

10. Rodríguez-Blanco I, Casas L, Suárez JM, Pérez del Molino ML, Esteban J, Almagro M. *Mycobacterium chelonae* infection associated with tattoos. *Acta Derm Venereol.* 2011;91:61-2.

N. Curcó^{a,*}, C. Prat^a, X. Tarroch^b y P. Vives^a

^a *Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ncurco@mutuaterrassa.es (N. Curcó).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.01.019>

Neuritis óptica probablemente inducida por isotretinoína

Optic Neuritis Probably Induced by Isotretinoin

La isotretinoína es un fármaco indicado en Dermatología para el tratamiento del acné, y empleado fuera de indicación en otros trastornos cutaneomucosos¹⁻⁴.

La mayoría de los pacientes tratados desarrolla efectos adversos leves que no alteran el curso del tratamiento. Sin embargo, la isotretinoína puede ocasionar otros efectos menos comunes, impredecibles y de mayor gravedad, que deben ser conocidos por quienes habitualmente manejan este fármaco en su práctica clínica^{4,5}.

Una paciente de 16 años de edad y 63 kg de peso, sin antecedentes médicos de interés ni tratamientos crónicos, fue valorada en nuestro Servicio por un acné juvenil moderado de predominio facial, no controlado con tratamiento tópico (adapaleno y peróxido de benzoilo en asociación) ni antibióticos orales (doxiciclina 50 mg por vía oral durante 2 meses, que fue suspendida 2 meses antes de iniciar tratamiento con retinoides orales). Tres meses después de iniciar tratamiento oral con isotretinoína (30 mg diarios, 0,47 mg/kg/día), la paciente comenzó a apreciar pérdida de visión y visión borrosa en su ojo derecho. No refería dolor con los movimientos oculares, alteración en la percepción de los colores, fotofobia ni cefalea.

La paciente fue valorada por un oftalmólogo que detectó un déficit campimétrico periférico en el ojo derecho y estableció el juicio clínico de neuritis óptica retrobulbar. La exploración con lámpara de hendidura y el fondo de ojo realizado mostraron hallazgos normales en ambos ojos. La tensión intraocular se encontró dentro del rango de normalidad en ambos ojos. Ante la sospecha de una reacción adversa a la isotretinoína, la paciente fue remitida de forma urgente a nuestra consulta; cuando acudió había descendido por iniciativa propia la dosis diaria de 30 a 20 mg con una importante mejoría de la visión. En ese momento se decide interrumpir el tratamiento, se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN) para descartar una posible enfermedad desmielinizante y se remite a la paciente al Servicio de Neurología. La exploración neurológica general fue normal. Se realizó una punción lumbar, que no mostró hallazgos patológicos. Las respuestas a los potenciales evocados visuales mostraron la presencia de una latencia de la onda P100 aumentada, con amplitud del potencial disminuida y morfología degradada, y confirmaron la existencia de una

neuropatía óptica bilateral. Las exploraciones complementarias restantes no revelaron hallazgos patológicos.

Seis meses después de la retirada del fármaco la paciente había recuperado completamente la visión sin que se constatasen secuelas oftalmológicas en exploraciones sucesivas. La paciente cursa sus estudios en el extranjero, y por ello no ha sido posible hasta la fecha repetir los estudios oftalmológicos y los potenciales evocados visuales para constatar su normalización.

Una reciente revisión de los efectos adversos encontrados en una serie de 1.743 pacientes en tratamiento con isotretinoína muestra que las manifestaciones oculares pueden presentarse en hasta un 3,4% de los casos⁴.

Cuadros leves de visión borrosa, queratitis y queratoconjuntivitis son las manifestaciones más comunes (tabla 1). Sin embargo, se han descrito casos aislados de acontecimientos adversos oftalmológicos potencialmente graves.

