

Desprendimiento de retina seroso con resolución quirúrgica

Francisco Agustín Filizzola Giunta, Lucía Franco Troilo, Mercedes Leguía, Ezequiel Rosendi

Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires.

Recibido: 3 de enero de 2022.

Aprobado: 25 de junio de 2022.

Autor corresponsal

Dr. Francisco Agustín Filizzola-Giunta

Av. Calchaqui 5401

Florencio Varela, prov. de Buenos Aires, Argentina

+54 (011) 4210-9000

f.a.filizzola@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSNe 1851-2658)

2022; 15(3): e344-e350.

Resumen

Objetivo: Mostrar los resultados de un caso de desprendimiento de retina seroso bilateral secundario a corticoides tratado por medio de vitrectomía por pars plana.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años con antecedentes de trasplante de médula ósea y en tratamiento con corticoides, que intercorre con un desprendimiento de retina seroso bilateral con gran exudación fibrosa. Se interpretó el caso como coroidopatía serosa central atípica secundaria a los corticoides. Frente al empeoramiento del cuadro y a la imposibilidad de suspender la medicación corticoidea de manera inmediata debido a su enfermedad de base, se le realizó una vitrectomía por pars plana con taponaje con C3F8 y drenado del contenido subretinal. Se obtuvieron buenos resultados visuales con la aplicación de la retina.

Conclusión: La vitrectomía por pars plana precoz es un abordaje terapéutico válido para desprendimientos serosos con gran cantidad de líquido subretinal.

Palabras clave: desprendimiento de retina seroso, coroidopatía serosa central, corticoides, vitrectomía.

Serous retinal detachment with surgical resolution

Abstract

Objectives: To report a case of a bilateral serous retinal detachment due to corticosteroids treated with vitrectomy.

Case: We present a 56-year-old male with a history of bone marrow transplant who was receiving corticosteroids; that intercourse with a bilateral serous retinal detachment with a severe fibrin exudation. We diagnose it as an atypical presentation of a central serous chorioretinopathy. Due to the continuous deterioration and the impossibility to interrupt his corticosteroid treatment, we decided to perform a complete pars plana vitrectomy with C3F8 to drain the dense subretinal fluid with acceptable visual outcomes.

Conclusion: Pars plana vitrectomy is a valid treatment for severe serous retinal detachments.

Key words: retina, serous detachment, central serous chorioretinopathy, corticosteroids, vitrectomy.

Descolamento seroso de retina com resolução cirúrgica

Resumo

Objetivo: Mostrar os resultados de um caso de descolamento seroso de retina bilateral secundário a corticosteróides tratado por meio de vitrectomia pars plana.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de sexo masculino, 56 anos, com antecedentes de transplante de medula óssea e tratamento com corticosteróides, intercorrente com um descolamento seroso de retina bilateral com grande exsudação fibrosa. O caso foi interpretado como coroidopatia serosa central atípica secundária a corticosteróides. Diante do agravamento do quadro e da impossibilidade de suspensão imediata da medicação corticoide devido à doença de base, foi realizada vitrectomia pars plana com tamponamento C3F8 e drenagem do conteúdo sub-retiniano. Bons resultados visuais foram obtidos com a aplicação da retina.

Conclusão: A vitrectomia pars plana precoce é uma abordagem terapêutica válida para descolamentos serosos com grandes quantidades de líquido sub-retiniano.

Palavras-chave: descolamento seroso de retina, coroidopatia serosa central, corticosteróides, vitrectomia.

Introducción

La coroidopatia serosa central (CSC) es una de las entidades que forma parte del llamado espectro de enfermedades paquicoroideas¹⁻². Este espectro comprende la vasculopatía polipoide corioidea (hoy llamada neovascularización aneurismática tipo 1), neovascularización paquicoroidea, excavación corioidea focal, el síndrome paquicoroideo y la CSC¹. Todas estas anomalías comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos: engrosamiento corioideo, dilatación de los vasos corioideos de la capa de Haller con aumento de su permeabilidad, atenuación de la coriocapilaris y de la capa de Sattler³.

