

# Resolución de desprendimiento seroso de la retina neurosensorial central en caso de coriorretinopatía serosa central crónica tras tratamiento con Finasteride

## *Resolution of serous detachment of the central neurosensory retina in chronic central serous chorioretinopathy after treatment with Finasteride*

ARTEAGA HENRÍQUEZ C<sup>1</sup>, TAPIA QUIJADA H<sup>1</sup>, GÓMEZ PERERA S<sup>1</sup>, RODRÍGUEZ MARRERO S<sup>1</sup>, HEREDIA FRÍAS A<sup>1</sup>, REYES GALLARDO L<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 58 años con antecedente personal de coriorretinopatía serosa central (CSC) en ojo derecho (OD) tratado con terapia fotodinámica y con estabilidad clínica posterior, que acude varios años más tarde con cuadro de recidiva de CSC en OD de 6 meses de evolución. El paciente inició tratamiento con Finasterida oral para la alopecia androgénica. Tras 3 meses se evidenció una remisión completa del desprendimiento seroso de la retina neurosensorial (DNS) y una mejoría de la mejor agudeza visual corregida.

**Discusión:** Se plantea el Finasterida como responsable más probable de la remisión del DNS del paciente.

**Palabras clave:** Coriorretinopatía serosa central, CSC, Finasterida, Desprendimiento seroso de la retina neurosensorial, DNS.

### ABSTRACT

**Case report:** We present the case of a 58-year-old man with a personal history of central serous chorioretinopathy (CSC) in his right eye (RE) treated with photodynamic therapy and with subsequent clinical stability, who developed several years later a CSC recurrence of 6 months of evolution in his RE. The patient started treatment with oral finasteride for androgenetic alopecia. After 3 months, a complete remission of the serous detachment of the neurosensory retina and an improvement of his best corrected visual acuity were evidenced.

<sup>1</sup> Licenciado en medicina. Hospital Universitario de Canarias.

Correspondencia:  
Carla Arteaga Henríquez  
Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias  
Carretera Ofra, s/n. 38320 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife  
carlarteagahenriquez@gmail.com

**Discussion:** In this case, Finasteride is considered the most probable cause of the remission of the patient's serous detachment of the neurosensory retina.

**Key words:** Central serous chororetinopathy, CSC, Finasteride, serous detachment of the neurosensory retina, SD.

## INTRODUCCIÓN

La CSC es la cuarta retinopatía no quirúrgica más frecuente (1). Se da más frecuentemente en personas jóvenes y en edad laboral, su etiología aún se desconoce y, en este momento, no existen alternativas terapéuticas definitivas para el manejo de sus formas crónicas, recurrentes y complejas. Por tanto, cada vez más se reconoce la CSC como un importante problema de salud pública (2).

Presentamos el caso de un varón de 58 años con un cuadro de CSC crónica y recurrente con buena evolución tras iniciar tratamiento con Finasterida oral para su alopecia androgénica.

## CASO CLÍNICO

Un paciente varón de 58 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo y litiasis renal, y en tratamiento con Metformina/Empagliflozina, Enalapril, Rosuvastatina/Ezetimiba, Levotiroxina y Citrato de potasio acudió al Servicio de Oftalmología refiriendo que ha notado desde hace tres días disminución de visión en su ojo derecho. El

paciente había sido tratado con terapia fotodinámica aproximadamente hace 5 años por un cuadro de coriorretinopatía serosa central (CSC) en ojo derecho (OD) con buena evolución, remisión completa y estabilidad clínica a lo largo de los años. En la exploración oftalmológica, el paciente presentó una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,6 en OD y 0,9 en ojo izquierdo (OI). En la fundoscopia del OD se observó engrosamiento macular por desprendimiento neurosensorial y desprendimientos del epitelio pigmentario (DEPs) aislados a nivel de arcada temporal inferior. En el OI se observaron DEPs aislados inferiores a fovea (figs. 1a y 1b).

La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró en el OD un desprendimiento seroso de la retina neurosensorial (DNS) a nivel central con un DEP plano irregular central y presencia de paquivasos. El OCT del OI mostró DEPs extrafoveales inferiores con DNS incipiente y presencia de paquivasos (figs. 2a y 2b).

