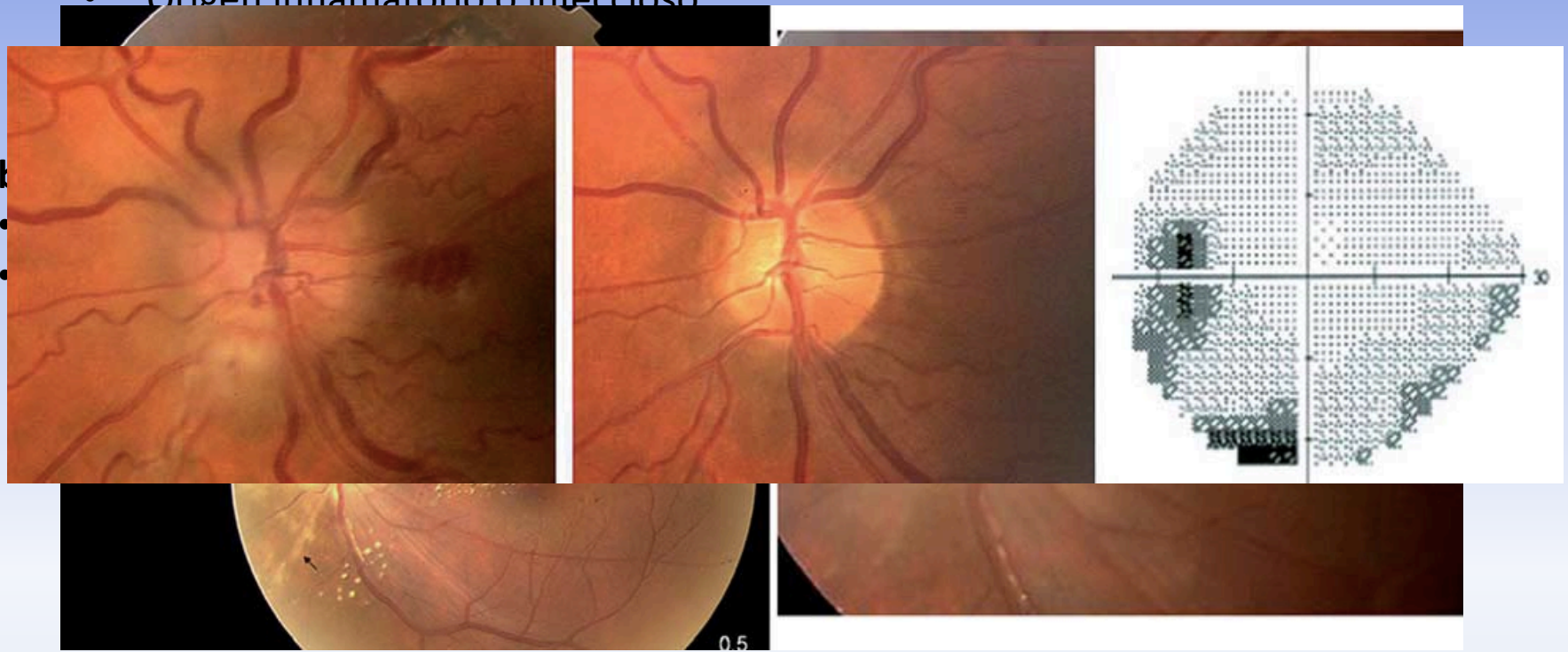


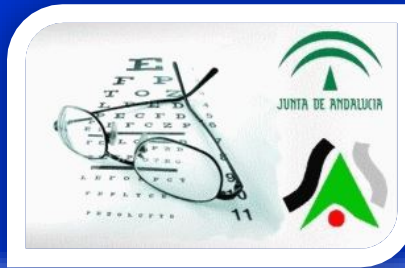


2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO atípica

a. Neuritis óptica de la infancia:

- Origen inflamatorio o infeccioso

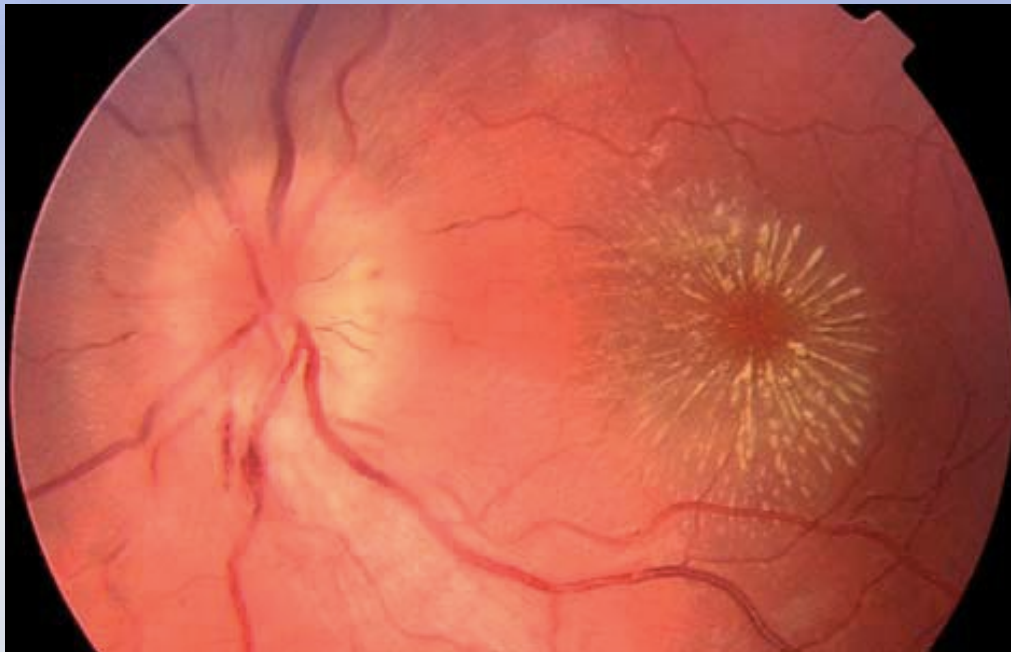




2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO atípica

c. Neurorretinitis:

- Confluyen: Pérdida aguda de visión con edema de papila y edema macular con exudados lipídicos en el polo posterior.
- Habitualmente naturaleza infecciosa: Bartonella henselae
- No riesgo de evolución a EM.





