

Síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes: a propósito de un caso

Multiple evanescent White Dot Syndrome: report of a case

BAETA BAYÓN L¹, CABRERA LÓPEZ F¹, CABRERA MARRERO B¹,
CARDONA GUERRA P²

RESUMEN

Caso clínico: Paciente de 32 años de edad remitida a nuestro servicio por visión borrosa en ojo derecho de dos días de evolución. Funduscópicamente se aprecian lesiones blanquecinas en media periferia, así como un patrón granular perifoveal.

Discusión: El Síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes (SMPBE), es una patología poco frecuente y de curso benigno. El diagnóstico al comienzo puede ser difícil, porque en su inicio se puede confundir con otras patologías de peor evolución.

Palabras clave: Síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes, alteración del epitelio pigmentario.

SUMMARY

Case report: We report a case of a 32 years old woman with a decreased vision for two days. A fundus examination reveals multiple white dots in the near to midperiphery, as well as a granular appearance of fovea.

Discussion: The MEWDS is an uncommon disorder with a benign course. Early on presentation it can be misdiagnosed because it is similar to many disorders which have a worst visual prognosis.

Key words: Multiple evanescent white dot syndrome, RPE disorders.

Servicio de Oftalmología. Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina.

Correspondencia:
Lidia Baeta Bayón
Hospital Insular
Servicio de Oftalmología
Avenida Marítima del Sur, s/n
Las Palmas de Gran Canaria
España

INTRODUCCIÓN

El SMPBE se describió por primera vez en 1984 por Jampol y Takeda (1,2). Es una alteración del epitelio pigmentario o de la retina profunda que afecta a adultos jóvenes (1,3). Es un cuadro benigno en la mayoría de los casos, tendiendo a la resolución espontánea.

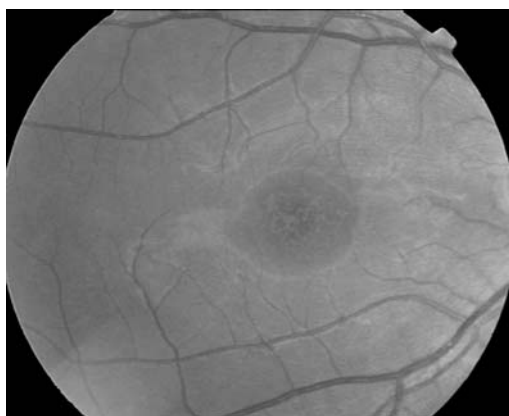


Fig. 1:
Retinografía OD.
Al diagnóstico.

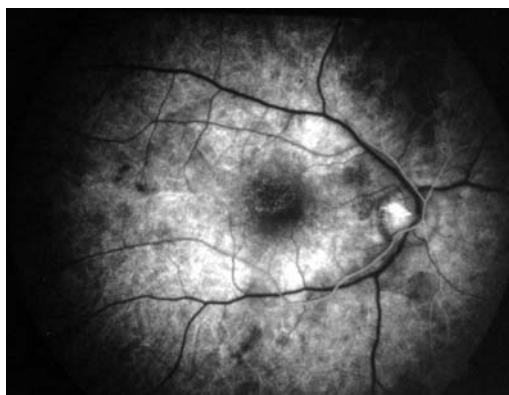


Fig. 2: AFG OD,
tiempo precoz.

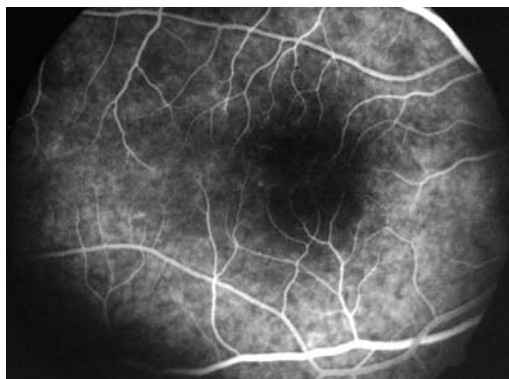


Fig. 3: AFG OD,
tiempo tardío.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad remitida desde el servicio de urgencias por visión borrosa de dos días de evolución en ojo derecho. La agudeza visual fue de 0,5 en OD y de 1,0 en OI. El examen en lámpara de hendidura mostraba un polo anterior de características normales y una PIO de 14 mmHg en ambos ojos. Funduscópicamente se apreciaba la presencia de múltiples manchas blanco amarillentas repartidas desde mácula hasta media periferia así como un patrón granular perifoveal (fig. 1). El ojo izquierdo no mostró alteraciones.

En la AFG se observó una hiperfluorescencia temprana de las lesiones que aumentaba hasta tiempos tardíos (figs. 2 y 3).

El CV presentaba un aumento de la mancha ciega (fig. 4).

La paciente no fue tratada resolviéndose el cuadro sin dejar secuelas, y con una recuperación de la AV a 1,0 en ojo derecho en el curso de 8 semanas.

En el fondo de ojo tanto las manchas en el polo posterior como el patrón granular perifoveal fueron disminuyendo en los meses siguientes al diagnóstico (fig. 5), sin encontrarse al cabo de un año ningún tipo de anomalía (fig. 6).