En el seguimiento a los 3 meses persistieron los hallazgos iniciales y se observó un empeoramiento de la MAVC en el OD a 0,4. Se realizó angiografía fluoresceínica (AFG) en la cual se evidenciaron alteraciones del epitelio pigmentario (EPR), así como áreas

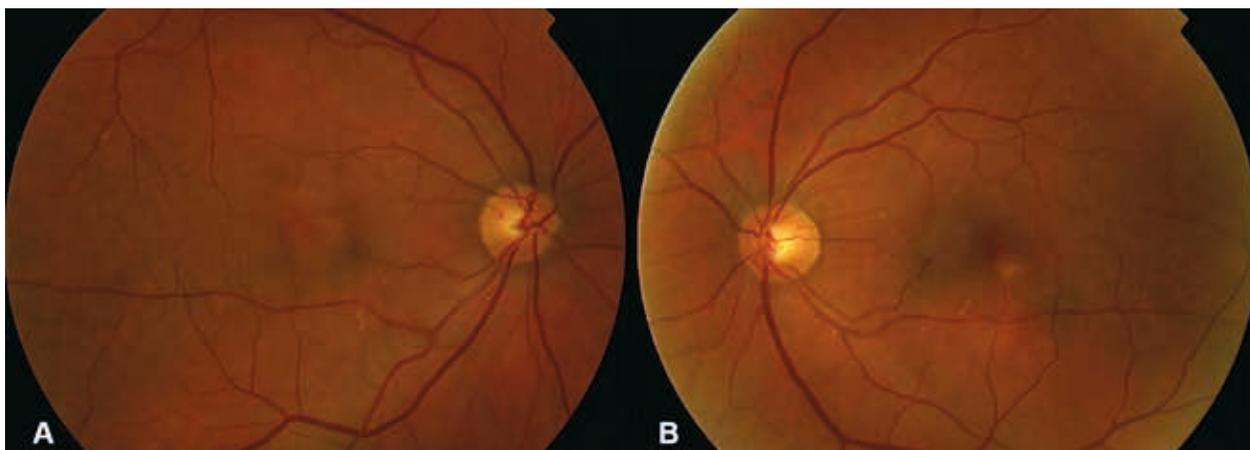


Fig. 1: Retinografía que muestra un fondo no teselado en ambos ojos. En ojo derecho (A) se observa engrosamiento macular por DNS y DEPs a nivel de arcada temporal inferior. En ojo izquierdo (b) se visualizan DEPs aislados.

