



ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia



Comunicación corta

Desprendimiento de retina exudativo bilateral asociado con coriorretinopatía serosa central en una paciente tratada con corticoesteroides

T. Rueda-Rueda, J.L. Sánchez-Vicente, L. Llerena-Manzorro*, A. Medina-Tapia, L. González-García, A. Alfaro-Juárez, C. Vital-Berral, F. López-Herrero, A. Muñoz-Morales, L.S. Ortega y Á. Herrador-Montiel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de julio de 2016

Aceptado el 10 de enero de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Coriorretinopatía serosa central

Enfermedad de

Vogt-Koyanagi-Harada

Desprendimiento exudativo de retina

Corticoides

Vitrectomía pars plana

Drenaje de líquido subretiniano

Terapia fotodinámica

R E S U M E N

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 54 años con una coriorretinopatía serosa central diagnosticada erróneamente de enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada y tratada con corticoides sistémicos. La paciente desarrolló un desprendimiento de retina exudativo bulloso en ambos ojos.

Discusión: La interrupción del tratamiento con corticoides junto con el drenaje quirúrgico del líquido subretiniano y la aplicación de terapia fotodinámica consiguió la mejoría anatómica y funcional. El correcto diagnóstico de las formas atípicas de la enfermedad podría evitar las complicaciones del uso inadecuado de los corticoides.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bilateral exudative retinal detachment associated with central serous chorioretinopathy in a patient treated with corticosteroids

A B S T R A C T

Case report: The case is presented on a 54-year-old woman with a central serous chorioretinopathy, misdiagnosed as Vogt-Koyanagi-Harada disease, and treated with systemic corticosteroids. The patient presented with a bilateral bullous exudative retinal detachment.

Keywords:

Central serous chorioretinopathy

Vogt-Koyanagi-Harada disease

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laurall.1988@hotmail.com (L. Llerena-Manzorro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2017.01.002>

0365-6691/© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Exudative retinal detachment
Corticosteroids
Pars plana vitrectomy
Subretinal liquid drainage
Photodynamic therapy

Discussion: Discontinuation of corticosteroid therapy, surgical drainage of subretinal fluid, and photodynamic therapy, led to anatomical and functional improvement. The recognition of an atypical presentation of central serous chorioretinopathy may avoid complications of the inappropriate treatment with corticosteroids.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La coriorretinopatía serosa central (CSC) se caracteriza por la presencia de desprendimientos serosos de la retina (DSR) o desprendimientos del epitelio pigmentario de la retina (DEPR) limitados, generalmente, a la mácula, y asociados a la difusión de líquido al espacio subretiniano¹.

En la CSC típica, los DSR se resuelven espontáneamente con recuperación de la función visual. Existen formas atípicas con DSR bullosos asociados con múltiples DEPR de gran tamaño, que pueden ser confundidas con la enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH)².

Presentamos el caso de una paciente con una CSC crónica erróneamente diagnosticada de VKH. El tratamiento con corticoides sistémicos condujo a un empeoramiento del cuadro, con aumento de los desprendimientos y cronificación de la enfermedad. La suspensión de los corticoides fue insuficiente y resultó necesario el drenaje quirúrgico del líquido subretiniano (LSR) mediante vitrectomía pars plana y la aplicación de terapia fotodinámica (TFD).

Caso clínico

Mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, remitida por disminución de la visión de más de 6 meses de evolución. La agudeza visual máxima corregida era de 0,25 en el ojo derecho (OD) y de 0,4 en el ojo izquierdo (OI). La presión intraocular y la biomicroscopia de la cámara anterior eran normales.

En el fondo de ojo del OD la papila era de coloración normal y bien delimitada. Se observaba un edema macular difuso con hemorragias perimaculares y alteraciones del epitelio pigmentario de la retina.

En el OI existía un edema macular difuso, en el que destacaba la presencia de dos formaciones quísticas junto a la arcada temporal superior. La papila era normal (fig. 1).

En la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) (Topcon® 3 D OCT-1000, Topcon Corporation, Tokyo, Japón), se observó un edema con grandes quistes en la mácula central del OD con LSR en el resto del polo posterior. En el OI existía un desprendimiento del neuroepitelio foveal con LSR en todo el polo posterior. Junto a la arcada superior existían dos grandes formaciones quísticas acompañadas de DEPR y LSR (fig. 2).

La angiografía fluoresceínica puso de manifiesto en el OD una alteración difusa del epitelio pigmentario de la retina limitada al polo posterior con hiperfluorescencia irregular. Existían zonas de hipertrofia del EPR y áreas de acumulación del colorante. En el OI la zona de hiperfluorescencia difusa era

menor, en la que sobresalían dos grandes áreas de acumulación de fluoresceína correspondientes a las lesiones quísticas en la arcada temporal superior, y lesiones compatibles con DEPR (fig. 3).

La paciente fue diagnosticada de VKH: se inició tratamiento con corticoides sistémicos y ciclosporina, fue remitida a la Unidad de Colagenosis y Otorrinolaringología, descartando otras alteraciones sistémicas asociadas.

La hematimetría, bioquímica, serología y Mantoux resultaron negativos.

Ante el empeoramiento, se administraron 3 bolos intravenosos de corticoides (1 g de metilprednisolona).

Tras este último tratamiento, se produjo un empeoramiento drástico, con disminución de la AV (0,16 en el OD y 0,032 en el OI), apareció un DSR bulloso que afectaba a la retina inferior de ambos ojos (AO) (fig. 4), con lo que planteamos el diagnóstico de una CSC crónica. Se redujeron los corticoides y la ciclosporina hasta su retirada.

Dada la persistencia del DSR en AO después de 8 semanas tras la interrupción del tratamiento con corticoides, que impedía el tratamiento con láser o TFD dada la altura del desprendimiento, se decidió realizar un drenaje quirúrgico y posterior TFD de forma bilateral en distintos tiempos quirúrgicos. Se realizó vitrectomía pars plana de 23 G con inyección de perfluorocarbono líquido, drenaje externo del LSR a través de 2 esclerostomías radiales de 3 mm de longitud, a 10 mm del limbo a ambos lados del recto medio, láser intraocular en las zonas sospechosas de difusión e intercambio líquido-aire-SF6 al 20%.

Tras reaplicar la retina, se realizó TFD de fluencia reducida (25J/cm²) y dosis normal de verteporfín (6 mg/m²), durante 83 s, sobre un área de unas 3.000 μ correspondiente a las zonas de difusión, consiguiendo la estabilización del cuadro.

Actualmente, después de 20 meses de seguimiento, la agudeza visual corregida es de 0,1 en el OD y de 0,2 en el OI. La retina permanece aplicada, con una intensa fibrosis subretiniana con atrofia e hipertrofia del epitelio pigmentario de la retina y membranas epirretinianas maculares en AO, quizás como complicación de la cirugía realizada (fig. 5).

Discusión

La asociación entre los corticoides y la CSC es bien conocida. Aquellos pacientes con tratamientos prolongados con corticoides pueden desarrollar una forma crónica y recurrente de CSC³. Por otra parte, el uso de esteroides puede agravar una CSC ya existente, y dar lugar a formas atípicas como epiteliopatías difusas, DSR bullosos y DSR con exudación y fibrosis subretiniana⁴. Estas formas pueden ser confundidas con otras

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5703426>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5703426>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)