Dentro del espectro de las enfermedades paquicoroideas, la CSC es considerada uno de los estadios tempranos¹. Con mayor frecuencia afecta a hombres jóvenes que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo: estrés, enfermedades autoinmunes, hipertensión arterial, consumo de corticoides⁴, consumo de alcohol o tabaco. Se presenta como un desprendimiento seroso del neuroepitelio unilateral que afecta la mácula. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra la enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (panuveítis bilateral), la escleritis posterior (por lo general se presenta con dolor), desprendimiento de retina regmatógeno (no cambia con la posición del paciente) y la presencia de tumores intraoculares.

Actualmente la clasificación más aceptada es: *aguda* (resuelve espontáneamente en 4-6 meses sin secuelas), *persistente* (presencia del líquido subretinal por más de 4-6 semanas) y *crónica* (presencia de secuelas: alteraciones del epitelio pigmentario de la retina, degeneración retinal cistoide, fibrosis subretinal o membrana neovasculares)⁵⁻⁶.

El tratamiento consiste en intentar eliminar la alteración del epitelio pigmentario de la retina que permite el pasaje de líquido al espacio subretinal por medio del láser micropulsado^{1, 6}. Otra de las opciones en los casos más graves es el uso de terapia fotodinámica con verteporfina, con la desventaja de una mayor tasa de efectos adver-

sos⁶. Algunos estudios reportan que el uso de la mitad de la dosis recomendada es igual de efectiva, pero más seguro que la dosis habitual⁷; no obstante esto aún es controvertido. El papel de los anti-VEGF es limitado. Son útiles en casos de membrana neovascular favoreciendo una absorción del líquido más rápida con mejor agudeza visual final. Pero su efecto es menor que en casos de neovascularización no relacionada con síndromes paquicoroideos⁷.

Existe una forma atípica de presentación de la forma crónica de la CSC, denominada corioidopatía central bullosa. Se caracteriza por un desprendimiento de retina seroso bilateral, con líquido subretinal de alta densidad que tiende a ser inferior y rápidamente progresivo. Además de los factores de riesgo mencionados anteriormente, se agrega el antecedente de trasplante de órgano, hemodiálisis, adenoma de hipófisis, embarazo y la inyección epidural de esteroides. El pronóstico visual es reservado, ya que la gran cantidad de líquido y la alta densidad generan que sea muy dificultosa su reabsorción espontánea, generando daño irreversible en la retina externa. Es por este motivo que hay reportes de casos en los que el líquido retinal fue drenado quirúrgicamente.

Por lo anteriormente expresado, el objetivo es describir un caso clínico de corioidopatía central bullosa que fue resuelto quirúrgicamente.

Caso clínico

Paciente masculino de 56 años que en 2016 fue diagnosticado de síndrome mielodisplásico y policondritis recidivante primaria. Debido a esto comenzó tratamiento con corticoides y azacitidina.

En 2019, luego de 31 ciclos de azacitidina, se le indicó el trasplante autólogo de médula ósea en ateneo interdisciplinario. Por este motivo fue derivado al servicio de oftalmología para evaluación. En esta consulta se documentó una agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 10/10 en el ojo derecho y de 05/10 en el ojo izquierdo que no mejoraba con el uso de agujero estenoico. Como antecedente oftalmológico de relevancia

nos refirió que había sufrido desprendimientos de retina serosos en el ojo izquierdo secundarios a la medicación corticoidea y que había sido tratado en otro centro oftalmológico. En el fondo de ojos se podía observar una alteración de la coloración de la mácula que solo se observaba en el ojo izquierdo, compatible con secuelas de los mencionados desprendimientos de retina. La disminución de agudeza visual en el ojo izquierdo inicial se interpretó como secular.