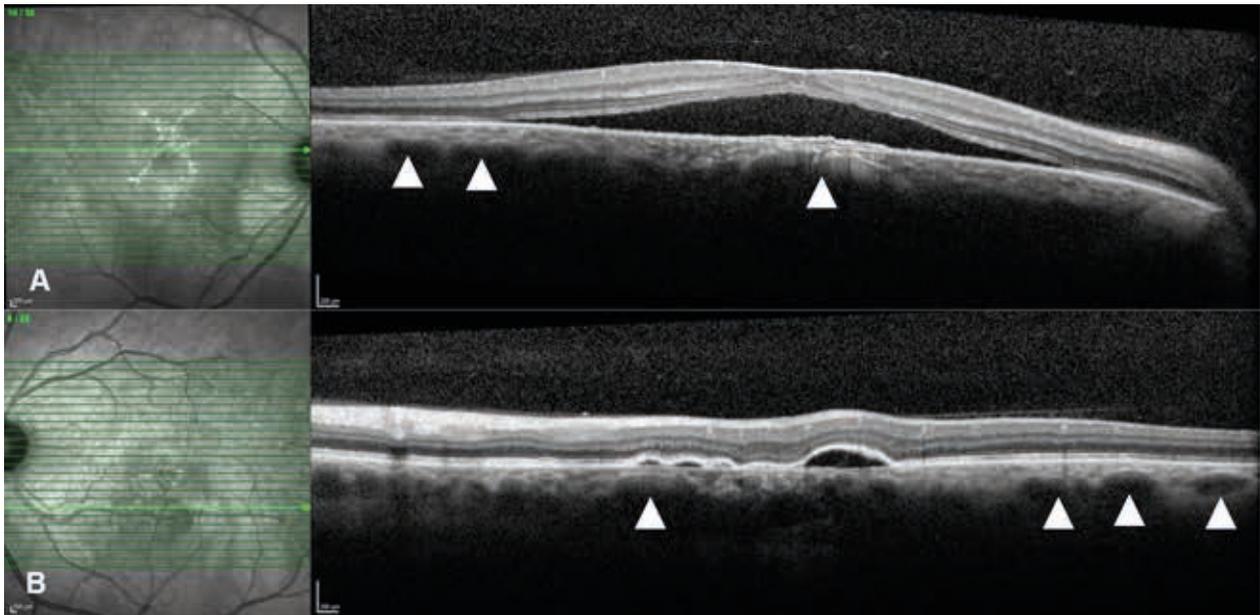


Fig. 2: OCT macular (Spectralis, Heidelberg) de ojo derecho (a) y ojo izquierdo (b) que muestra DNS a nivel central con DEP plano e irregular central y paquivasos (flechas) en el primer caso y DEPs extrafoveales con DNS incipiente y paquivasos (flechas) en el segundo caso.

hiperreflectivas extrafoveales correspondientes a DEPs extrafoveales, pero no claros puntos de fuga. En la zona central que afecta zona foveal se visualiza un patrón estriado hipofluorescente que se corresponde con zonas de engrosamiento de EPR, el cual se visualiza también en forma de hiperautofluorescencia estriada en autofluorescencia. Por debajo de la arcada inferior se aprecia un área hiperfluorescente tenue que representa el legado en forma de reguero que ha dejado la presencia de DNS y se corresponde con un área de hiperautofluorescencia en la misma zona (fig. 3).

Se descartó la presencia de membrana neovascular (MNV) en OD con ayuda de la angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A). En este punto se estableció el diagnóstico de CSC crónica en ambos ojos en el contexto de enfermedad paquicoroidea. Se planteó inicialmente realizar de nuevo tratamiento con TFD en OD, pero se descartó esta opción dado que no se disponía en ese momento de verteporfín por problemas de suministro del fármaco desde junio de 2020. Por otro lado, el tratamiento con Eplerenona 50 mg al día oral estaba contraindicado por

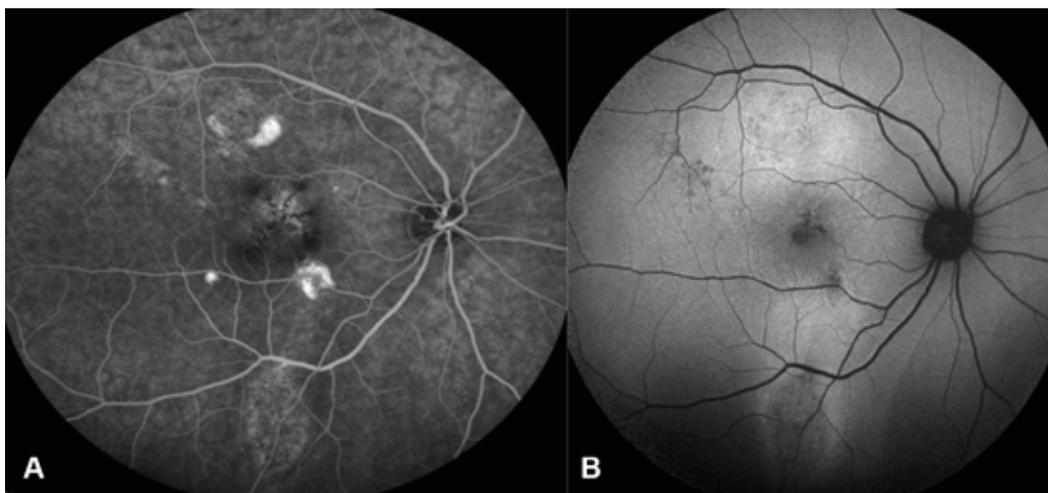


Fig. 3: AGF (a) y AF (b) de ojo derecho. (A) Alteraciones del EPR y áreas hiperreflectivas extrafoveales correspondientes a DEPs extrafoveales. No se observan claros puntos de fuga. (B) Imagen correspondiente de AF.