2.1. Edema de papila unilateral en < 45 años: NO atípica

d. Papilitis esteroide

i. Neurosarcoide

- Papilitis
- Uveítis
- Infiltración del quiasma óptico
- Aumento de la presión intraocular

ii. Neuritis retrobulbica

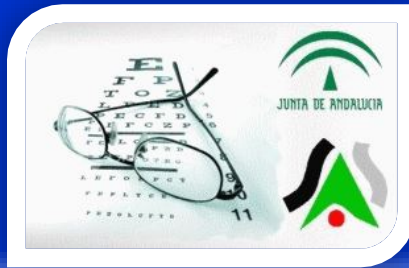
iii. Infiltración del quiasma

asocia con

iv. Glioma del quiasma

- Neoplasia
- < 20 años
- NF1
- Atrófica





2.2. Edema de papila unilateral en > 45 años

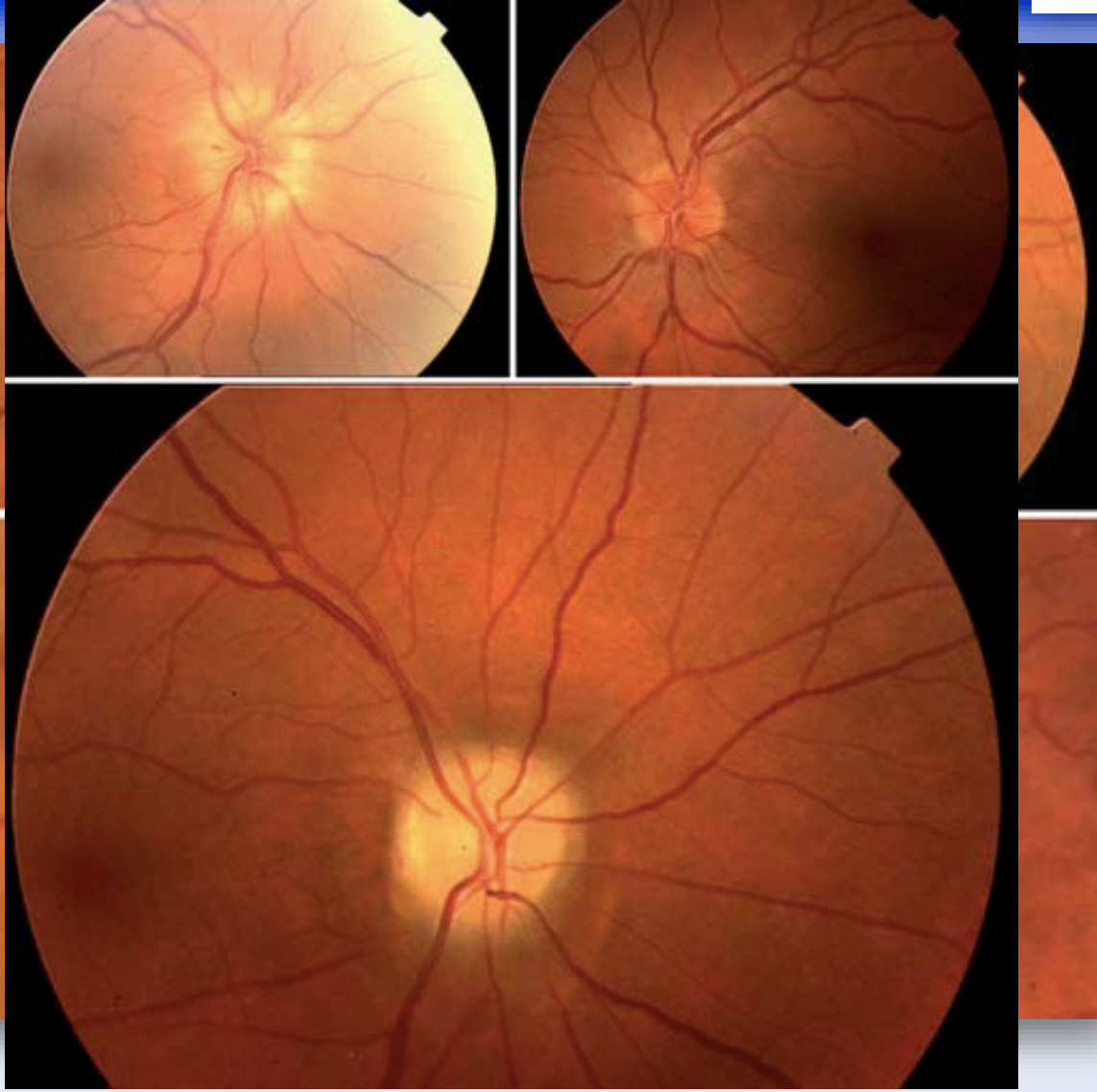
- **Causa más frecuente:** Neuropatía óptica isquémica anterior (**NOIA**): isquemia aguda en la circulación del disco óptico (arterias ciliares posteriores).
- NOIA-A y NOIA-NA (más frecuente)
- NOIA TIPICA –NOIA ATÍPICA

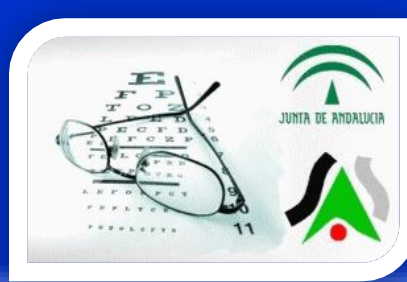
	NOIA TÍPICA	ATÍPICA
Pérdida de visión	Monocular	Binocular simultánea
Pérdidas transitorias de visión previas	No	+/-
Edad	> 45 años	Cualquiera
Comienzo	Brusco	Insidioso
Factores de riesgo	Sí	No
Papila de «riesgo» ojo adelfo	Sí	No
Progresión o edema >2-3 meses	No	Sí
DPAR*	Sí	Sí
Recurrencia ipsilateral	Rara	+/-
Inflamación/oclusión vascular	No	+/-



2.2. Edema

- Pérdida
- Al despe
- **DPAR ips**
- **FRCV**
- Edema p
- EP se res
- AV desde





2.2. Edema de papila unilateral en > 45 años: NOIA ARTERÍICA VS NOIA NO ARTERÍICA

SIGNOS SUGESTIVOS DE NOIA-A: ACG

- Sintomatología general (claudicación mandibular, dolor cervical...).
- Episodios premonitorios de amaurosis fugax (15%) o diplopía.
- Pérdida de visión severa.
- Edema de papila pálido de color blanco yeso.
- Oclusión de las arterias cilioretinianas

20% FORMA OCULTA

Ante una NOIA en un paciente >55 años, lo primero que se debe hacer es descartar la presencia de una ACG