La neuritis óptica es una enfermedad inflamatoria del nervio óptico que cursa típicamente con pérdida aguda o subaguda de visión⁶. Este cuadro figura en la lista de posi-

Tabla 1 Efectos adversos oculares más frecuentemente inducidos por la isotretinoína

Efecto adverso	Frecuencia (%) *
Visión borrosa	19,9
Queratitis	16,6
Blefarconjuntivitis	10,9
Ojo seco	10,2
Disminución de la adaptación a la oscuridad	5,9
Opacidades corneales	5
Hipertensión intracraneal	4,6
Fotofobia	3,7
Alteraciones de refracción	3,5
Cataratas	2,1
Alteraciones de acomodación, disminución de la tolerancia a las lentes de contacto, hemorragia subconjuntival, neuritis óptica, diplopía, iritis, midriasis, angioedema de párpados, glaucoma, escleritis, disminución en la visión de los colores, epífora	< 2

*Porcentajes calculados sobre el total de efectos adversos oculares recogidos por Fraunfelder¹⁰.

bles efectos adversos de la isotretinoína, recogido en la ficha técnica del fármaco en algunos países^{7,8} y en diversos artículos de revisión⁹⁻¹¹. Fraunfelder et al. revisaron un total de 2.379 posibles efectos oculares adversos relacionados con la administración de isotretinoína e identificaron 33 casos de neuritis óptica, 22 de los cuales afectaron a mujeres, con una edad media de 25,6 años¹⁰. Aplicando las definiciones de la Organización Mundial de la Salud clasificaron la neuritis óptica como un efecto adverso ocular «posible» de la isotretinoína¹⁰. En nuestro caso la secuencia temporal, la mejoría de los síntomas tras la reducción de la dosis inicial y la posterior suspensión del fármaco y la ausencia de otras causas objetivas apoyan el diagnóstico de reacción adversa medicamentosa.

Recientemente se ha sugerido que la isotretinoína podría ocasionar alteraciones en la actividad sináptica y en la propagación de los potenciales de acción, determinando defectos en la conducción en el nervio óptico¹². El estudio de los potenciales evocados visuales puede resultar de gran utilidad para detectar y monitorizar alteraciones visuales subclínicas¹².

A pesar de que la mayoría de los efectos adversos oculares en pacientes tratados con isotretinoína son leves, dosis-dependientes y no interfieren con la finalización del ciclo terapéutico, se han descrito alteraciones oftalmológicas potencialmente graves. Proporcionar una información completa a los pacientes y realizar un seguimiento clínico adecuado puede facilitar la detección precoz de estos efectos y evitar complicaciones a largo plazo.

Bibliografía

1. Ellis CN, Krach KJ. Uses and complications of isotretinoin therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:S150-7.
2. Akyol M, Ozcelik S. Non-Acne dermatologic indications for systemic isotretinoin. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6:175-84.
3. Sehgal VN, Srivastava G, Sardana K. Isotretinoin-Unapproved indications/uses and dosage: A physician's reference. *Int J Dermatol*. 2006;45:772-7.
4. Rademaker M. Adverse effects of isotretinoin: A retrospective review of 1,743 patients started on isotretinoin. *Australas J Dermatol*. 2010;51:248-53.
5. Brelsford M, Beute TC. Preventing and managing the side effects of isotretinoin. *Semin Cutan Med Surg*. 2008;27:197-206.
6. Planas N, Muñoz S, Arruga J. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la neuritis óptica en adultos. *Annals D'oftalmologia*. 2009;17:144-51.
7. Isotretinoína. Ficha técnica [Consultado 25 Oct 2011]. Disponible en: <http://prempharm.ca/Clarus%20Product%20Monograph.pdf>
8. Isotretinoína. Ficha técnica [Consultado 25 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.mufel.net/plm/prods/39004.htm>
9. Fraunfelder FW. Ocular side effects associated with isotretinoin. *Drugs Today (Barc)*. 2004;40:23-7.
10. Fraunfelder FT, Fraunfelder FW, Edwards R. Ocular side effects possibly associated with isotretinoin usage. *Am J Ophthalmol*. 2001;132:299-305.
11. Hanson N, Leachman S. Safety issues in isotretinoin therapy. *Semin Cutan Med Surg*. 2001;20:166-83.
12. Aydogan K, Turan OF, Onart S, Yazici B, Karadogan SK, Tokgoz N. Neurological and neurophysiological effects of oral isotretinoin: A prospective investigation using auditory and visual evoked potentials. *Eur J Dermatol*. 2008;18:642-6.

L. Pérez-Pérez*, J. García-Gavín, F. Allegue y A. Zulaica

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lidiacomba@yahoo.es (L. Pérez-Pérez).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.10.020>