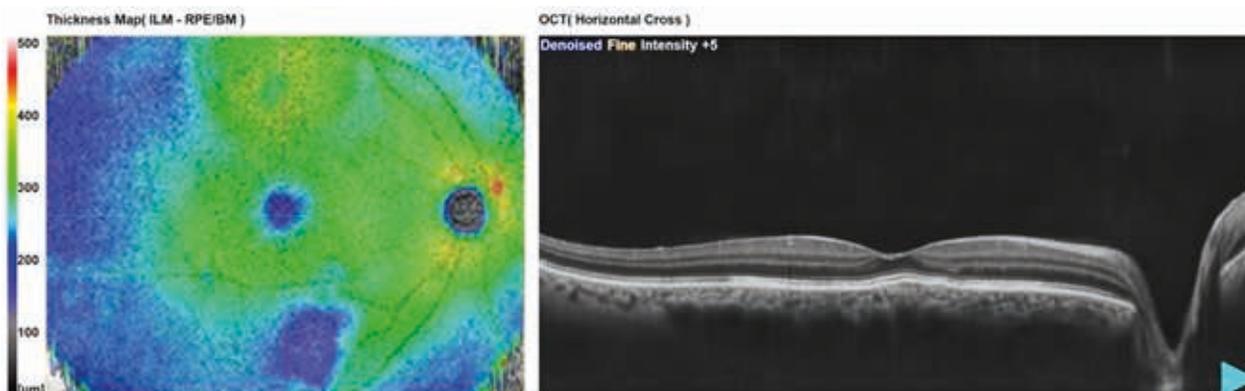


Fig. 4: OCT macular de OD 6 meses después del inicio del cuadro y 3 meses después de inicio de tratamiento oral con Finasterida. Resolución completa del DNS.

toma crónica de citrato de potasio y el consecuente riesgo de hiperpotasemia. La ausencia de claros puntos de fuga en la AFG descartaba también la opción terapéutica del láser focal. Se mantuvo, por tanto, actitud expectante. En este contexto, el paciente inició tratamiento con Finasterida oral para la alopecia androgénica y acudió a la consulta de revisión 6 meses después del inicio del cuadro con una recuperación completa de la MAVC a 1,0 en AO y remisión del fluido subretiniano (FSR) central en OD (fig. 4).

Un año desde el inicio del cuadro, el paciente seguía en tratamiento con Finasterida oral y mantenía estabilidad clínica respecto a sus hallazgos oftalmológicos.

## DISCUSIÓN

La CSC se define como una maculopatía de etiología aún desconocida, caracterizada por la presencia de desprendimientos agudos o crónicos de la retina neurosensorial (2). Se trata de la cuarta retinopatía asociada a fugas de fluido no quirúrgica más frecuente tras la degeneración macular relacionada con la edad, retinopatía diabética y oclusión venosa retiniana (1). Afecta más frecuentemente a varones (ratio 2:1 a 6:1) en edades comprendidas entre los 20 y 50 años (3). Aunque más raro, la CSC también se puede dar en pacientes mayores de 50 años, como es el caso de nuestro paciente, y, en esos casos, los pacientes serán más propensos a desarrollar epitelio patía difusa retiniana, afectación bilateral, crónica y neovascularización coroidea secundaria (4). Aunque los mecanismos