El paciente continuó su seguimiento por oncohematología hasta que a fines del 2021 se le diagnosticó sospecha de enfermedad de injerto contra huésped (EICH) con compromiso hepático y dérmico. Es en este contexto que el servicio de oncohematología indicó comenzar con deltamethasona 80 mg/d por vía oral. Un mes después de comenzar la medicación refirió visión borrosa. Se interconsulta con oftalmología que constata una AVMC de 08/10 y de 05/10 en el ojo derecho e izquierdo respectivamente. En el fondo de ojos se podía observar un desprendimiento de retina en periferia temporal inferior tanto en el ojo izquierdo como en el derecho. Se dio aviso a médicos tratantes y fue derivado al subservicio de retina, que 15 días después observó que el desprendimiento de retina inferior comenzó a comprometer la mácula, con la correspondiente disminución de visión a 07/10 en el ojo derecho y a 04/10 en el ojo izquierdo.

Los médicos tratantes intentaron reemplazar los corticoides orales con ciclosporina, pero frente a un deterioro del estado general se decidió su internación.

Al séptimo día de haber sido internado, el paciente refirió empeoramiento de su agudeza visual de ambos ojos. Al examen oftalmológico, presentaba una agudeza visual mejor corregida de 01/10 en su ojo derecho y de 0,5/10 en el izquierdo. El desprendimiento de retina ya comprometía en su totalidad a ambas máculas y el líquido subretinal se observaba de aspecto blanquecino y denso con mayor compromiso del ojo izquierdo (figs. 1 y 2). A la biomicroscopía no presentaba inflamación intraocular y la presión intraocular era de 09/06 mmHg. Se le realizó una tomografía de coherencia óptica que mostraba desprendimiento seroso del neuroepitelio

