

Pliegues maculares secundarios a desprendimiento hemorrágico de coroides post-trabeculectomía

Macular folds after choroidal hemorrhage following glaucoma surgery

ALONSO JUÁREZ E¹ VÉLEZ LASSO E², FERNÁNDEZ DEL COTERO JN³

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente que sufrió una hemorragia coroidea masiva tras ser intervenido quirúrgicamente de Trabeculectomía por un glaucoma secundario. Tras una evolución satisfactoria, con total reabsorción de la hemorragia, persistieron unos pliegues en el área macular que producían una molesta metamorfopsia.

Se decidió realizar una cirugía submacular para erradicar los pliegues foveales y tratar de mejorar la calidad visual del paciente.

Palabras clave: Trabeculectomía, Hemorragia coroidea, Pliegues maculares.

SUMMARY

We present the case of a patient who suffered from massive choroidal hemorrhage after being operated on of trabeculectomy due to a secondary glaucoma.

In spite of a satisfactory evolution with total reabsorbtion of the hemorrhage, there were some persisting macular folds which led to a disturbing metamorphopsia.

We decided to perform a submacular surgery in order to flatten the macular area, and try to improve the patient's visual quality

Key words: Trabeculectomy, Choroidal hemorrhage, Macular folds.

Instituto Cántabro de Oftalmología (I.C.O.).

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Oftalmología. Jefe de Departamento de Retina-Vítreo (I.C.O.).

² Diplomado en Óptica y Optometría. Unidad de Rehabilitación Visual (I.C.O.).

³ Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Oftalmología. Director Médico del (I.C.O.).

Correspondencia:

Ernesto Alonso Juárez

Instituto Cántabro de Oftalmología

Paseo Menéndez Pelayo, 48

39006 Santander

Cantabria

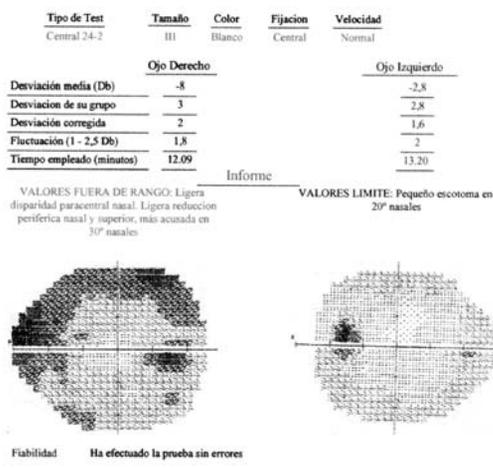


Fig. 1: Defecto campimétrico preoperatorio. Escotoma arciforme superior.

CASO CLINICO

Paciente varón de 52 años de edad que presenta como antecedentes oftalmológicos una Intervención quirúrgica de Catarata traumática mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular en ojo derecho.

Tras la extracción de la catarata se produjo una paulatina subida de tensión Intraocular, cuyos valores oscilaban entre 30 y 50 mm Hg, a pesar del tratamiento médico.

La agudeza visual fue disminuyendo paulatinamente en pocas semanas, partiendo de 0,5 y bajando hasta 0,3. Se objetivaron defectos campimétricos compatibles con el diagnóstico de glaucoma secundario. (fig. 1), (fig. 2).

Ante el rápido empeoramiento visual y campimétrico, se decidió intervenir quirúrgicamente para realizar una trabeculectomía, la intervención transcurre con normalidad pero en el postoperatorio inmediato se produce una hemorragia coroidea masiva con pérdida

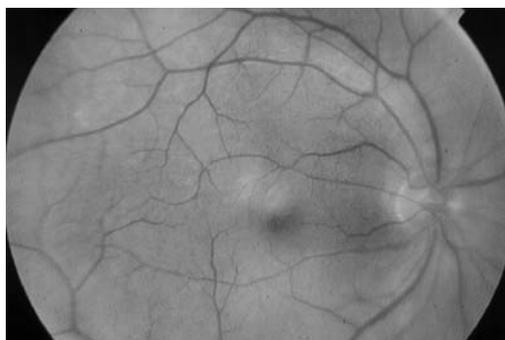


Fig. 2: Retinografía preoperatoria. Se aprecia ligera borrosidad debido al leve edema corneal.

del fulgor retiniano y aumento de la tensión ocular, hasta niveles de 70 mm Hg.

