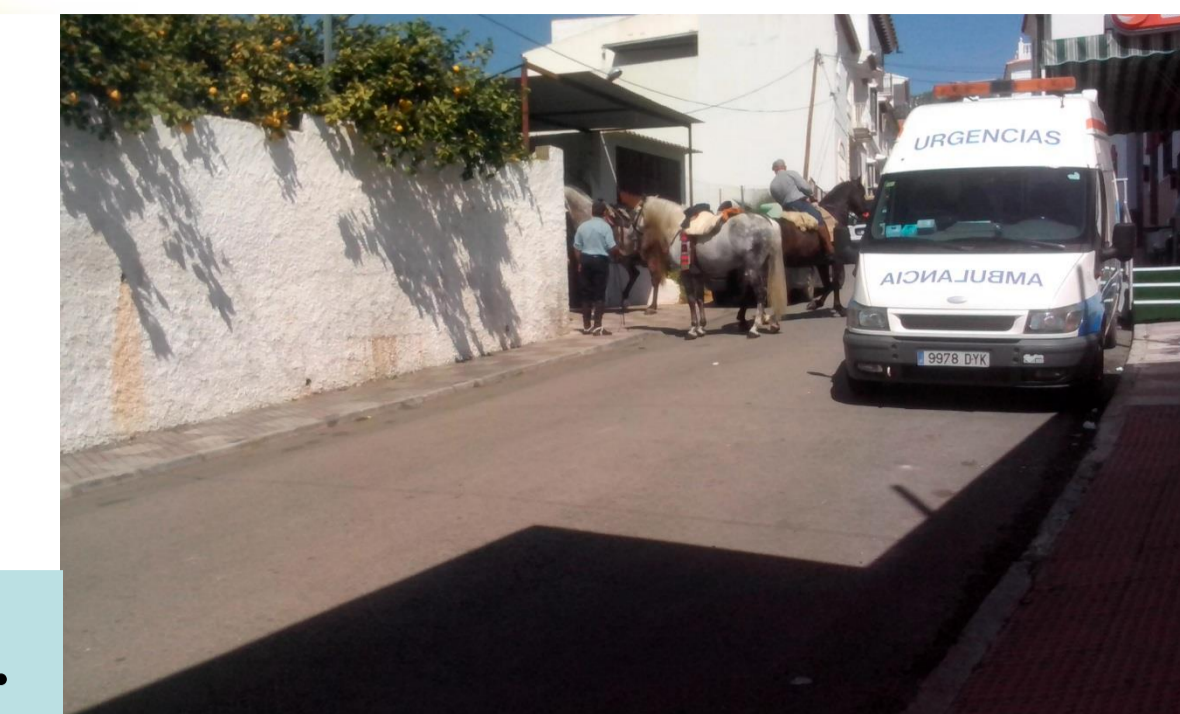


BEBÉ OBESO, DISLIPÉMICO CON DISPLASIA ÓPTICA BILATERAL, HIPOTIROIDISMO TERCIARIO Y RETRASO MADURATIVO.

Autores: M.Carmen Millón-Ramírez¹. José Ignacio Brea-Molina². 1. Médico de Familia. 2. Pediatra. AGS Este de Málaga-Axarquía. UGC Axarquía Norte.



Introducción: La displasia del nervio óptico puede ser un síntoma aislado o formar parte de otros cuadros: a) displasia óptica simple b) displasia septo-óptica o c) displasia septo-óptico-pituitaria. En el caso que se presenta, aún no se ha delimitado la extensión del cuadro endocrinológico ni neurológico.

CASO CLÍNICO:
Varón, 9 meses, nistagmo bilateral, obesidad e hipotiroidismo. Parto eutócico (37 SG) Apgar 9/10. Peso al nacer 2.545g. Lactancia natural. Madre sana, 32 años.