2.2

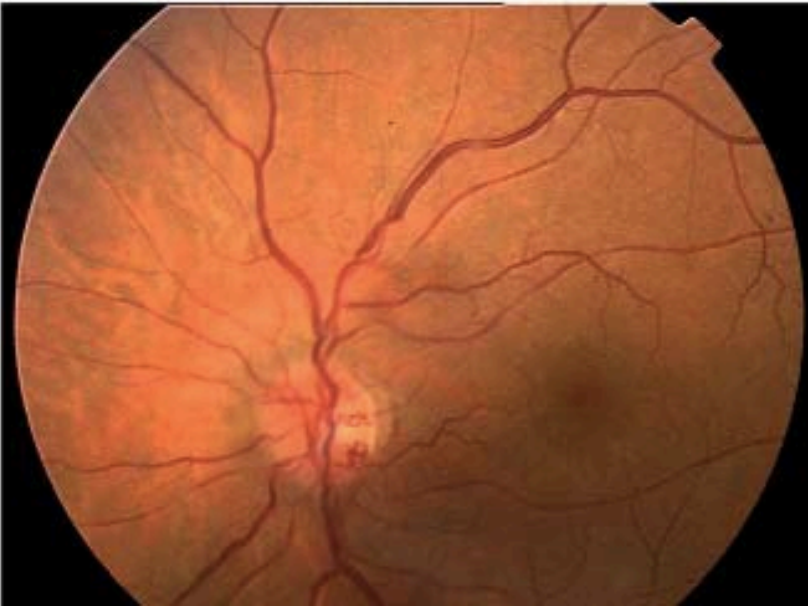
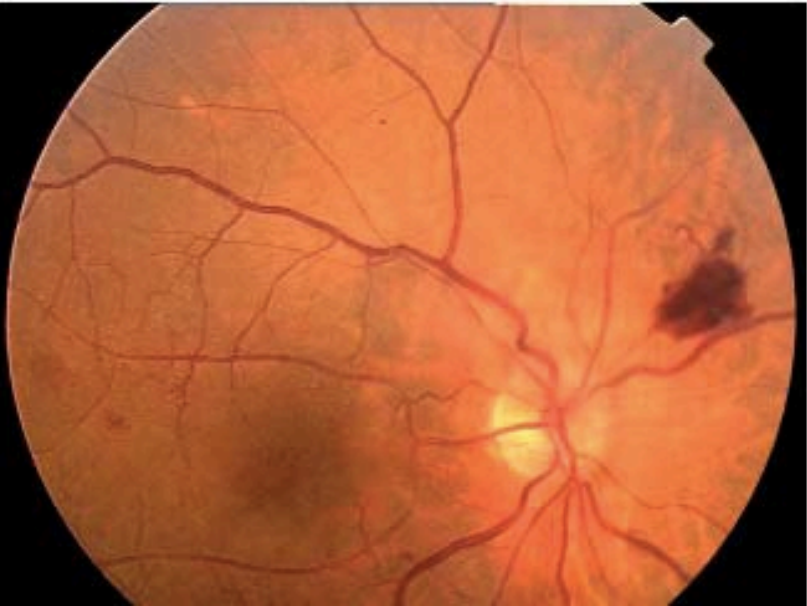
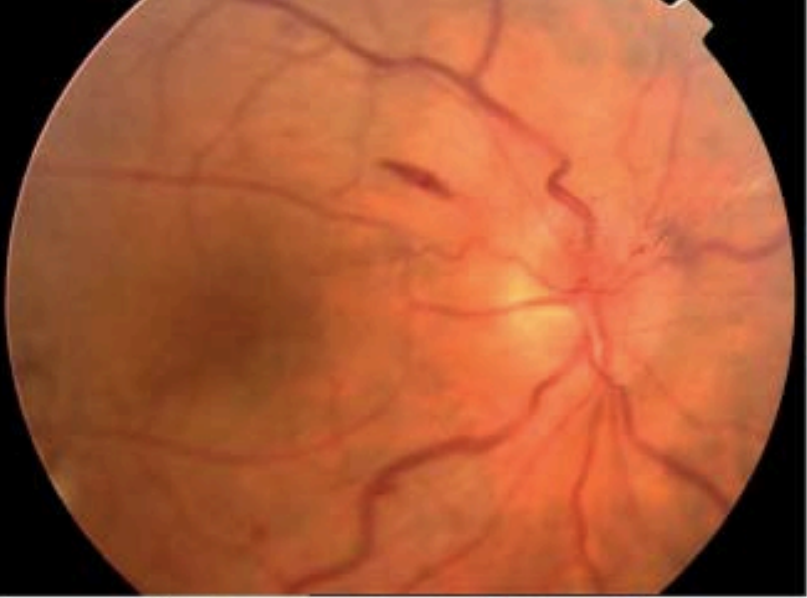
a.

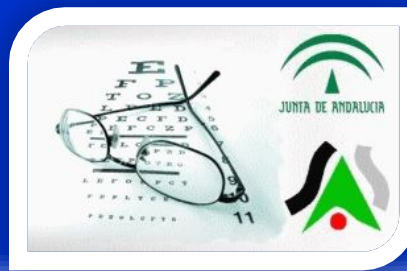
- Ed
 - N
 - N
- pap
neu

exc

b. l

-
-
-
-





2.2. Edema de papila unilateral en > 45 años: NOIA-NA ATÍPICA

c. NOIA diabética

- Duración del edema papilar más prolongada.
- Común la afectación bilateral.
- Menos pérdida de visión y perimétrica.
- Son característicos los **vasos telangiectásicos** sobre la superficie del disco en la fase aguda.

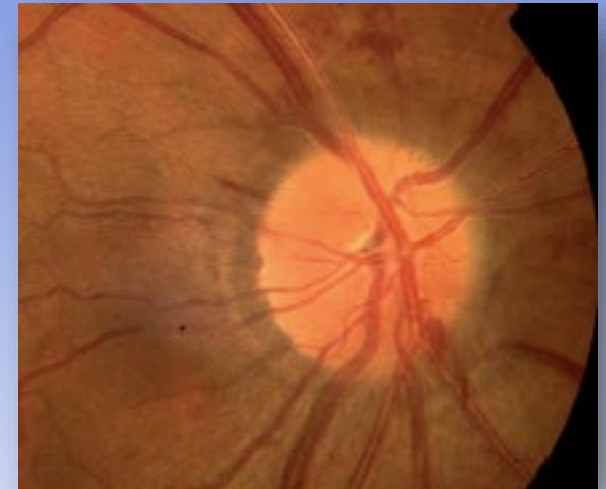
d. NOIA asociada a Fármacos: Amiodarona, Inhibidores de la alfa reductasa

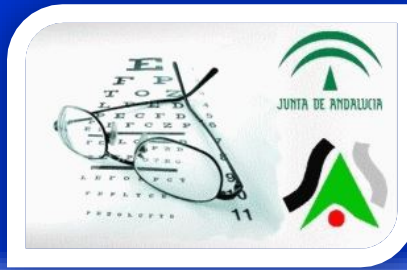
e. NOIA post-facoemulsificación:

- Forma precoz(picos hipertensivos)/forma tardía
- No FRCV
- No disco de riesgo ojo adelfo

f. NOIA perioperatoria

g. NO paraneoplásica



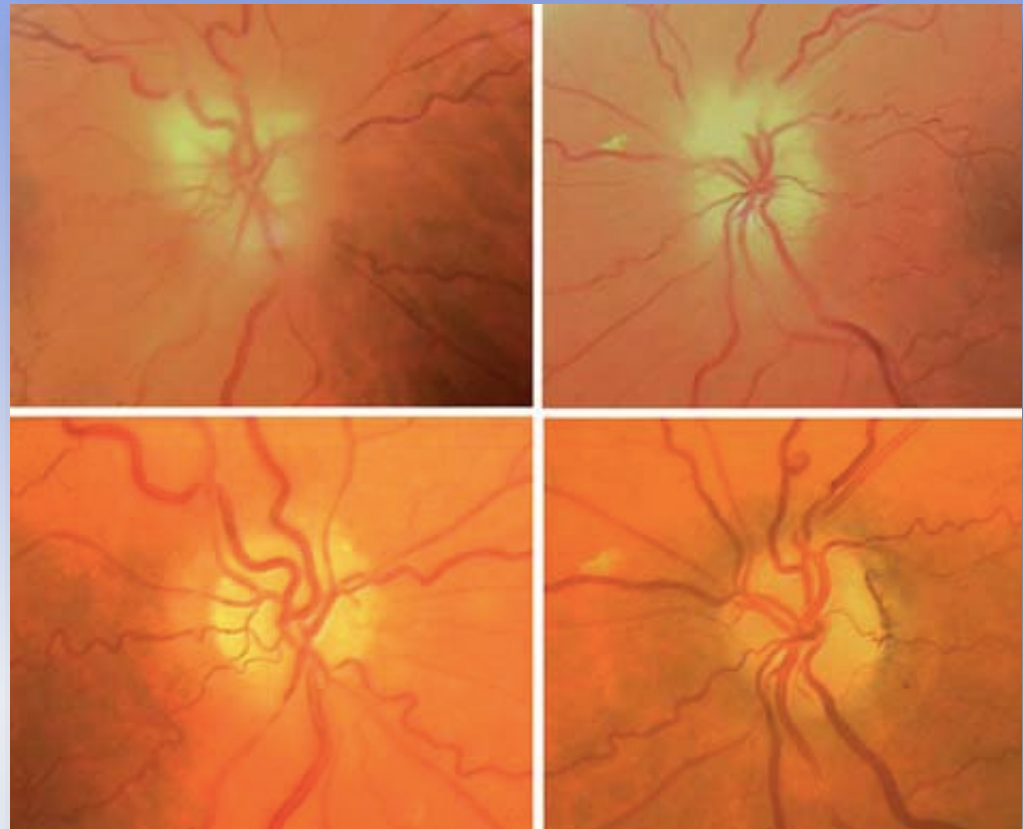


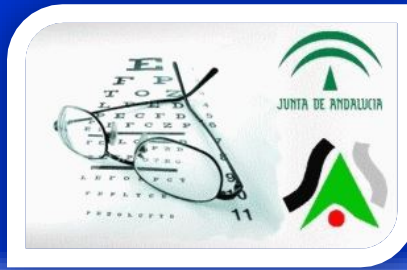
2.2. Edema de papila unilateral en > 45 años: NOIA-NA ATÍPICA

f. NOIA perioperatoria

- Más frecuente en **cirugía cardíaca** (edema papilar) y **espinal** (retrobulbar)
- Multifactorial
- Bilateral y severa

g. NO paraneoplásica: *sospecharse en pacientes que padecen cáncer y desarrollan una neuropatía óptica progresiva asociada a síntomas neurológicos sin otra causa que los justifique.*





2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA/INFILTRATIVA:

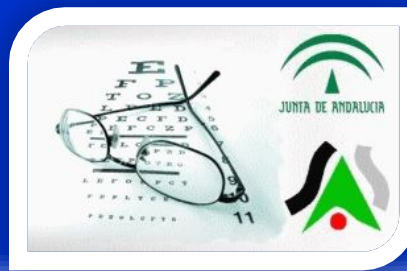
- i. **Tumores de disco:** hemangioma papilar, granuloma de disco
- ii. **Tumores de nervio óptico:** glioma del nervio óptico, meningioma de la vaina del nervio óptico, otros tumores
- iii. **Compresión orbitaria**
 - Enfermedad inflamatoria orbitaria
 - Orbitopatía tiroidea
 - Síndrome compartimental orbitario

NEUROPATÍA ÓPTICA DE LEBER

NEUROPATÍA ÓPTICA
POST-TRAUMÁTICA

EDEMA DE PAPILA EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS

- i. *Vasculitis*
- ii. *Diabetes*
- iii. *Neuropatía óptica anterior infecciosa*
- iv. *Neuropatía asociada a cáncer*



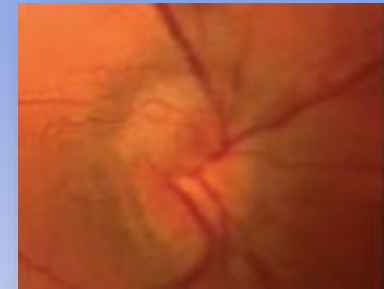
2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA/INFILTRATIVA:

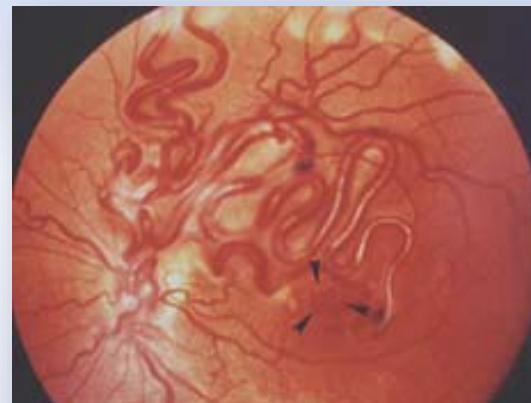
i. Tumores de disco:

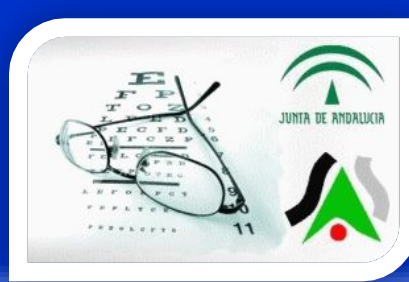
• Hemangioma papilar:

- **Capilar:** endofítico-exofítico. Asociado a hemangiomas SNC-VHL
- **Cavernoso:** raro, unilateral, AD, asociado a otras malformaciones, no compromete visión.
- **Racemoso:** no hereditaria, malformación congénita arteriovenosa, monocular. Puede asociarse a otras malformaciones.