Se instauró un tratamiento médico a base de antiinflamatorios esteroideos y acetazolamida por vía oral y tópica y fibrinolíticos por vía oral y se realizó un seguimiento ecográfico a lo largo de 4 semanas (fig. 3), en las que se observó una rápida reabsorción de la hemorragia coroidea.

Al mes de la cirugía se puede visualizar el fondo de ojo, observando la presencia de pliegues maculares con afectación de la fóvea y del área paramacular temporosuperior. Aún persistían áreas de desprendimiento hemorrágico de coroides, especialmente en el cuadrante temporoinferior (fig. 4).

Posteriormente se observó una reabsorción total de la hemorragia coroidea y una rectificación progresiva de los pliegues extramaculares y periféricos, aunque no de los foveales. (fig. 5).

A los 4 meses de la cirugía el aspecto de la retina era totalmente estable. El paciente presentaba una agudeza visual de 0,2 con corrección óptica en su ojo derecho con una importante metamorfopsia asociada, la tensión ocular era normal.

Ante la estabilidad del proceso y la molestia subjetiva del paciente debido a su metamorfopsia, se le planteó la posibilidad de cirugía submacular para la resolución de los pliegues maculares, con el fin de mejorar la calidad de su visión.

Procedemos a la realización de una vitrectomía posterior vía pars plana con pelado de la hialoides posterior. Intentamos movilizar la retina sin éxito por lo que procedemos a realizar un desprendimiento de retina yatrogénico a través de una retinotomía paramacular temporosuperior, tras lo cual aplanamos la retina con una burbuja de PFCL que fue desplazada desde retina inferior hacia la retinotomía. Tras aspirar los restos hemáticos en el área de la retinotomía, procedemos a la fotocoagulación con endoláser (Diodo), en torno a la retinotomía seguido de un intercambio líquido / aire / SF6 al 20%. (fig. 6).

La evolución postquirúrgica fue favorable produciéndose una cicatrización del área de la retinotomía con una discreta proliferación glial e hipertrofica del epitelio pigmentario.