A los 7d ingreso por subictericia, hipotonía axial y periférica y succión lenta con escasa ganancia ponderal. A los 21 días: ingreso por ITU que evolucionó a pielonefritis). Con 5 meses: nistagmus horizontal y escaso sostén cefálico. Su pediatra deriva a oftalmología y Atención temprana.

Diagnóstico oftalmológico: hipoplasia de papila óptica bilateral. Se descartan alteraciones endocrino y/o neurológicas. Ecografía craneal normal. Potenciales evocados visuales y RMN craneal: pendiente.

Diagnósticos activos:
Hipotiroidismo terciario. Obesidad (15 kg) y dislipemia. Nistagmus horizontal y vertical e hipoplasia de ambos Nervios ópticos.

Evolución Neuromotora: No sedestación ni gateo, no aprehensión ni balbuceo. Llanto ronco.

Reflexión: A pesar de levotiroxina no ha disminuido de peso. Mejora la estática por la atención temprana. No hay hasta el momento, un diagnóstico de certeza.



Fig.1. Left eye (small, pale optic disc with double ring sign). Zoric et al. BMC Research Notes 2014;7:191 doi:10.1186/1756-0500-7-191

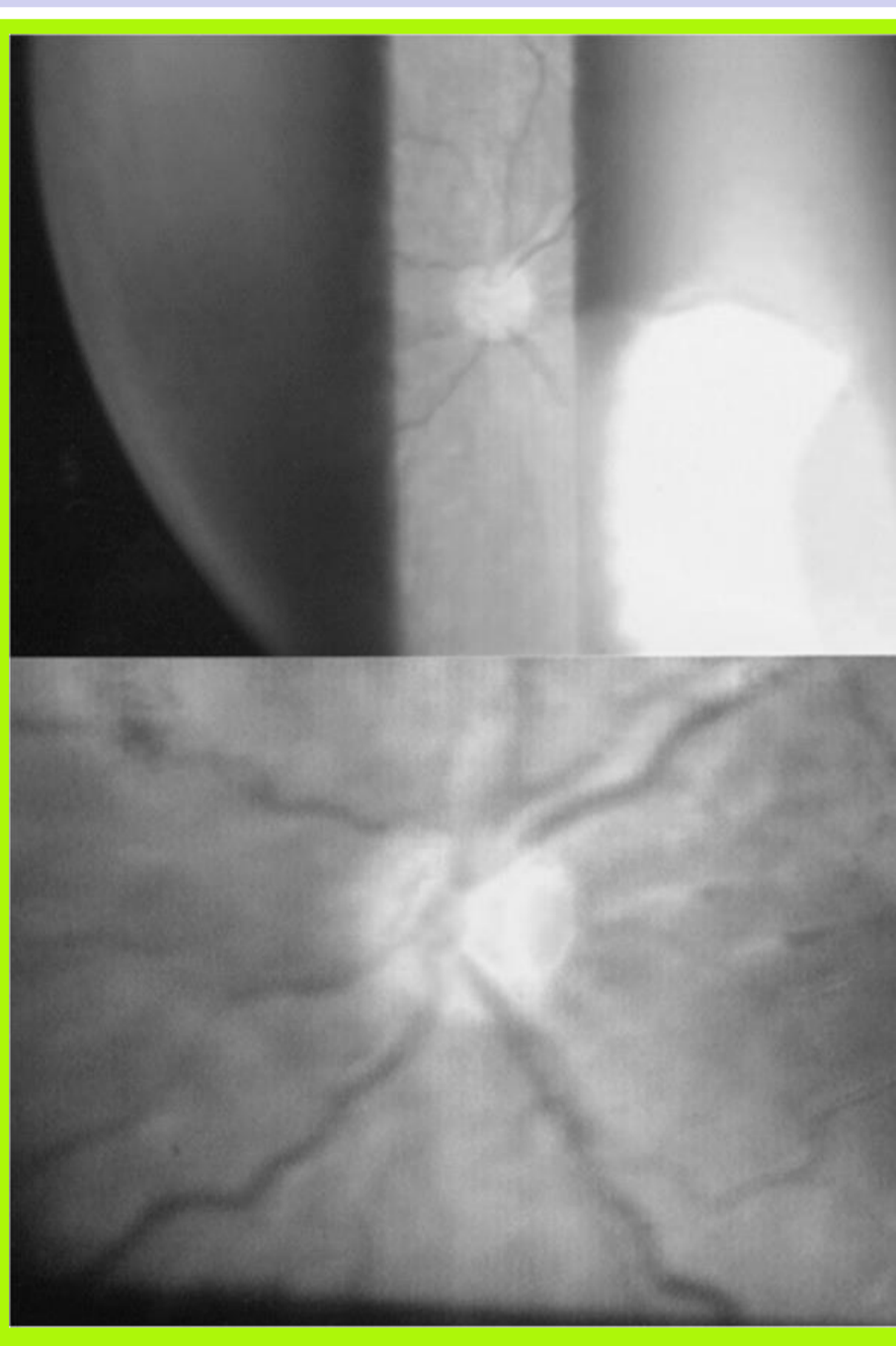


Fig.2. Optic nerve hypoplasia, right eye. Zoric et al. BMC Research Notes 2014; 7:191 doi:10.1186/1756-0500-7-191