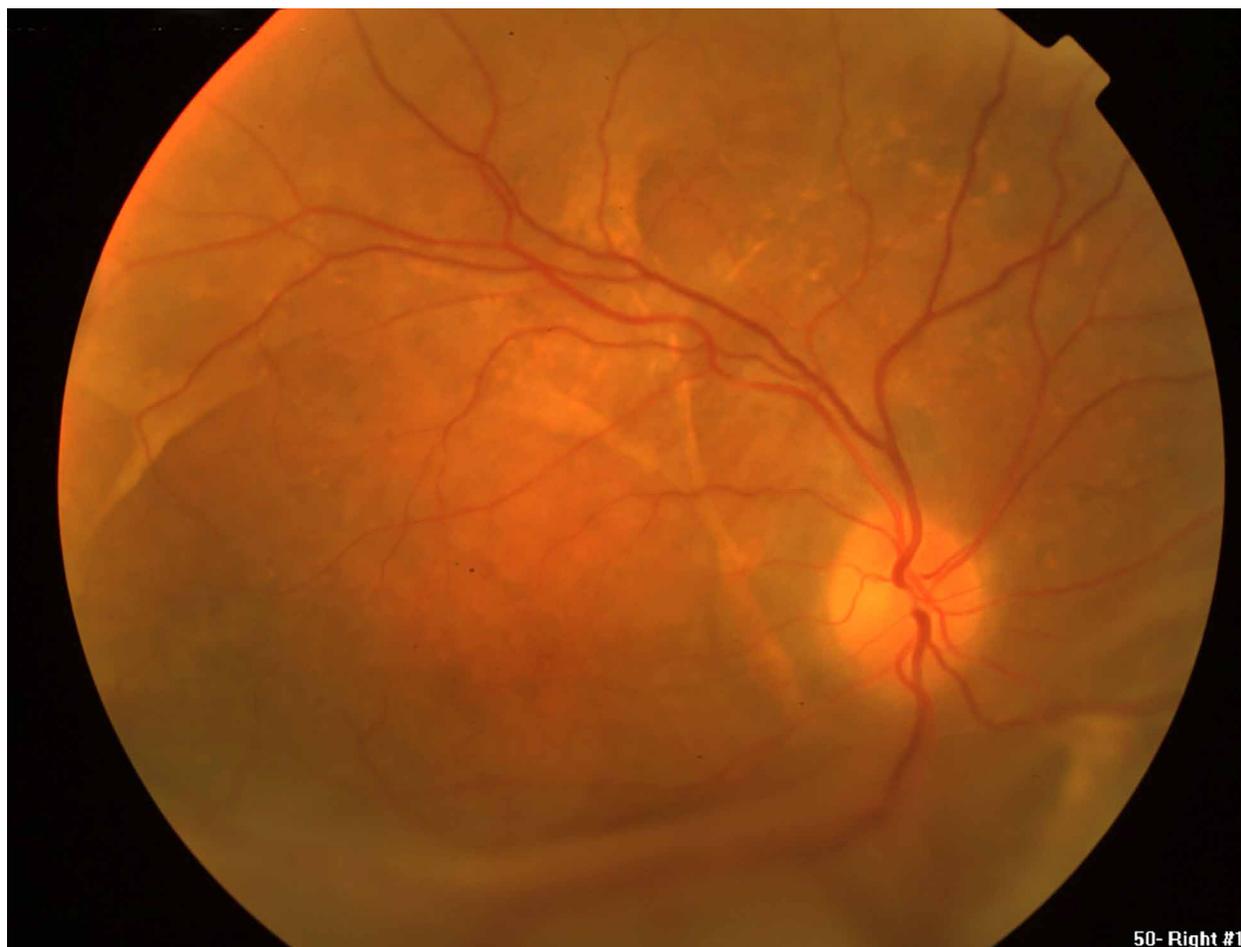


Figura 1. Retinografía color del fondo de ojo derecho donde se observa desprendimiento de retina seroso inferior que compromete la mácula.

en ambos ojos, con imágenes hiperreflectivas en el líquido subretinal que se correspondían con el aspecto blanquecino en el fondo de ojos. Esto era signo de una alta densidad y alta cantidad de proteínas del líquido subretinal (fig. 3).

La analítica sanguínea realizada por sus médicos tratantes durante la internación no arrojaba ningún dato sugestivo de algún otro diagnóstico alternativo. Debido a la ausencia de inflamación intraocular, la ausencia de desgarro retinal y los antecedentes que presentaba el paciente, se interpretó el cuadro como una coroidopatía serosa central bullosa.

Por esa alta densidad y líquido subretinal, el paciente fue sometido a una vitrectomía 23 G por pars plana con retinotomía nasal superior y posterior aspiración del líquido subretinal de su

ojo izquierdo (que era el más afectado). Se realizó taponaje con C3F8 y posicionamiento (fig. 4).

Luego de 5 meses de la cirugía, la agudeza visual final era de 04/10 en el ojo derecho y de 02/10 en el ojo izquierdo, con retina aplicada y sin recidivas de la enfermedad (fig. 5).

Discusión

La coroidopatía serosa central es una forma rara de presentación de la coroidopatía serosa central crónica. Se caracteriza por desprendimientos de retina exudativos bilaterales con líquido subretinal de color amarillento-blanquecino por el alto contenido proteico⁸. En ausencia de inflamación en el segmento anterior y en el