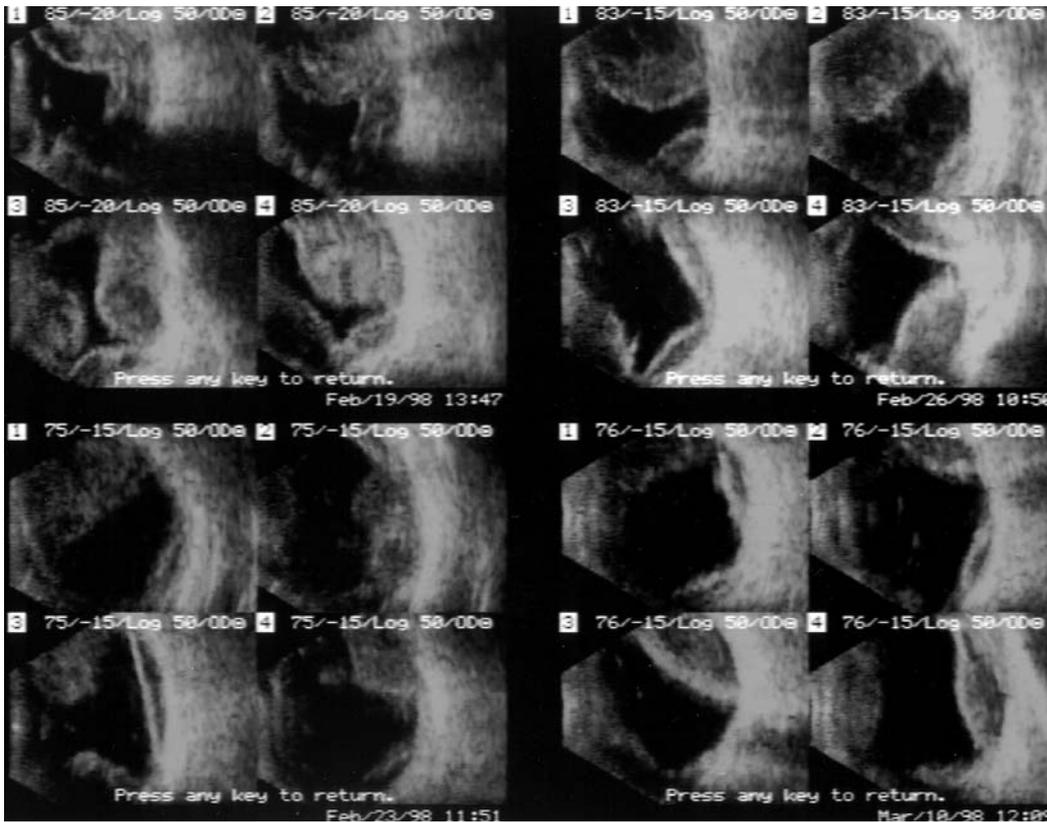


Fig. 3: Evolución ecográfica de la hemorragia coroidea durante las cuatro semanas posteriores a la cirugía de glaucoma.

Actualmente, 8 meses tras la cirugía, la mácula está plana, persistiendo unos micropliegues en sentido vertical debido a la tracción de la cicatriz retiniana. La agudeza visual es 0,2 en ausencia de Metamorfopsia y la tensión ocular se halla en niveles normales (fig.7), (fig.8).

DISCUSION

La Hemorragia Coroidea masiva o Desprendimiento hemorrágico de Coroides en una temible complicación que puede surgir en multitud de procedimientos quirúrgicos, tales como intervenciones de cataratas, glaucoma o desprendimiento de retina (1,2,3).

En el caso que presentamos, la hemorragia se produjo en el postoperatorio inmediato tras una intervención de trabeculectomía en un paciente con un glaucoma secundario post-traumático con niveles tensionales preoperatorios que oscilaban entre 30 y 50 mm Hg.

Existen múltiples citas que hacen referencia a este tipo de complicación asociada a cirugía filtrante (4,5,6,7).

La hemorragia coroidea puede suponer herniación o salida del contenido vítreo a través de las incisiones de la cirugía constituyendo una hemorragia expulsiva la cual puede ser fatal en muchas ocasiones. En los casos de hemorragia coroidea expulsiva se debe cerrar inmediatamente la incisión y hacer un seguimiento ecográfico del espacio supracoroideo. La licuefacción del coágulo

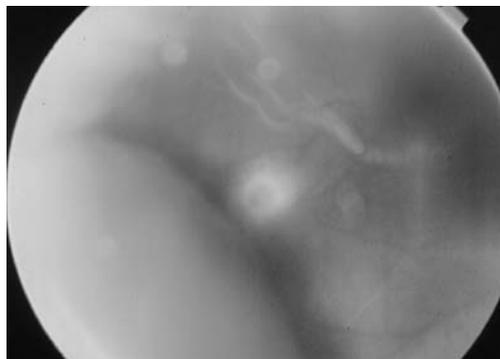


Fig. 4: Retinografía a las cuatro semanas de la intervención quirúrgica de glaucoma. Restos hemorrágicos coroides temporoinferiores.