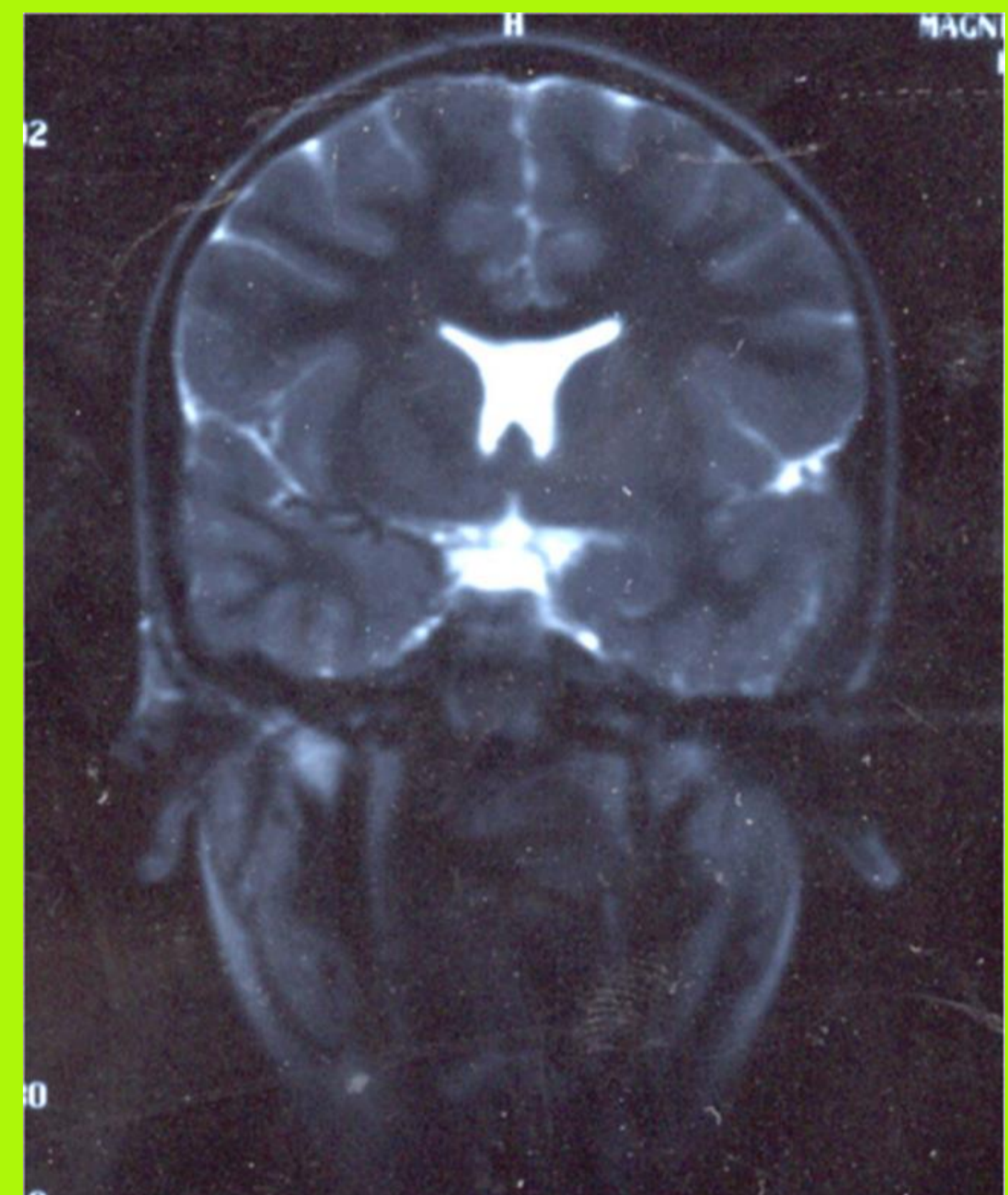