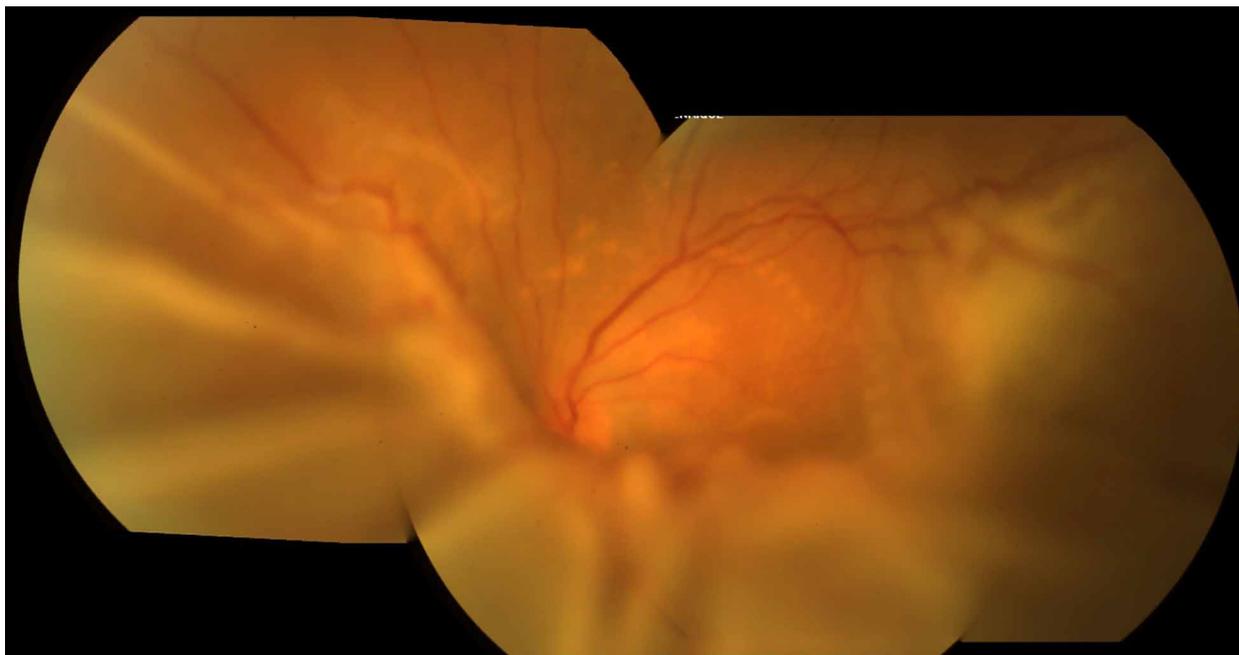


Figura 2. Retinografía color del fondo de ojo izquierdo con mayor compromiso en comparación con el ojo derecho; nótese la densidad y la coloración blanquecina del líquido subretinal y el mayor compromiso del desprendimiento seroso.

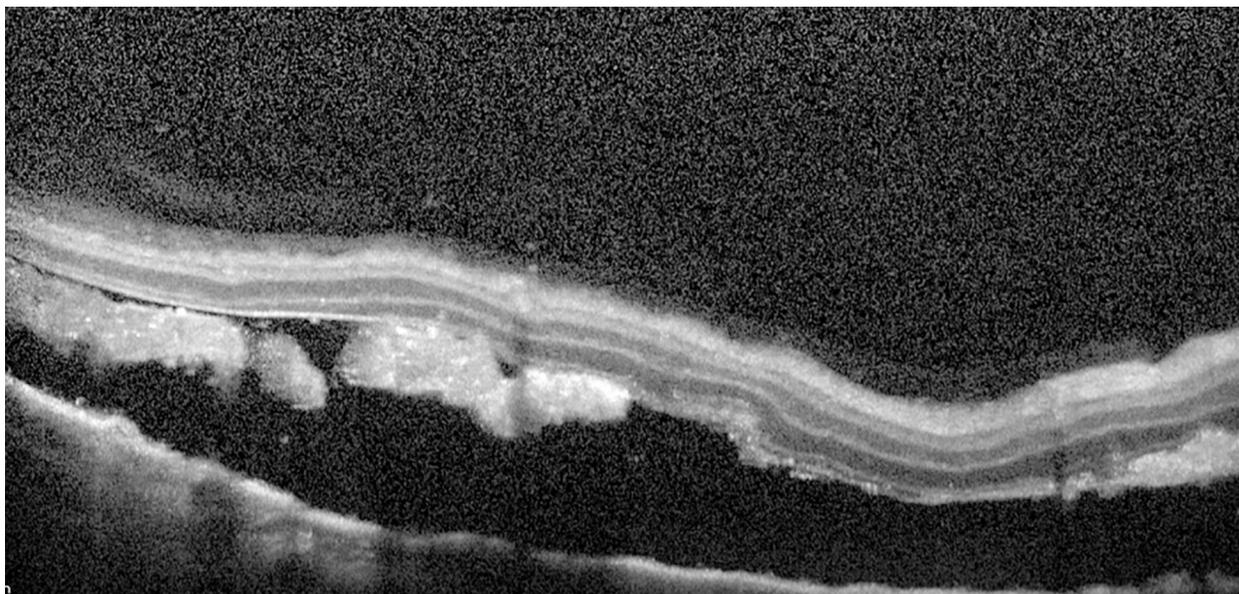


Figura 3. Tomografía de coherencia óptica donde se observa desprendimiento seroso del neuroepitelio con lesiones hiperreflectivas subretinales compatibles con líquido con alto contenido proteico.