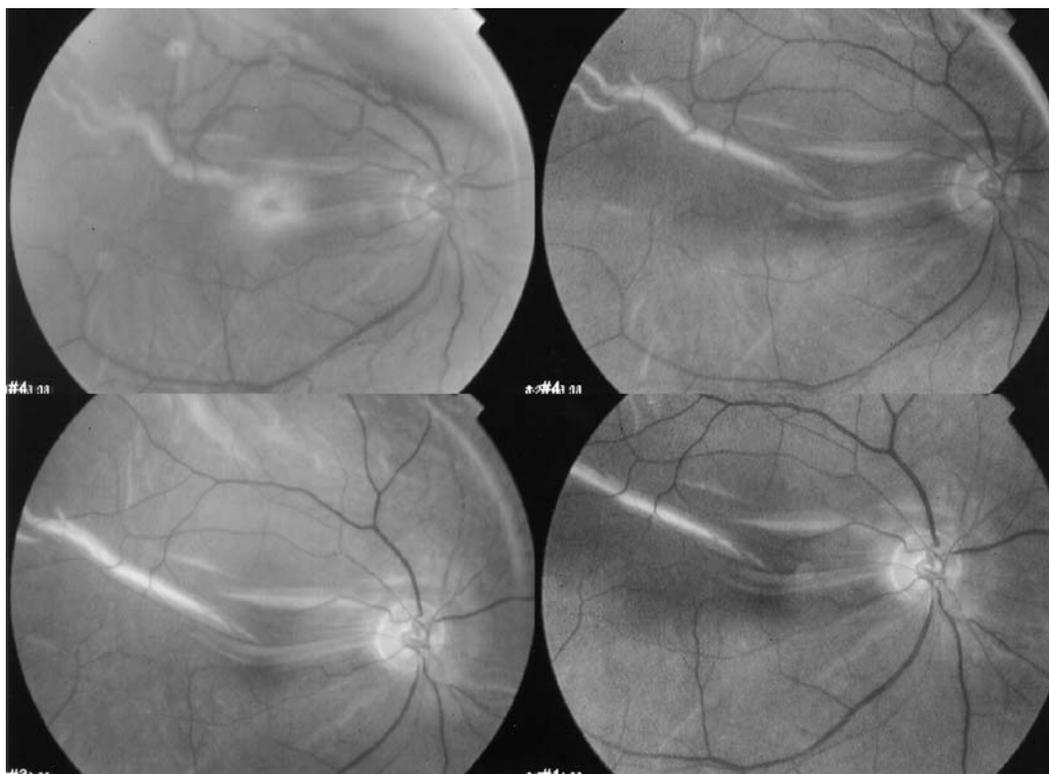


Fig. 5: Evolución de los pliegues maculares a lo largo de los cuatro meses posteriores a la cirugía de glaucoma. Estabilización de los pliegues foveales.

suele ocurrir hacia la primera semana y se comprueba por la estratificación del líquido y el movimiento de la sangre tras los movimientos oculares.

Se debe intervenir quirúrgicamente (2), liberando el vítreo herniado y las posibles tracciones en primer lugar, y realizando en un segundo tiempo esclerotomías de drenaje a nivel preecuatorial hasta el espacio supracoroideo, a la vez que introducimos por limbo (en afáquicos) o pars plana suero fisiológico o aire a través de una cánula de infusión (8, 9) permitiendo así la salida de la sangre

líquida a través de las esclerotomías, tras lo cual se realizará una vitrectomía posterior, si es posible con pelado de la hialoides posterior (10).

En algunas ocasiones se produce una hemorragia coroidea masiva tras un desprendimiento seroso de coroides. En estos casos se produce un gran aumento de la PIO con cierre angular y dolor agudo.

No tiene por qué haber salida del contenido ocular, produciéndose una contracción del volumen vítreo y de la base del vítreo debido a un infiltrado celular.

En estos casos se deberá proceder a una intervención quirúrgica de drenaje, si la PIO no se puede controlar por otros medios.

Si se puede controlar la presión intraocular, la hemorragia se licuará y evolucionará a lo largo de varias semanas pudiendo, como en nuestro caso, reabsorberse totalmente.

La condensación vítreo puede generar tracciones vitreoretinianas que favorezcan la presencia de un desprendimiento de retina regmatógeno, mixto o traccional puro.

En nuestro caso, tras un pico tensional ini-

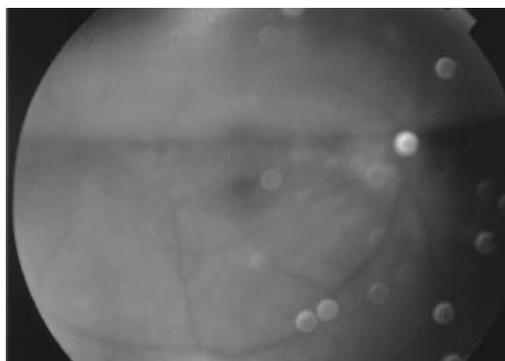


Fig. 6: Aspecto del fondo de ojo a las 48 horas de la cirugía submacular para la resolución de los pliegues. Se observa burbuja de gas superior.