exactos aún se desconocen, se piensa que la CSC se debe a cambios en la coroides, esclera y en el epitelio pigmentario (3). Se sugiere también una posible sobrecarga de la circulación venosa coroidea debido a la reducción del flujo de salida de las venas vorticosas por una esclerótica engrosada (3). Los pacientes, generalmente, se presentan con síntomas de tipo visión borrosa, escotoma central y metamorfopsia, entre otros (3). A efectos didácticos, la CSC se puede dividir en aguda y crónica, aunque cabe destacar que en la actualidad no existe un sistema de clasificación oficial aceptado de manera universal (1). En la mayoría de los casos, la CSC cursa de forma aguda y el FSR se resuelve a lo largo de 2-3 meses independientemente de si se emplean medidas terapéuticas o no (5). El pronóstico visual tras la resolución del cuadro suele ser bueno (6). Hablamos de CSC crónica, como en el caso de nuestro paciente, cuando el cuadro no se autorresuelve o no responde a ninguna medida terapéutica y el FSR persiste más allá de 3-6 meses (5). Se da en el 5-15% de los casos de CSC (3). La CSC en su forma crónica se relaciona con un peor pronóstico visual por desarrollo de complicaciones como neovascularización coroidea y daño estructural de la retina neurosensorial (3). En algunos casos, a pesar de la resolución inicial del cuadro, aproximadamente el 30-50% de los casos puede presentar recurrencias del FSR a largo plazo (3). El diagnóstico y manejo de la CSC se facilita mediante el uso de técnicas de imagen multimodal que incluyan tomografía de coherencia óptica (OCT), autofluorescencia (FAF), angiografía fluoresceínica (AF), angiografía con verde

de inocianina (ICGA) y angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) (3). En la mayoría de los casos de CSC aguda, el cuadro se resuelve de manera espontánea con buenos resultados visuales. Por eso, se suele aceptar un periodo de observación inicial de 3-4 meses (3). En los casos de CSC crónica o recurrente habría que considerar iniciar tratamiento para minimizar el riesgo de disminución de visión permanente (7). Las opciones terapéuticas existentes son el láser (TFD, fotocoagulación con láser termal o micropulso), agentes anti-VEGF intravítreos, medicación sistémica y cirugía en casos extremos (2). Entre ellos, el láser es actualmente la opción terapéutica que más evidencia científica acumula, aunque, según la revisión sistemática de *Cochrane*, la cual no incluyó opciones de medicación sistémica en su análisis, ninguna de las demás alternativas terapéuticas evidenció una gran eficacia (8).

En este sentido, el láser micropulso subumbral ha despertado recientemente un creciente interés en la comunidad científica. Se ha sugerido que la aplicación del láser micropulso subumbral pudiera inducir la producción de factores biológicos intracelulares que estimulen la reparación tisular sin ocasionar daños retinianos. Esto permitiría emplear esta alternativa terapéutica en zonas más próximas a fovea. Los ensayos clínicos realizados hasta el momento muestran resultados prometedores, y sus autores proponen su uso en CSC crónica cuando la TFD no estuviera disponible (3). Esto resulta especialmente interesante en el presente contexto de desabastecimiento global de verteporfín.

Con respecto a la medicación sistémica, se ha sugerido el uso de numerosos fármacos orales para el tratamiento de la CSC, entre los que destacan: Eplerenona, Espironolactona, Betabloqueantes, tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*, Rifampicina, Metotrexato, Aspirina, Acetazolamida, Dorzolamida, Mifepristona, Melatonina, Ketoconazol, antioxidantes y, por último, Finasterida (2). La Finasterida es una 5- $\alpha$ -reductasa que actúa como inhibidor de la dihidrotestosterona y, como tal, como un antagonista androgénico (2). Se emplea para el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata y, como en nuestro caso, para la alopecia androgénica. Así como los glucocorticoides, se ha propuesto que los

andrógenos pudieran estar implicados en la patogénesis de la CSC (2). En un ensayo piloto prospectivo del grupo de Forooghian se trataron 5 ojos de 5 pacientes con CSC crónica con Finasterida 5mg cada 24 horas durante 3 meses (9). Al cabo de ese tiempo, los pacientes presentaron una reducción del grosor macular central (GMC) sin cambios en la MAVC. Sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos (9). Por otro lado, Moisseiev et al presentó una serie de casos de 29 ojos con diagnóstico de CSC crónica tratados con Finasterida 5 mg cada 24 horas durante 3-6 meses (10). Se observó una mejoría significativa en la MAVC y el GMC. El FSR se resolvió completamente al mes en el 33,3% de los casos, a los 3 meses en el 52,7% de los casos y en la última visita en el 75,9% de los casos. No obstante, se observó una tasa de hasta un 20,4% de recurrencia tras la suspensión del fármaco (10). Por tanto, podríamos concluir que, hasta el momento y según la evidencia científica disponible, la Finasterida podría plantearse como alternativa terapéutica en casos de CSC crónica y resistente a tratamiento, aunque los resultados derivados de la evidencia disponible son mixtos.