- **Granuloma de disco:** infeccioso, neurosarcoidosis





2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA/INFILTRATIVA:

ii. **Tumores de nervio óptico:** glioma del nervio óptico, meningioma de la vaina del nervio óptico, otros tumores

**NEUROIMAGEN
HISTOLOGÍA
FO**

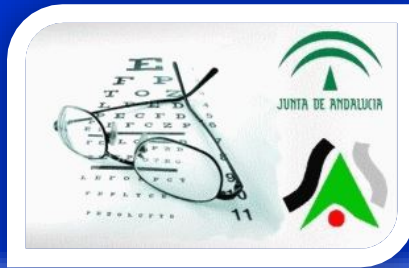
iii. **Compresión orbitaria:**

Neuropatía óptica precedida o acompañada de **proptosis y/o disfunción oculomotora.**

- **Enfermedad inflamatoria orbitaria**

Tabla 11. Patologías que pueden producir enfermedad inflamatoria orbitaria

- Idiopática
- Síndromes linfoproliferativos
- Sarcoidosis
- Inflamación orbitaria esclerosante
- Enfermedad de Wegener
- Lupus eritematoso sistémico
- Arteritis de la temporal
- Tumores (quiste dermoide, melanoma coroideo con extensión extraescleral, rhabdomyosarcoma)
- Infecciones

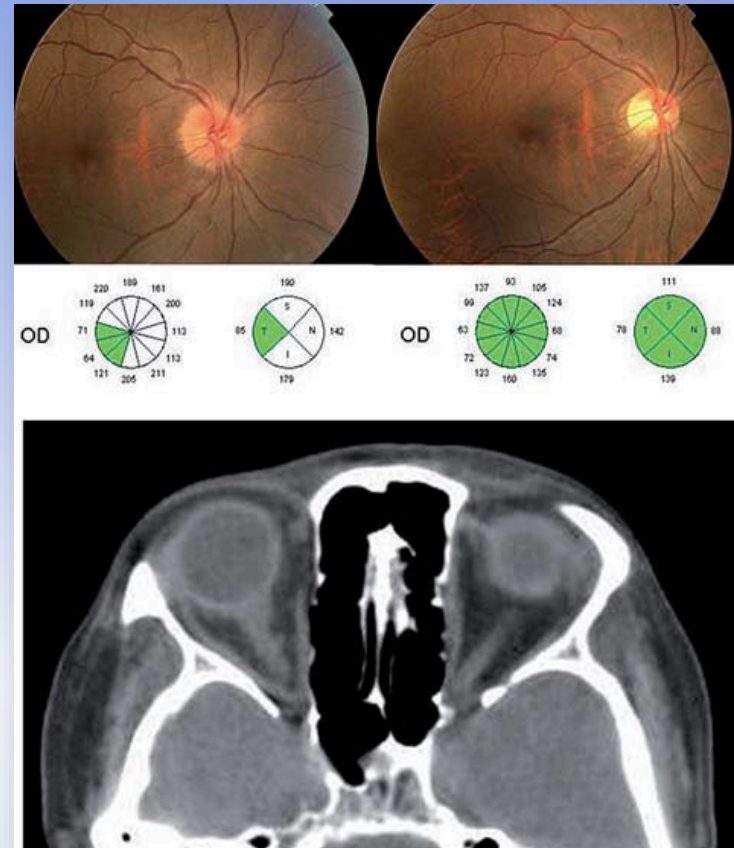


2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA/INFILTRATIVA:

iii. Compresión orbitaria:

- Enfermedad inflamatoria orbitaria
 - ✓ Anterior, apical, difusa.
 - ✓ **Perineuritis óptica exudativa:** forma localizada de EIO que afecta a la vaina del nervio óptico. Idiopática y unilateral, más común en mujeres de edad adulta. Pérdida de visión aguda y/o dolor y edema de papila con o sin síntomas orbitarios.



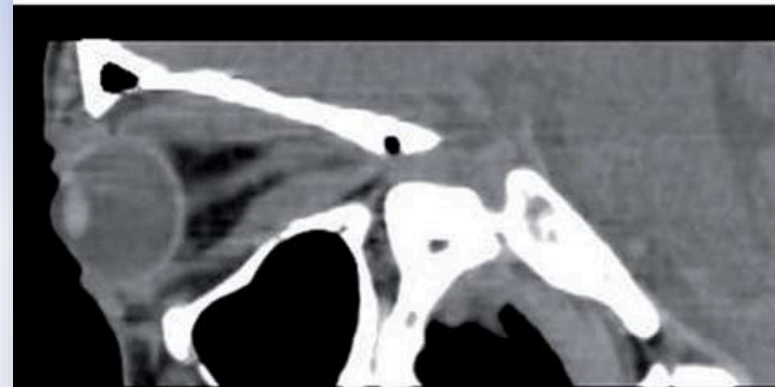


2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA/INFILTRATIVA:

iii. Compresión orbitaria:

- Orbitopatía tiroidea.
 - ✓ **3-5% pacientes con orbitopatía Graves.**
 - ✓ Compresión del nervio óptico por los músculos engrosados
 - ✓ **FR:** Diabetes, Tabaquismo, Edad avanzada, Oftalmoplejía, Engrosamiento muscular.
 - ✓ Visión borrosa no mejora con el parpadeo ni en visión monocular al ocluir un ojo.
 - ✓ Alteración en la visión cromática.
 - ✓ Dolor orbitario profundo que aumenta con los movimientos oculares y se asocia a restricción muscular
 - ✓ **30-56% edema de papila**





