

Fibrilación auricular no conocida y embolia arterial bilateral

I. Mayo¹
R. Martínez Costa¹
F. Puchades²

¹Servicio de Oftalmología Sociedad Oftalmológica de la Comunidad Valenciana (SOCV)
²Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario La Fe Valencia

Resumen

El embolismo cardíaco es responsable aproximadamente del 20% de las oclusiones arteriales retinianas y se asocia con un aumento del riesgo de enfermedad cerebrovascular¹.

La oclusión arterial retiniana es una emergencia, dado que produce una pérdida visual irreversible si no se restablece la circulación antes del desarrollo de un infarto¹.

Puesto que en cuantiosas ocasiones anuncian una patología sistémica subyacente es importante reconocer su presencia. La mortalidad alcanza el 40% a los 5 años².

Las posibilidades terapéuticas son limitadas y los resultados controvertidos.

Resum

L'embolisme cardíac és responsable aproximadament del 20% de les oclusions arterials retinianes i s'associa amb un augment del risc de malaltia cerebrovascular.

L'oclusió arterial retiniana és una emergència, donat que produeix una pèrdua visual irreversible si no es restableix la circulació abans del desenvolupament d'un infart.

Ja que en nombroses ocasions anuncien una patologia sistèmica subjacent és important reconèixer la seva presència. La mortalitat arriba al 40% als 5 anys.

Les possibilitats terapèutiques són limitades i els resultats controvertits.

Summary

The heart is responsible of the 20% of the retina arterial occlusion and is associated with an increased risk of the cerebrovascular disease.

The retinal arterial occlusion is an emergency situation, because of the irreversible lose of acute vision if the retinal circulation is not restablished before the development of a retinal stroke.

Because of in many situations they announce a severe systemic disease, is important to recognize them. The mortality is 40% in 5 years.

The therapeutically possibilities are limited, and the results are controversy.

Caso clínico

Mujer de 77 años que acudió a nuestro servicio refiriendo una pérdida de agudeza visual brusca en ambos ojos, de 48 horas de evolución. Como único antecedente presentaba hipertensión arterial. En la exploración, se observó una agudeza visual corregida en el ojo derecho de 0,5 y en el ojo izquierdo de 0,7. Los reflejos pupilares estaban conservados.

La exploración del fondo de ojo derecho mostraba un área isquémica en la arcada temporal superior con una papila de bordes levemente edematosos.

La funduscopia del ojo izquierdo reveló una zona isquémica de localización papilomacular junto a borramiento papilar difuso y hemorragia en astilla peripapilar. Su exploración neurológica no evidenció focalidad alguna.

Se solicitaron una analítica completa, TAC cerebral, radiografía de tórax y doppler de troncos supraaórticos que fueron normales. El electrocardiograma constató una fibrilación auricular a 95 latidos por minuto.

La AGF evidenció hipofluorescencia de los sectores afectados debido a ausencia de llenado arterial y bloqueo de la fluoresceína de base por edema (Figura 1 y 2).

Correspondencia:
Isabel Mayo Pampín
Servicio de Oftalmología
Sociedad Oftalmológica
de la Comunidad
Valenciana
E-mail:
imaypam@yahoo.es

Tras interconsulta a neurología y medicina interna, se decidió anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. La paciente no experimentó ninguna mejoría funcional en su curso evolutivo en las semanas posteriores.

Discusión

La arteria oftálmica es la primera rama de la arteria carótida interna, por lo que el material embólico del corazón y de las arterias carótidas tiene un camino relativamente directo hacia el ojo. Las oclusiones arteriales son una causa importante, aunque infrecuente, de pérdida visual. Dado que en numerosas ocasiones anuncian una patología sistémica es importante reconocer su presencia. De hecho, la mortalidad en este tipo de pacientes alcanza el 40% a los 5 años².

Los pacientes con oclusiones de ramas retinianas suelen referir una pérdida visual unilateral o un escotoma arciforme, dependiendo de la rama ocluida. La valoración comprende la búsqueda de la causa de la oclusión. El origen de estas oclusiones es frecuentemente embólico (cardíaco, carotídeo, líquido amniótico, talco, retinopatía de Purtscher) si bien las arteritis y otros agentes pueden causar una obstrucción de rama localizada³. En sujetos mayores de 60 años suele hallarse un origen embólico cardíaco o carotídeo mientras que los menores de 60 años requieren un estudio extenso si no se encuentran causas arterioscleróticas para la obstrucción².

Ante este tipo de obstrucciones arteriales es obligado realizar un estudio de extensión encaminado a diagnosticar patología sistémica. En el caso de esta paciente se halló una fibrilación auricular no tratada como fuente probable de émbolos, una situación que comporta un riesgo vital para la paciente.

En la actualidad no existe consenso sobre el manejo de la obstrucción arterial retiniana. El tiempo de evolución, la etiología, el grado de obstrucción o recanalización temprana entre otros, inciden de manera importante en el pronóstico del paciente².

El tratamiento puede dividirse en clásico (masaje ocular, embolisis con láser yag, paracentesis de cámara anterior, farmacológico) e invasivo (infusión de agentes trombolíticos)².

Los resultados de las técnicas invasivas son controvertidos, y no han demostrado ser superiores las clásicas. Algunas de las técnicas no están exentas de riesgos: Hemorragias vítreas, agujeros retinianos, neo-



Figura 1.
Angiografía ojo derecho

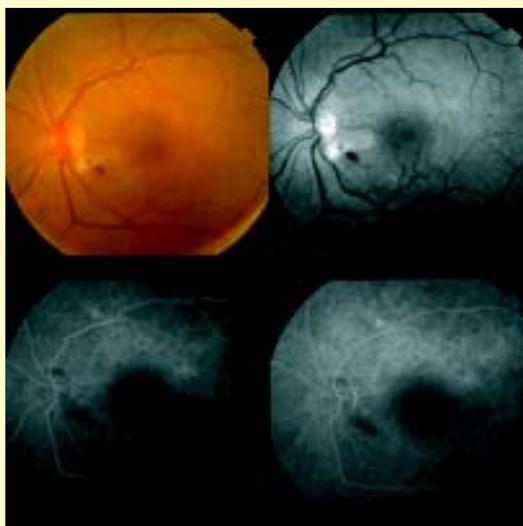


Figura 2.
Angiografía ojo izquierdo

vascularización coroidea y membranas epirretinianas han sido descritos tras la embolisis con láser yag. La cateterización de la arteria oftálmica proximal a través de la arteria femoral con la infusión de agentes trombolíticos ha producido casos de hemiplejia reversible⁴.

Por ello, cualquier tratamiento que redunde en un aumento de recuperación visual comparado con la recuperación espontánea y tenga un bajo riesgo de mortalidad y morbilidad, debe ser considerada como tratamiento de elección².

Bibliografía

1. Kanski Jack J. *Clinical Ophthalmology*. Madrid: Ed Elsevier 2004;472-6
2. Rumelt S, Brown GC. Update on treatment of retinal arterial occlusions. *Curr Opin Ophthalmol* 2003; 14:139-41.
3. Pulido JS. *Los requisitos en oftalmología: retina, coroides y vítreo*. Madrid: Ed. Mosby 2003;61-7.
4. Opremcak ME, Brenner JE. Transluminal Nd: YAG laser embolysis for Branco retinal artery occlusion. *Retina* 2002;22:213-6.