En el caso que presentamos, el paciente, mayor de 50 años con un cuadro de CSC crónica y recurrente, y cuyas opciones terapéuticas se vieron limitadas por diferentes motivos (contraindicación para la Eplerenona oral, no disponibilidad de verteporfín ni de láser micropulso subumbral y no zonas de fuga visibles en AGF para fotocoagulación con láser termal), fue tratado paralelamente con Finasterida 1mg cada 24 horas por un motivo externo, observándose una resolución completa del cuadro a los 3 meses. En este caso y dadas las características de cuadro, la resolución del cuadro de manera espontánea era altamente improbable, por lo que consideramos el efecto de la medicación sistémica con Finasterida como la causa más probable que contribuyó a la resolución completa del episodio. Tratándose de un fármaco relativamente económico y bien tolerado, y según la bibliografía disponible, planteamos esta opción como alternativa terapéutica a considerar, sobre todo en casos de CSC crónica refractaria a tratamiento o cuyo tratamiento con las opciones más habituales esté contraindicado, como se dio la situación en nuestro caso.

## CONCLUSIÓN

En el presente caso se consideró el tratamiento con Finasterida oral como el principal responsable de la remisión del DNS que presentaba nuestro paciente, dado que la mejoría espontánea del mismo en el contexto de una CSC crónica es muy rara.

## BIBLIOGRAFÍA

1. van Rijssen TJ, van Dijk EHC, Yzer S, Ohno-Matsui K, Keunen JEE, et al. Central serous chorioretinopathy: Towards an evidence-based treatment guideline. *Prog Retin Eye Res.* 2019 Nov; 73: 100770.
2. Fusi-Rubiano W, Saedon H, Patel V, Yang YC. Oral medications for central serous chorioretinopathy: a literature review. *Eye (Lond).* 2020 May; 34(5): 809-824.
3. Fung AT, Yang Y, Kam AW. Central serous chorioretinopathy: A review. *Clin Exp Ophthalmol.* 2023 Jan 3.
4. Spaide RF, Campeas L, Haas A, Yannuzzi LA, Fisher YL, et al. Central serous chorioretinopathy in younger and older adults. *Ophthalmology.* 1996 Dec; 103(12): 2070-9; discussion 2079-80.
5. Wong KH, Lau KP, Chhablani J, Tao Y, Li Q, et al. Central serous chorioretinopathy: what we have learnt so far. *Acta Ophthalmol.* 2016 Jun; 94(4): 321-5.
6. Daruich A, Matet A, Marchionno L, De Azevedo JD, Ambresin A, et al. Acute Central Serous Chorioretinopathy: Factors Influencing Episode Duration. *Retina.* 2017 Oct; 37(10): 1905-1915.
7. van Rijssen TJ, van Dijk EHC, Scholz P, Breukink MB, Blanco-Garavito R, et al. Focal and Diffuse Chronic Central Serous Chorioretinopathy Treated With Half-Dose Photodynamic Therapy or Subthreshold Micropulse Laser: PLACE Trial Report No. 3. *Am J Ophthalmol.* 2019 Sep; 205: 1-10.
8. Salehi M, Wenick AS, Law HA, Evans JR, Gehlbach P. Interventions for central serous chorioretinopathy: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Dec 22; 2015(12): CD011841.
9. Forooghian F, Meleth AD, Cukras C, Chew EY, Wong WT, et al. Finasteride for chronic central serous chorioretinopathy. *Retina.* 2011 Apr; 31(4): 766-71.
10. Moisseiev E, Holmes AJ, Moshiri A, Morse LS. Finasteride is effective for the treatment of central serous chorioretinopathy. *Eye (Lond).* 2016 Jun; 30(6): 850-6.