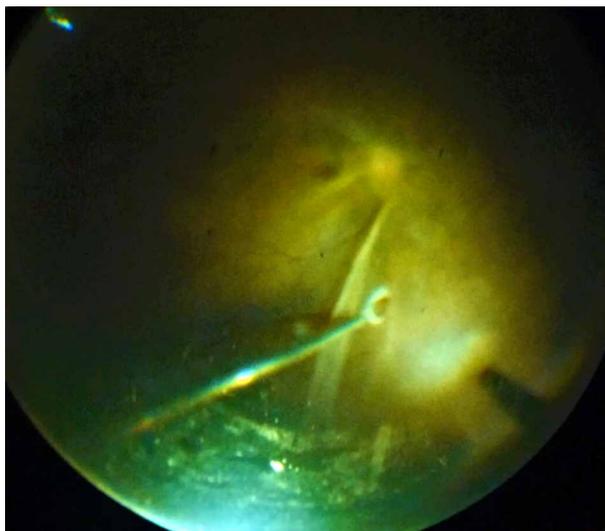


Figura 4. Vitrectomía por pars plana donde se observa la retinotomía nasal superior por la cual se drenó el líquido subretinal con la ayuda de perfluorocarbono.

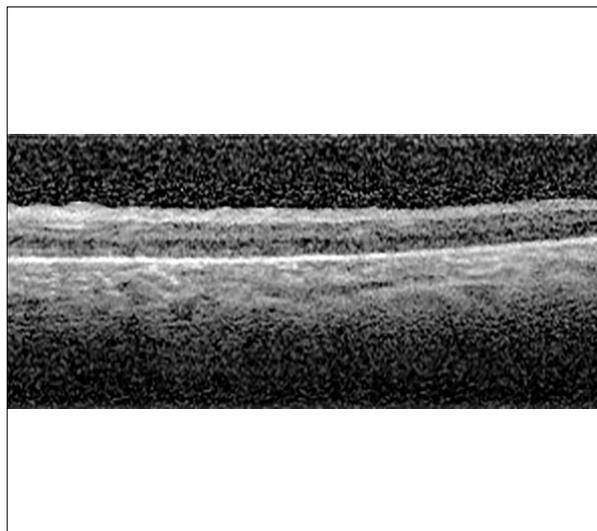


Figura 5. Tomografía de coherencia óptica a los 5 meses de la cirugía vitreoretinal donde se observa la retina aplicada sin presencia de líquido subretinal.

segmento posterior es importante descartar la presencia de cualquier desgarro retinal o hemorragias retinales. El principal factor de riesgo es el uso de corticoides por cualquier vía (excepto la intravítrea) al igual que el trasplante de órganos. Hasta un tercio de los pacientes presentan antecedentes de desprendimientos exudativos asociados a corticoides⁸.

En la bibliografía existen reportes de casos similares luego de administración de corticoides sin importar la dosis, la vía de administración ni el tipo de corticoide utilizado⁹⁻¹⁰, incluso se ha descrito un caso por vía intranasal¹¹.

En cuanto al tratamiento, debido a la baja frecuencia de presentación, no existen estudios randomizados y aleatorizados. Una de las principales conductas que se deben adoptar es la suspensión inmediata de los corticoides, pero en el contexto clínico complejo de nuestro paciente eso no era posible sin adicionar medicaciones ahorradoras de corticoides, lo que significaba que la suspensión de los corticoides no podía ser inmediata.

Es sabido que el líquido subretinal causa isquemia retinal reduciendo la oxigenación de las capas externas de la retina⁸. Frente a la alta densidad del contenido subretinal y frente a la imposibilidad de suspensión inmediata de los corticoides, se

planteó la posibilidad de drenar al menos parte del líquido subretinal por medio de vitrectomía por pars plana. El objetivo terapéutico era limitar el daño a las células retinales. Se eligió el ojo izquierdo porque era el más afectado tanto por el tamaño del desprendimiento exudativo como el de peor agudeza visual.