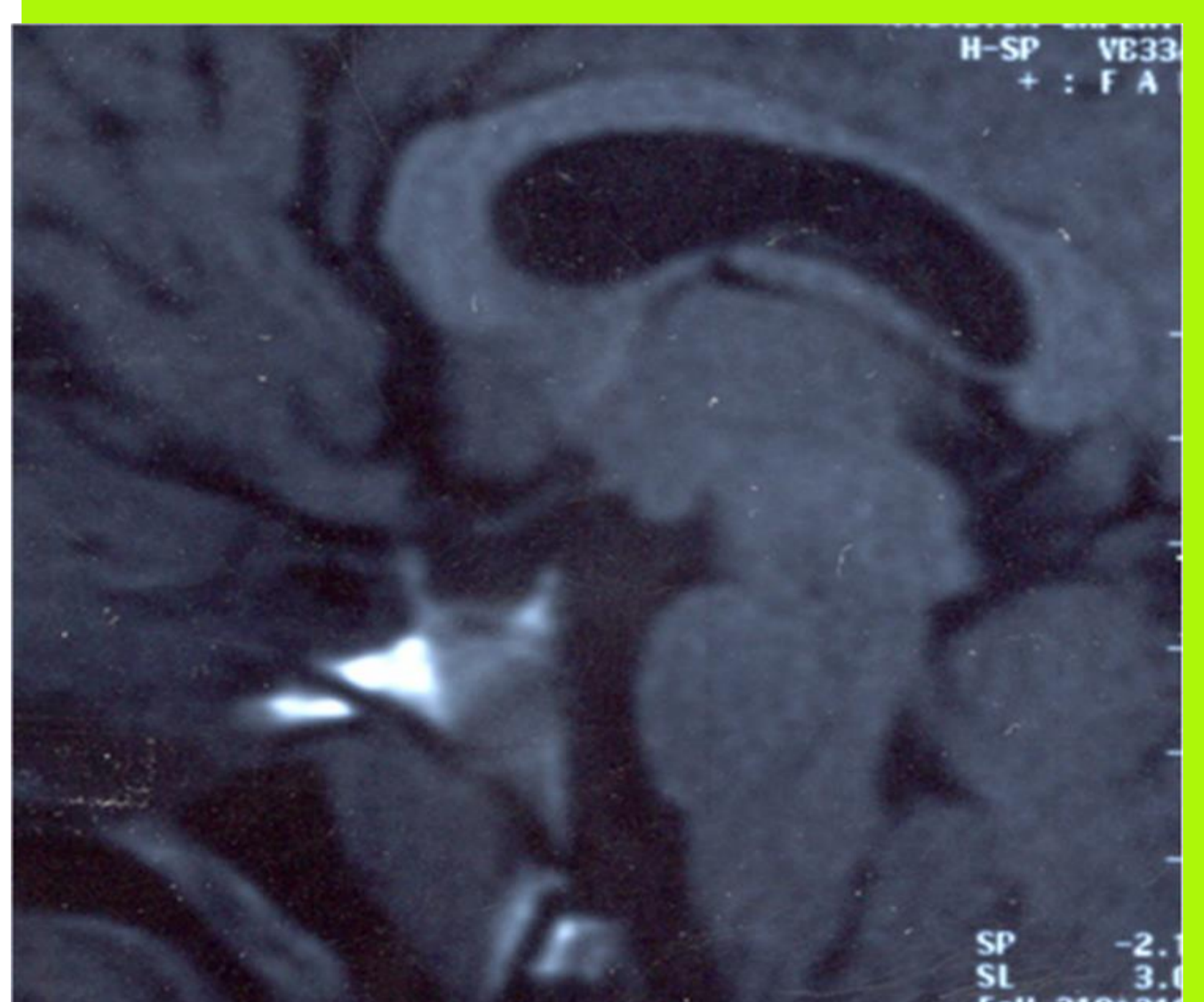


