



CASO CLÍNICO

¿Neumodesplazamiento vigente? Uso en hemorragia subretiniana y agujero macular traumático



Gabriela Papa-Oliva^{a,b,*}, Giuseppe Albano-Quaglia^{a,b}, Ingrid Clemente^{a,b}
y Adry Santamaría-Pacheco^{a,b}

^a Instituto Venezolano de los Seguros Sociales-Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas, Distrito Capital, Venezuela

^b Instituto Oftalmológico IUMO, Caracas, Distrito Capital, Venezuela

Recibido el 27 de julio de 2014; aceptado el 22 de enero de 2015

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Hemorragia subretiniana;
Agujero macular;
Trauma ocular;
Neumodesplazamiento;
Rtura coroidea

Resumen

Objetivo: Mostrar la efectividad del neumodesplazamiento en hemorragia subretiniana y agujero macular postraumático.

Método: Reporte de caso.

Resultados: Paciente masculino de 39 años de edad quien tras trauma contuso en ojo izquierdo presenta disminución de agudeza visual. Examen oftalmológico: agudeza visual del ojo izquierdo: movimiento de mano. Fundoscopia ojo izquierdo: hemorragia subretiniana en polo posterior y agujero macular. Se coloca burbuja de gas (C3F8), obteniéndose desplazamiento de la hemorragia subretiniana del área foveolar con cierre del agujero macular.

Conclusiones: El trauma ocular representa todo un desafío para el oftalmólogo, en este caso producto de un trauma ocular contuso. Para la resolución de la hemorragia subretiniana producto de una rotura coroidea yuxtapapilar y del agujero macular traumático, tenemos varias opciones quirúrgicas que dependerán de la decisión del especialista en cuanto conocimiento, experiencia y experticia del mismo. El neumodesplazamiento sin vitrectomía vía pars plana ha sido utilizado para desplazar sangre subretiniana secundaria a degeneración macular relacionada con la edad. Usando el mismo principio pero aplicado a diferente patología, se decidió realizar desplazamiento neumático, obteniendo como resultado drenaje a cavidad vítrea de la hemorragia subretiniana y cierre del agujero macular. El neumodesplazamiento puede ser considerado una opción terapéutica eficaz versus la vitrectomía vía pars plana en el manejo de esta dolencia.

© 2014 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia. Calle San José, Qta. Iumo, Nivel PB, Apto. S/N, La Trinidad, Caracas. Venezuela.
Correo electrónico: gabriela.papa@starmedia.com (G. Papa-Oliva).

KEYWORDS

Subretinal hemorrhage;
Macular hole;
Ocular trauma;
Pneumodisplacement;
Choroidal rupture

Pneumatic displacement? Use in subretinal hemorrhage and traumatic macular hole**Abstract**

Objective: Show the effectiveness of pneumodisplacement in subretinal hemorrhage and post traumatic macular hole.

Method: Case report.

Results: Male patient, 39 years of age who after blunt trauma left eye have decreased visual acuity. Eye exam: visual acuity left eye: hand movement. Funduscopy left eye: subretinal hemorrhage in the posterior pole and macular hole. Gas bubble is placed (C3F8), whereby displacement of subretinal hemorrhage foveal area with macular hole closure.

Conclusions: Ocular trauma represents a challenge for the ophthalmologist, in this case the result of a blunt ocular trauma. For the resolution of subretinal hemorrhage juxtapapillary product of choroidal rupture and traumatic macular hole, we have several surgical options that depend on the decision as specialist knowledge, experience and expertise of it. The pneumatic displacement without vitrectomy has been used to displace subretinal blood secondary to macular degeneration related to age. Using the same principle but applied to different diseases, we decided to perform pneumatic displacement resulting in vitreous cavity drainage of subretinal hemorrhage and macular hole closure. The pneumatic displacement can be considered an effective treatment option versus vitrectomy in the management of this condition.

© 2014 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

A nivel mundial, cada año se producen más de 500,000 lesiones causantes de ceguera. Aproximadamente 1.6 millones de personas presentan ceguera a causa de un traumatismo ocular, 2.3 millones tienen discapacidad visual bilateral y 19 millones pérdida visual unilateral¹. Son más frecuentes en varones, con una proporción hombres:mujeres de 3-5:1².

Los agujeros maculares traumáticos son defectos retinianos de espesor completo que se localizan en el área macular³. Los agujeros maculares traumáticos habitualmente se originan tras un traumatismo contuso sobre el ojo con una pelota o un puñetazo. Pueden presentarse de manera instantánea tras el traumatismo o manifestarse de forma más tardía, al cabo de varios días o incluso semanas. La incidencia es del 1.4% en pacientes con traumatismos contusos. Se han postulado 2 mecanismos de formación de agujeros maculares traumáticos. Un tipo de agujeros se desarrollan inmediatamente tras el traumatismo, por compresión anteroposterior y expansión ecuatorial del globo ocular, que produce un estrés significativo sobre la retina en puntos de adherencia vítrea, con la consecuente avulsión y rotura foveal que produce una pérdida visual aguda. Otro tipo de agujeros ocurren de manera más gradual, al cabo de días o semanas, produciéndose una pérdida visual progresiva secundaria a una adherencia vitreofoveal persistente que acabaría originando una dehiscencia foveal⁴. Igualmente esta descrita la aparición de agujeros maculares posterior a una hemorragia subretiniana producida por una rotura coroidea, después del edema macular cistoide grave o un edema de Berlín intenso⁵. Los traumatismos cerrados pueden producir hemorragia en la coroides con rotura secundaria de la membrana de Bruch y desgarro del EPR. Las hemorragias coroideas pueden variar en intensidad, desde pequeñas

hemorragias subretinianas asociadas con rotura de la membrana de Bruch hasta grandes hemorragias supracoroideas¹.

El activador del plasminógeno tisular se ha utilizado en combinación con cirugía, con inyección intravítrea de gas (en pacientes con rotura coroidea traumática) o como terapia aislada con resultados favorables en la mejoría de la visión, aplazando en ocasiones la necesidad de la vitrectomía. Estos procedimientos se han utilizado en casos de hemorragias subfoveal y retrohialoideas. Después de un seguimiento medio de 10.5 meses, la agudeza visual final mejora 2 o más líneas de visión (67%) con visión de 20/80 o mejor en (40%) de los pacientes¹.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 39 años de edad quien presentó trauma ocular contuso en ojo izquierdo con botella. Acude a las 72 h tras el trauma por presentar disminución de agudeza visual en dicho ojo. Examen oftalmológico: agudeza visual del ojo izquierdo: movimiento de mano. En la biomicroscopia se observa córnea transparente, cámara anterior formada, humor acuoso claro, iris trófico, reflejo pupilar directo y consensual conservado, y cristalino transparente. Fundoscopia del ojo izquierdo: evidencia cavidad vítrea clara sin desprendimiento de vitreo posterior (DVP), disco óptico de bordes definidos, excavación fisiológica, emergencia central de vasos, relación y trayecto conservados. Rotura coroidea en arcada temporal superior a un diámetro de disco óptico del disco óptico. Hemorragia subretiniana en polo posterior y agujero macular (figs. 1 y 2). Se procede a inyectar vía pars plana 0.3 ml de gas puro (C3F8) y se indica posición de decúbito ventral durante 72 h. Se realizan controles sucesivos con agudeza visual, tomografía de coherencia óptica (OCT) y fotografía, presentando DVP

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4032294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4032294>

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