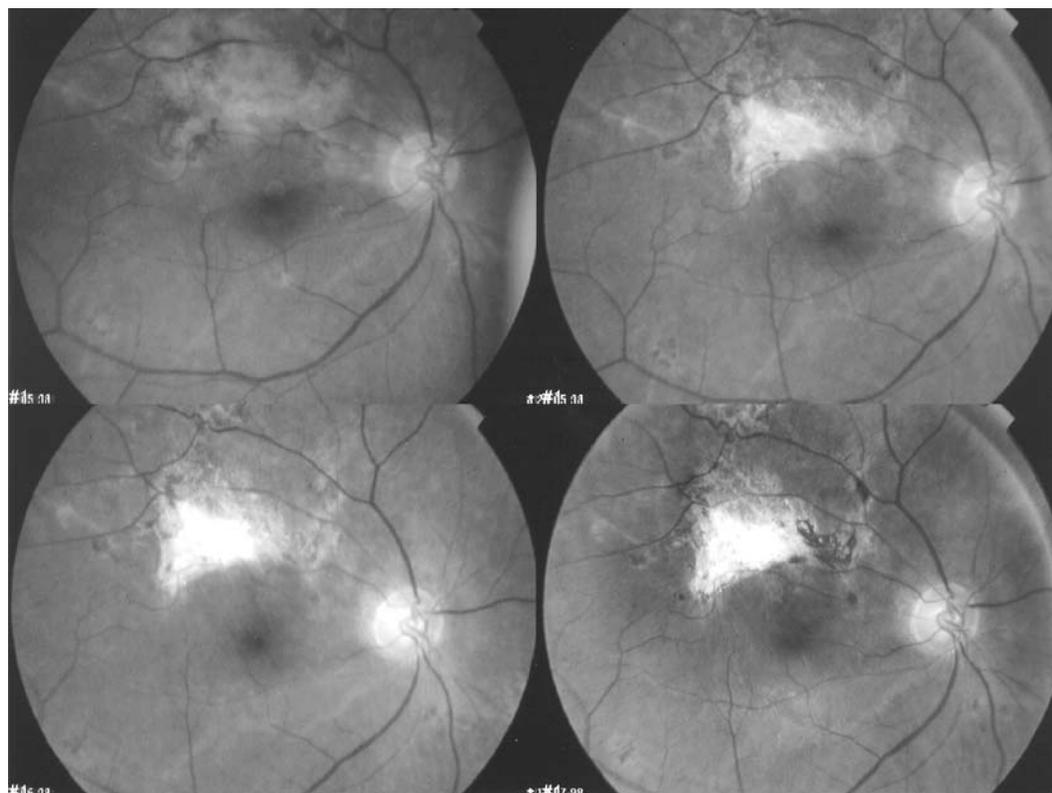


Fig. 7: Evolución postoperatoria de la retinotomía con pigmentación progresiva de las cicatrices de láser y proliferación glial en la retinotomía. Mácula plana.