Fig.3. Sagittal T1W magnetic resonance image shows a small optic chiasm, a hypoplastic pituitary stalk, an "empty" sella and a partial hypoplasia of corpus callosum. Zoric et al. BMC Research Notes 2014;7:191 doi:10.1186/1756-0500-7-191

Fig.4. Coronal T2W magnetic resonance image shows the absence of the septum pellucidum, a flat roof of the lateral ventricles, a "point down" appearance to the inferior parts of the frontal horns, the loss of normal gyral architecture of the left temporal lobe, thickened cortex with indistinct corticomedullary interface (polymicrogyria) and enlarged left Sylvian fissure. Zoric et al. BMC Research Notes 2014 7:191 doi:10.1186/1756-0500-7-191

ESTRATEGIA: Tipos de nistagmo infantil: congénito o adquirido. Imprescindible diagnóstico

- oftalmológico: Hipoplasia de papila óptica (congénito).
- Neurológico (RMN) descarta afectación de la línea media.
- Endocrinológico: afectación de hormonas hipofisarias (HGH, GnRH o ACTH).
- Psicológico: confirmar retraso mental/ psicomotor.

Conclusión: Es imprescindible un diagnóstico correcto (neuro-endocrino-psicológico y posiblemente genéticos) para un tratamiento etiológico

Búsqueda: "Septo-optic dysplasia with congenital hypopituitarism" en bvsspa. (www.bvsspa.es/profesionales/) biblioteca virtual del sistema Sanitario Público de Andalucía.

Recursos-e: Biblioteca Cochrane Plus, ERIC, PubMed, Medline. SciELO - Scientific Electronic Library Online.

Bibliografía:

- Zoric L. **Septo-optic dysplasia plus: a case report.** Nikolic S, Stojcic M, Zoric D, Jakovljevic S, editores. BMC Res Notes. 2014;7(1):191.
- Garcia-Filion P. **Prenatal determinants of optic nerve hypoplasia: review of suggested correlates and future focus.** Borchert M, editor. Surv Ophthalmol 2013. 58(6):610.
- Kaur S. **Optic nerve hypoplasia.** Jain S, Sodhi HBS, Rastogi A, Kamlesh, editores. Oman J Ophthalmol. 2013;6(2):77.
- Ferraria N. **Septo-optic dysplasia: fitting the pieces together.** Castro S, Amaral D, Lopes L, editores. BMJ Case Rep. 2013;2013.