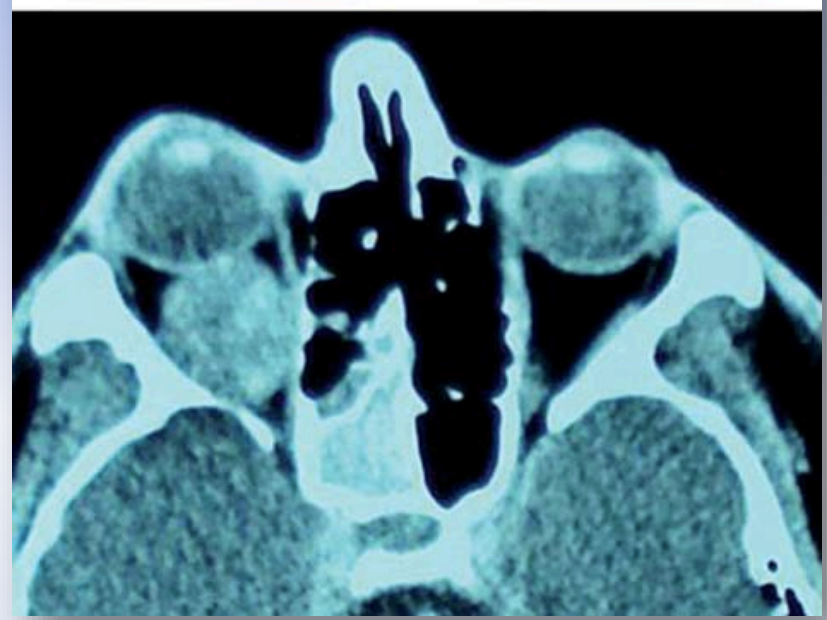
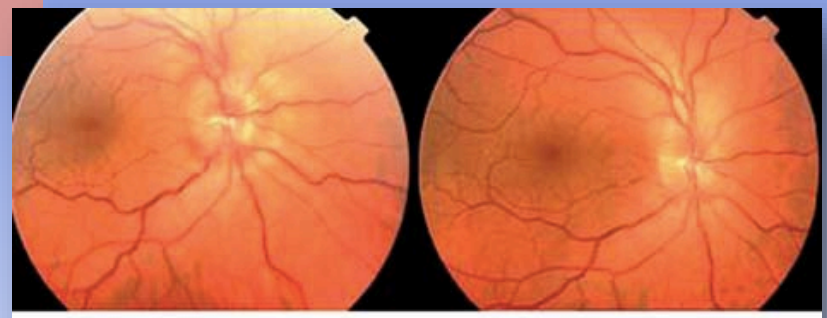
2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA/INFILTRATIVA:

iii. Compresión orbitaria:

- **Síndrome compartimental:**
 - ✓ *Aumento brusco del volumen orbitario que compromete el aporte sanguíneo al globo ocular*
 - ✓ **Causa más frecuente: hemorragia orbitaria** 2º a traumatismo, cirugía, sangrado de una lesión vascular orbitaria.
 - ✓ Otras causas: celulitis orbitaria, abscesos, y enfisema orbitario.
 - ✓ *Pérdida de visión aguda, oftalmoplejia, edema palpebral doloroso y proptosis.*

- **Otras lesiones orbitarias:** tumores, MTX, lesiones vasculares





2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

EDEMA DE PAPILA EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS

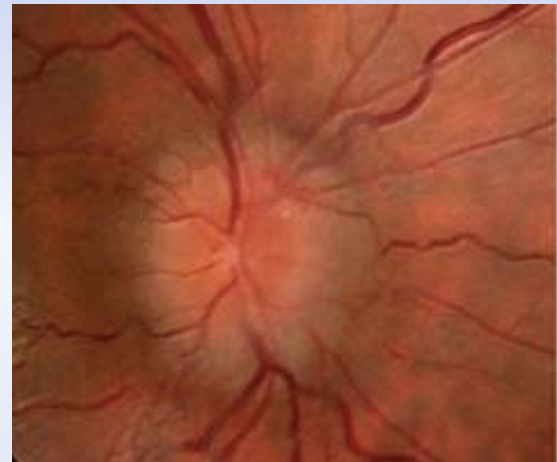
i. Vasculitis:

Enfermedad de Behcet:

- Neuro-Behcet: 5-7%
- 15% de los casos la neuropatía puede preceder al diagnóstico.
- 90% anterior

LES:

- NO:1/3 casos debut enfermedad
- Neuritis severa,dolorosa y con edema de papila en 1/3 casos





2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

EDEMA DE PAPILA EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS

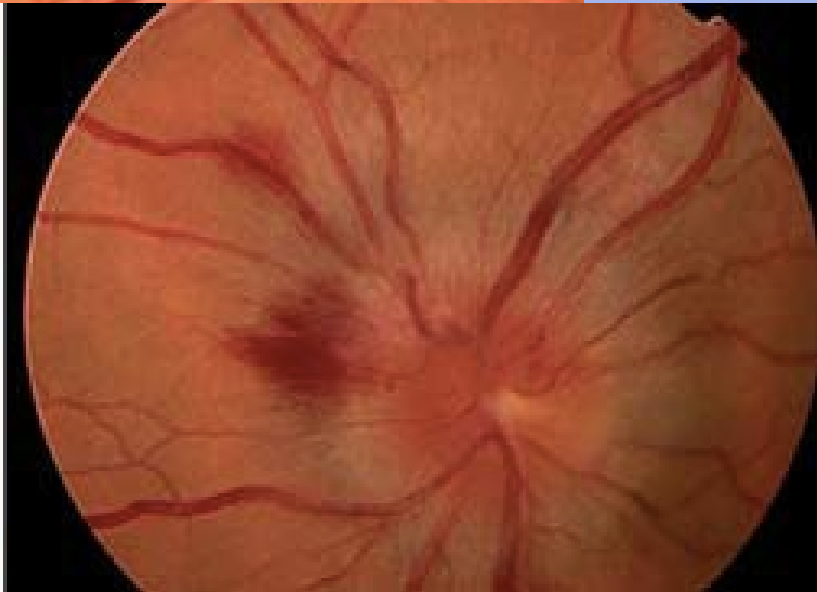
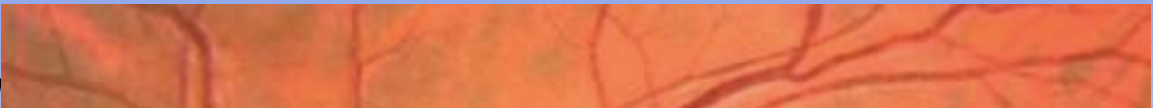
ii. Diabetes

iii. Neuropatía

iv. Neu

• Met

-
-
-



encefalopatia



2.3. Edema de papila unilateral a cualquier edad:

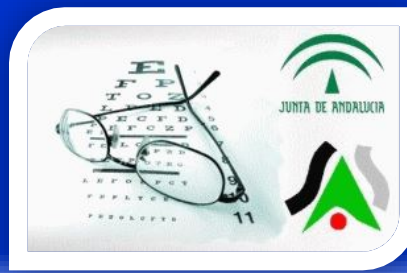
NEUROPATÍA ÓPTICA DE LEBER

- Gran espectro clínico
- Engrosamiento de la CFNR y telangiectasias papilares.
- Dx dif: neuritis, neuropatía isquémica o con papiledema.
- Dx genético