En la bibliografía existen reportes de casos de similares características que fueron resueltos de manera quirúrgica¹²⁻¹⁵. Dentro de las técnicas quirúrgicas se encuentran tanto el drenaje externo por esclerotomías como la vitrectomía por pars plana.

En nuestro caso, el paciente fue sometido a una vitrectomía 23 G por pars plana con retinotomía nasal superior y aspiración de líquido subretinal. Se realizó taponaje y posicionamiento con C3F8. La agudeza visual a los 5 meses de la cirugía era de 04/10 en el ojo derecho y de 02/10 en el ojo izquierdo con la retina aplicada y sin recidivas de la enfermedad.

Finalmente, a modo de conclusión, expresamos que frente a desprendimientos de retina serosos, con gran cantidad de líquido subretinal de alta densidad, el drenaje quirúrgico precoz por medio de vitrectomía por pars plana constituye un abordaje válido que permite eliminar la mayor canti-

dad de líquido subretinal para limitar el daño de los fotorreceptores y, de esta manera, mejorar el pronóstico visual.

Referencias

1. Moraru AD, Costin D, Moraru RL *et al.* Current diagnosis and management strategies in pachychoroid spectrum of diseases (review). *Exp Ther Med* 2020; 20: 3528-3535.
2. Borooah S, Sim PY, Phatak S *et al.* Pachychoroid spectrum disease. *Acta Ophthalmol* 2021; 99: e806-e822.
3. Nickla DL, Wallman J. The multifunctional choroid. *Prog Retin Eye Res* 2020; 29: 144-168.
4. Zhao M, Célérier I, Bousquet E *et al.* Mineralocorticoid receptor is involved in rat and human ocular chorioretinopathy. *J Clin Invest* 2012; 122: 2672-2679.
5. Vilela M, Mengue C. Central serous chorioretinopathy classification. *Pharmaceuticals (Basel)* 2020; 14: 26.
6. Daruich A, Matet A, Dirani A. Central serous chorioretinopathy: recent findings and new physiopathology hypothesis. *Prog Retin Eye Res* 2015; 48: 82-118.
7. Dansingani KK, Perlee LT, Hamon S *et al.* Risk alleles associated with neovascularization in a pachychoroid phenotype. *Ophthalmology* 2016; 123: 2628-2630.
8. Sartini F, Menchini M, Posarelli C *et al.* Bullous central serous chorioretinopathy: a rare and atypical form of central serous chorioretinopathy: a systematic review. *Pharmaceuticals (Basel)* 2020; 13: 221.
9. Cebeci Z, Oray M, Bayraktar Ş *et al.* Atypical central serous chorioretinopathy. *Turk J Ophthalmol* 2017; 47: 238-242.
10. Khairallah M, Kahloun R, Tugal-Tutkun I. Central serous chorioretinopathy, corticosteroids, and uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* 2012; 20: 76-85.
11. Haimovici R, Gragoudas ES, Duker JS *et al.* Central serous chorioretinopathy associated with inhaled or intranasal corticosteroids. *Ophthalmology* 1997; 104: 1653-1660.
12. Kang JE, Kim HJ, Boo HD *et al.* Surgical management of bilateral exudative retinal detachment associated with central serous chorioretinopathy. *Korean J Ophthalmol* 2006; 20: 131-138.
13. Chen HC, Ho JD, Chen SN. Perfluorocarbon liquid-assisted external drainage in the management of central serous chorioretinopathy with bullous serous retinal detachment. *Chang Gung Med J* 2003; 26: 777-781.
14. Kleinberger AJ, Patel C, Lieberman RM, Malkin BD. Bilateral central serous chorioretinopathy caused by intranasal corticosteroids: a case report and review of the literature. *Laryngoscope* 2011; 121: 2034-2037.
15. Adán A, Corcóstegui B. Surgical management of exudative retinal detachment associated with central serous chorioretinopathy. *Ophthalmologica* 2001; 215: 74-76.