DISCUSIÓN

El SMPBE se presenta en la mayoría de los casos como una pérdida de agudeza visual y fotopsias, nuestra paciente tuvo una disminución de visión de 0,5. El patrón característico consiste en puntos blanco grisáceos mal definidos de 100-200 micras repartidos por el polo posterior (1,4). Es típico también encontrar un patrón granular perifoveal. Aunque con menor frecuencia, puede presentarse edema de papila, envainamiento vascular o células vítreas, en nuestro caso no se advirtieron (1,3). Generalmente hay una resolución total del cuadro en un período de 7-10

semanas (3) pero cabe la posibilidad de desarrollar atrofia epitelial permanente, incluso algunos casos de membrana neovascular idiopática podrían deberse a un SMPBE previo no diagnosticado (3,5). Por este motivo, en estos pacientes estaría indicado el seguimiento a medio-largo plazo. Nuestra paciente no ha presentado ningún tipo de afectación en los 14 meses siguientes a la presencia del episodio.

La AFG muestra, durante la etapa aguda, hiperfluorescencia temprana de las manchas blancas, con aparición de teñido de las lesiones en fases tardías, tal y como constatamos. No es raro encontrar hiperfluorescencia papilar (6,7).

El CV puede mostrar un aumento de la mancha ciega, constatándose al realizar esta prueba en nuestro paciente. El electroretinograma generalmente está alterado (1,3) aunque nosotros no lo realizamos.

En la mayoría de los casos cursa de modo unilateral y no recurrente. Generalmente afecta a mujeres jóvenes (3:1) con una media de edad de 26 años (1,4).

La etiología es desconocida. Aunque nuestra paciente no lo refería, se describe afectación del tracto respiratorio superior en el 25-50% de los pacientes, lo que indicaría cierta predisposición individual para desarrollar una reacción autoinmune frente a determinados microorganismos (2,3).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con enfermedades inflamatorias del epitelio pigmentario, sin embargo, las lesiones fundoscópicas y los hallazgos angiográficos y electrofisiológicos permiten distinguirlas (7). Esto es importante debido a que algunas de estas entidades no tienen un curso tan favorable como el SMPBE, y precisan una actitud terapéutica precoz.

Se desconoce tratamiento efectivo. La mayoría de los autores optan por un tratamiento conservador, dada la benignidad del cuadro y la tendencia autorresolutiva del mismo, mientras que otros apoyan el tratamiento antiinflamatorio sistémico (2,6). Nosotros preferimos una postura meramente observatoria. La evolución final del cuadro fue hacia la resolución espontánea alcanzando una visión de 1.0.

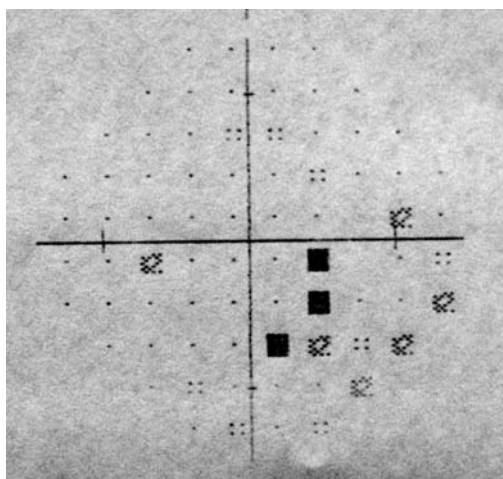


Fig. 4: CV OD.

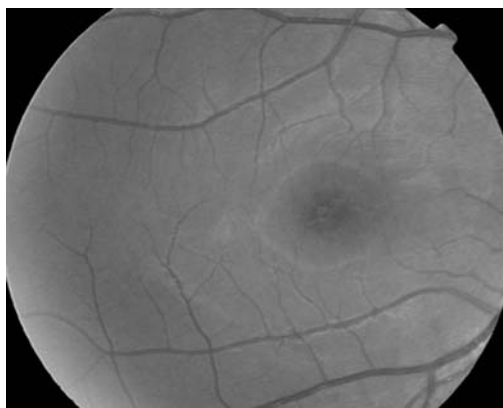


Fig. 5:
Retinografía OD.
Al mes del
diagnóstico.

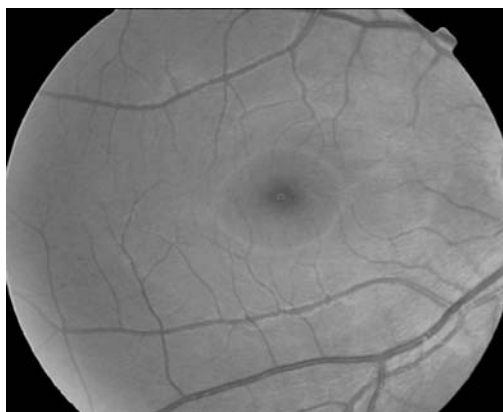


Fig. 6:
Retinografía OD.
Al año del
diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez Artola F, Garay Aramburo G, Llorca Pellicer S. Síndrome de multiples puntos blancos evanescentes: bilateralización cuatro años después. Arch Soc Esp Oftalmol. 2002 Jul; 77(7): 393-396.

2. Duane's 2004. Clinical Ophtahalmology.
3. George J. Wyhinny, James L. Jackson, Lee M.Jampol, Nicholas C. Caro. Subretinal neovascularization following MEWDS. Arch Ophthalmol-Vol 108, october 199 C.
4. Vazquez Marouschek C, Lopéz Checa F. Síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes de difícil diagnóstico. Arch Soc Esp Ophthalmol. 2003 Ago; 78(8): 455-458.
5. James McCollum, James A. Kimble, Birmingham, Ala: Peripapillary subretinal neovascularization associated with EWDS. Arch Ophthalmol Vol 110, January, 1992.
6. Diagnostic angiographique des maladies rétiennes. Salomon Yves Cohen, Gabriel Quental. 1997.
7. Gómez-Ulla F, Corcóstegui B. Angiografía fluoresceínica y láser. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del fondo de ojo. LXIV. Ponencia de la SEO, 1998.