NEUROPATÍA ÓPTICA POST-TRAUMÁTICA

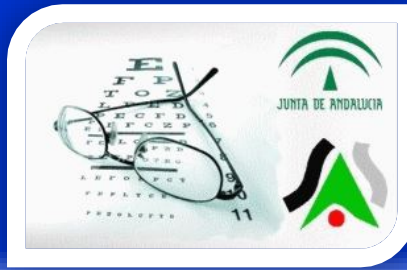
- Edema papilar en caso de sd compartimental agudo





3. Edema de papila bilateral:

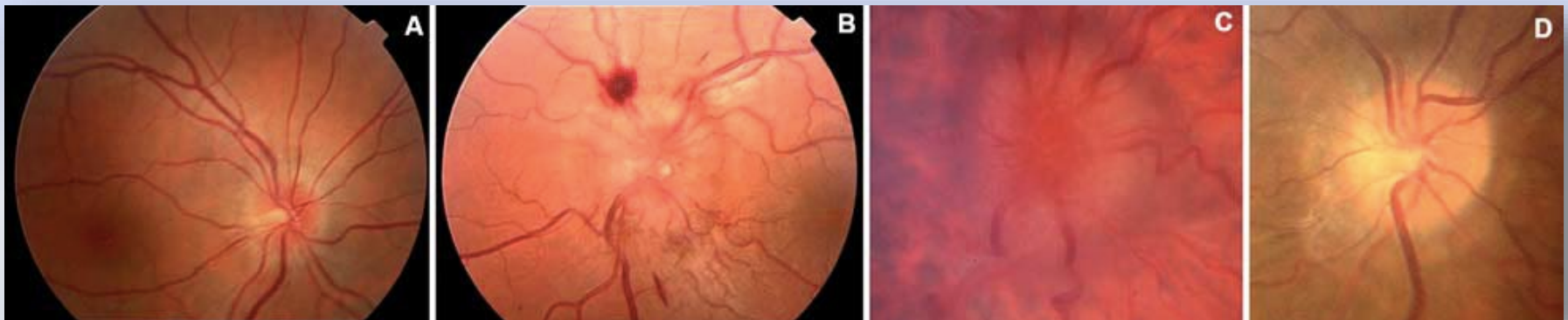
1. En primer lugar debemos valorar si se trata de una **elevación adquirida (PATOLÓGICA)**; o bien de un **pseudopapiledema**, relacionado con anomalías papilares congénitas.
2. Siempre que nos encontremos con un edema de papila bilateral debemos descartar que sea secundario a un **aumento de la presión intracraneal**.

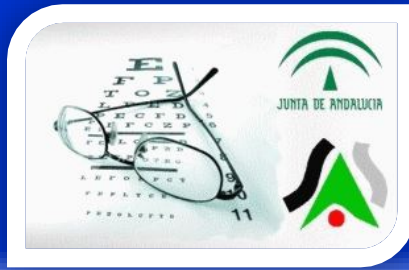


3. Edema de papila bilateral sin disfunción visual:

TÍPICO DE HTIC: PAPILEDEMA:

- Sintomatología ocular: Pérdidas transitorias de visión
- AV normal en fases iniciales
- Sintomatología sistémica: Cefalea
- FO: papiledema :incipiente/precoz, desarrollado/moderado, crónico, atrofia.

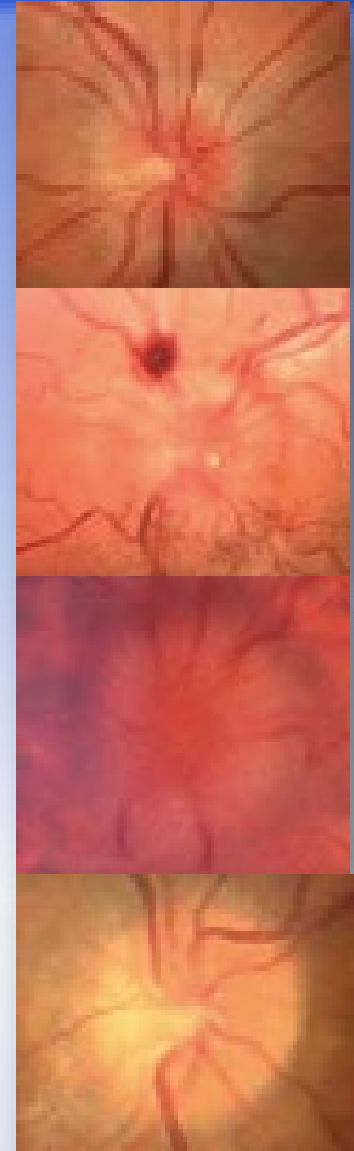


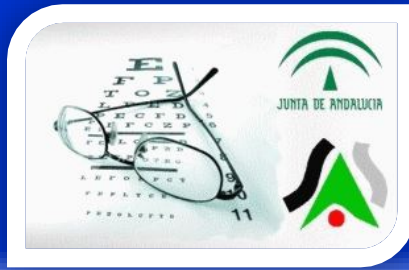


3. Edema de papila bilateral sin disfunción visual:

TÍPICO DE HTIC: PAPIEDEMA:

- **Estadio incipiente:** papila no elevada, borramiento del borde nasal y edema de la capa de fibras nerviosas de la retina en los polos verticales, con el sector temporal normal. **Estadio precoz:** borramiento difuso y puede existir elevación de papila
- **Estadio desarrollado-moderado:** diámetro papilar aumenta, ocultación parcial de los vasos a su salida del disco. Fenómenos secundarios (hemorragias, exudados, Microinfartos).
- **Estadio crónico:** desaparecen las hemorragias, pero persiste el edema y la elevación, con oscurecimiento completo de los vasos
- **Atrofia:** Se objetiva la papila a plano, con palidez más o menos acusada.