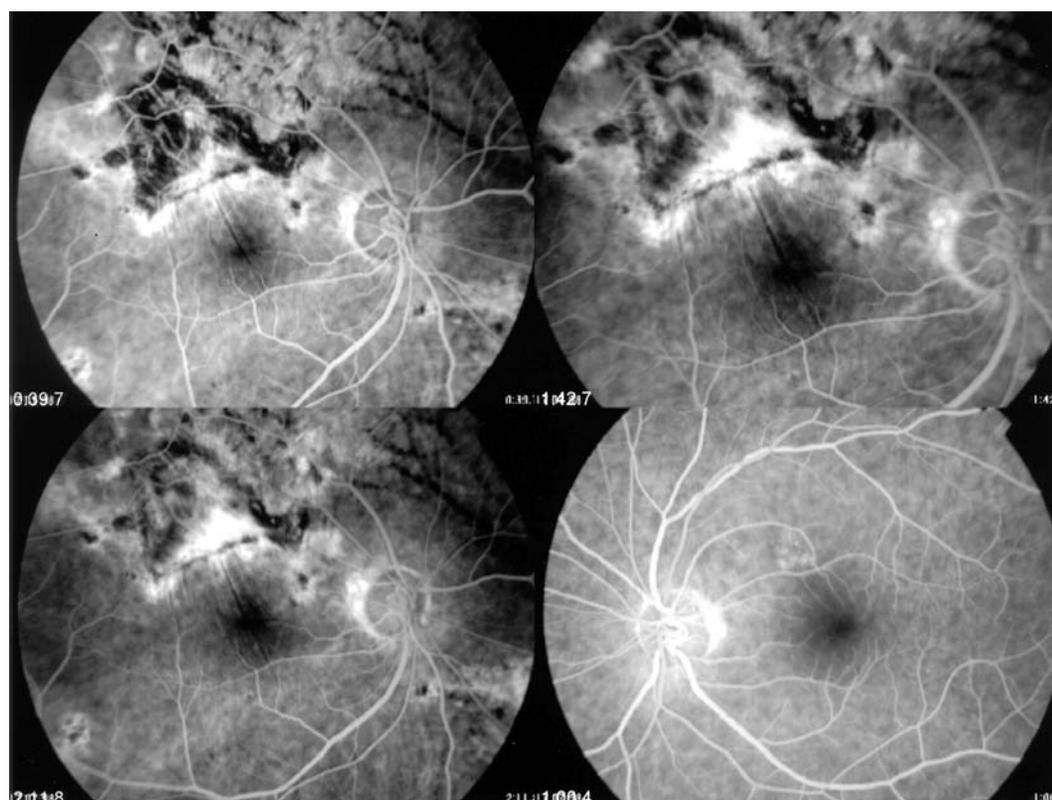


Fig. 8: Angiofluoresceingrafía postoperatoria. Se observan pliegues retinianos periféricos con proliferación del EPR y la cicatriz retiniana paramacular temporosuperior. Presencia de micropliegues de tracción a nivel macular.

cial, la evolución fue favorable, observándose una disminución paulatina de la tensión ocular y del volumen de la hemorragia coroidea, hasta su total reabsorción en un periodo de 6 semanas.

La contracción vítrea fue la responsable de los pliegues maculares residuales que producían esa molesta metamorfopsia.

A pesar de la evolución favorable de la hemorragia coroidea decidimos recurrir a técnicas de vitrectomía posterior y cirugía submacular para la resolución de los pliegues, produciendo un desprendimiento del neuroepitelio yatrógeno a través de una retinotomía paramacular (previo pelado de la hialoides posterior), para resolver los pliegues con una burbuja de PFCL desplazada desde retina inferior hacia la retinotomía, para después fotocoagular en torno a ésta. (11).

La mejora subjetiva y anatómica justifica la realización de esta cirugía para resolver posibles secuelas de una complicación tan grave como la hemorragia coroidea masiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Haynes, J. H; Payne, J.W. and Green, W.R.: Clinicopathologic study of eyes obtained from a patient 6 and 2 years after operative choroidal hemorrhage. *Ophthalmic Surgical* 18: 667, 1987
2. Lambrou, F.H.Jr, Meredith, T.A. and Kaplan, H.J.: Secondary surgical management of explosive choroidal hemorrhage. *Arch. Ophthalmol.* 105: 1195 –8, 1987
3. Welch, J.C., Spaeth, G.L. and Benson, N.E.: Massive Suprachoroidal hemorrhage. Follow – up and outcome of 30 cases. *Ophthalmology* 95:1202, 1988
4. Cantor, L.B. Katz, L.J., and Spaeth, G.L.: Complication of surgery in Glaucoma: Suprachoroidal Expulsive hemorrhage in glaucoma patients undergoing intraocular surgery. *Ophthalmology* 92: 1266, 1985
5. Rutherfordman, J.M., Harbin, T.S., Jr, and Campbell, DG.: Postoperative Suprachoroidal hemorrhage following filtration procedures. *Arch Ophthalmology* 104: 201, 1986
6. Wheeler T.M.; Zimmerman T.J: Expulsive choroidal hemorrhage in the glaucoma patient. *Ann. Ophthalmology*, 19: 165 – 6. 1987
7. Danson, J.A. : Vitrectomy and fluid infusion in the treatment of delayed suprachoroidal hemorrhage after combined and glaucoma filtration surgery. *Ophthalmology surg* 18. : 334, 1987.
8. Abrams, GW, Thomas, MA, Williams, GA and Burtom, TC: Managemt of postoperative suprachoroidal hemorrhage with continuous – infusion air pump. *Arch. Ophthalmology* 104: 1455, 1986
9. Callebert I.M.; Dralands L; Fuets B: Therapeutic possibilities and limits of vitreoretinal surgery after expulsive choroidal hemorrhage. *Bull Suc Belge Ophthalmology*, 252: 81- 86; 1994
10. Le Quoy O, Girard, P: Postoperative choroidal hemorrhage. Surgical indications. *J. Fr. Ophthalmology*, 18: 96- 105, 1995.
11. De Juan, E. Macheimer, R: Vitreous Surgery for hemorrhagic and fibrous complications of age related macular degeneracion, *Am. J. Ophthalmol* 105: 25-29, 1998.