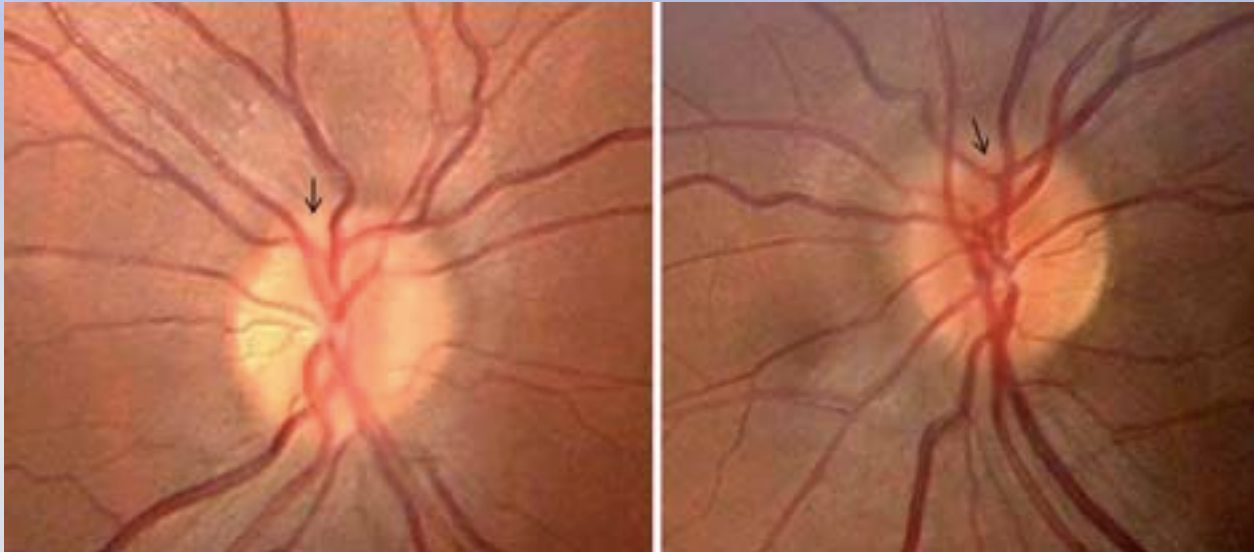




3. Edema de papila bilateral sin disfunción visual:


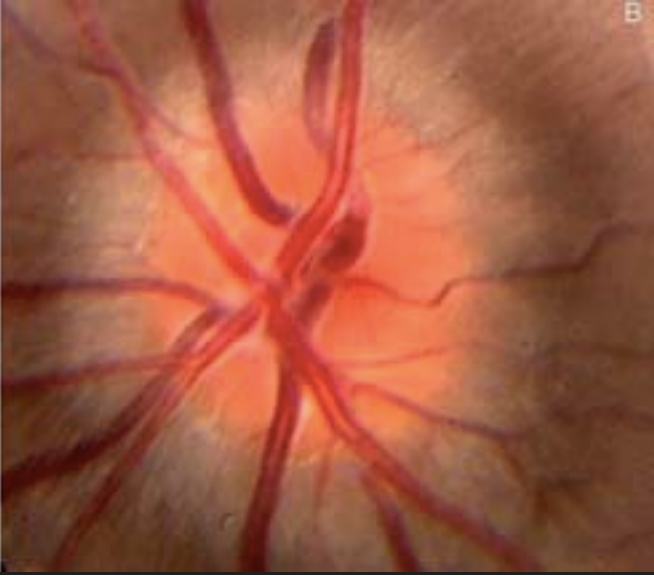
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON PSEUDOPAPILEDEMA

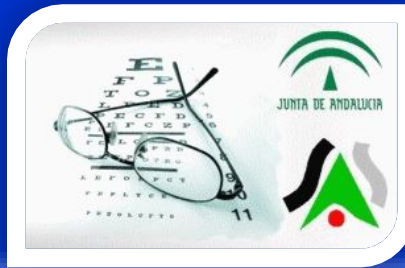
- Principal dificultad Dx dif con **fase inicial** papiledema
- **Causas principales de pseudopapiledema:** presencia de drusas papilares, disco «hacinado» («crowded disc»), disco de la hipermetropía, «disco oblicuo» o la persistencia de fibras de mielina





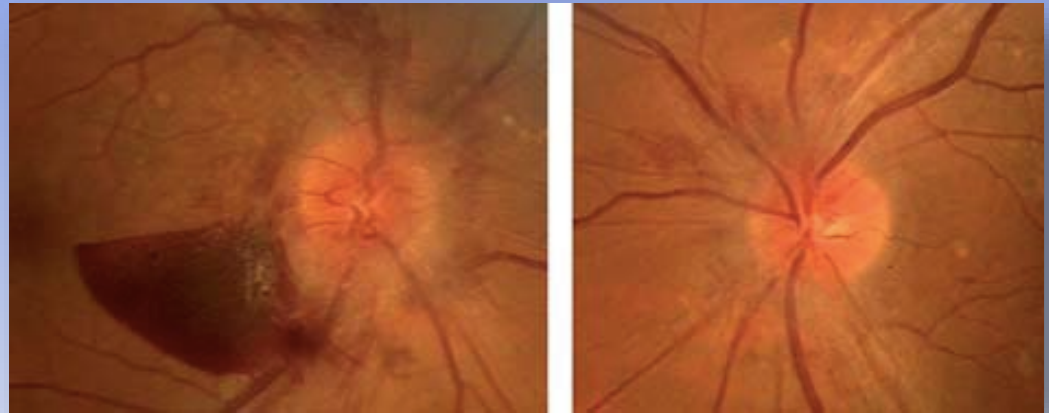
3. Edema de papila bilateral sin disfunción visual:

PAPILEDEMA	PSEUDO-PAPILEDEMA - ELEVACIÓN CONGÉNITA
Excavación en fase incipiente	Ausencia de excavación central
	
Pseudo-drusas en crónicas	Drusas +/-
Centro menos elevado	Centro papilar más elevado

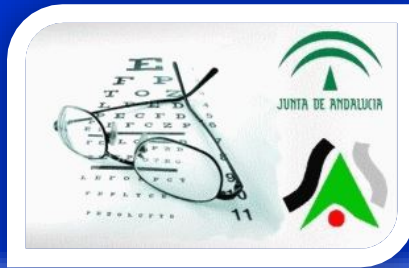


3. Edema de papila bilateral con disfunción BRUSCA visual:

- Papilitis bilateral
- Neuropatía óptica hipertensiva
- Neuropatía óptica de Leber
- NOIA arterítica bilateral
- Neuropatía por amiodarona.
- Infiltración del nervio óptico
- Intoxicación por metanol
- Neuropatía postradioterapia



Ante cualquier edema de papila bilateral, con o sin disfunción visual, el examen con neuroimagen es obligado (incluso en papilitis bilaterales en la infancia).



3. Edema de papila bilateral con disfunción CRÓNICA visual:

- Papiledema desarrollado
- Neuropatía óptica compresiva (ej orbitopatía de Graves)
- Drusas del NO





BIBLIOGRAFÍA:



- ❖ Oftalmología clínica Jack J. Kanski
- ❖ Manual de Oftalmología del Wills Eye Institute. Adam T. Gerstenblith. Michael P. Rabinowitz
- ❖ Plataforma Uptodate
- ❖ PROTOCOLOS EN NEURO-OFTALMOLOGÍA:Gema Rebolleda Fernández, Francisco José Muñoz Negrete



Muchas gracias!!