

Telangiectasias yuxtafoveales bilaterales idiopáticas

A. Álvarez López
AM. Piñero
S. Abengoechea

Institut Universitari
Barraquer

Resumen

Las telangiectasias yuxtafoveales idiopáticas son un conjunto de alteraciones ectásicas que afectan los capilares del área parafoveal descritas en 1982 por Gass y Oyakawa¹. Se clasifican en 3 grupos en función de los hallazgos biomicroscópicos y angiográficos, siendo el más frecuente el grupo 2 o telangiectasias yuxtafoveales bilaterales adquiridas. Aunque se desconoce la causa de esta patología, se ha sugerido una asociación entre las telangiectasias del grupo 2 y una alteración del metabolismo de la glucosa.

Resum

Les telangiectasies juxtafoveals idiopàtiques són un conjunt d'alteracions ectàtiques que afecten als capil·lars de l'àrea parafoveal descrites el 1982 per Gass i Oyakawa¹. Es classifiquen en tres grups en funció de les troballes biomicroscòpiques i angiogràfiques, essent la més freqüent el segon grup o telangiectasies juxtafoveals bilaterals adquirides. Tot i que es desconeix la causa d'aquesta patologia, s'ha suggerit una associació entre les telangiectasies del segon grup i una alteració en el metabolisme de la glucosa.

Summary

Idiopathic juxtafoveolar telangiectasis are a group of ectatic vascular disorders affecting parafoveal region proposed by Gass and Oyakawa in 1982. Classified into 3 types by biomicroscopical and angiographic findings, where type 2A or Idiopathic bilateral juxtafoveolar telangiectasis is the most frequent. Although the cause of this condition is unknown, relationship with glucose metabolism has been suggested.

Caso clínico

Mujer de 52 años de edad sin antecedentes médicos ni oftalmológicos de interés que acude por pérdida de visión progresiva central de 2 años de evolución con cierta estabilidad en el último año. Presenta una agudeza visual con corrección de 0.2 en OD y 0.3 en OI, ambos con metamorfopsia y gran dificultad en la visión próxima.

La biomicroscopía del segmento anterior es normal, con una PIO de 18mmHg y facoesclerosis incipiente. La exploración del segmento posterior bajo midriasis muestra un edema macular bilateral y pérdida del contorno foveal, con hemorragias intrarretinianas y profundas más numerosas en OD y una lesión circular centrada en fovea compatible con un desprendimiento de retina yuxtafoveal (Figura 1), sin hallazgos patológicos en periferia.

La angiografía revela un engrosamiento del complejo capilar perifoveal, con un patrón de hiperfluorescencia inicial de claro predominio temporal que aumenta con el tiempo angiográficos con fuga de contraste probablemente debida a la incompetencia vascular (Figura 2).

La tomografía de coherencia óptica confirma un engrosamiento macular más evidente en OD así como un desprendimiento de retina yuxtafoveal de origen exudativo (Figura 3). La campimetría automatizada Octopus TOP 101 de los 10º centrales presenta un moderado defecto central bilateral asimétrico de valores umbral (Figura 4).

La paciente es diagnosticada de telangiectasias yuxtafoveales bilaterales idiopáticas adquiridas o tipo 2A y se recomienda vigilancia oftalmológica semestral debido a la estabilidad visual manifiesta y las pocas expectativas de recuperación visual permanente.

Correspondencia:
Alejandro Álvarez López
Muntaner 314
08021 Barcelona
E-mail: a.alvarez@co-ba-
rraquer.es

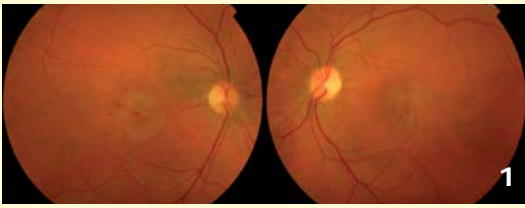


Figura 1.
Edema macular bilateral
con microhemorragias
y alteraciones del EPR

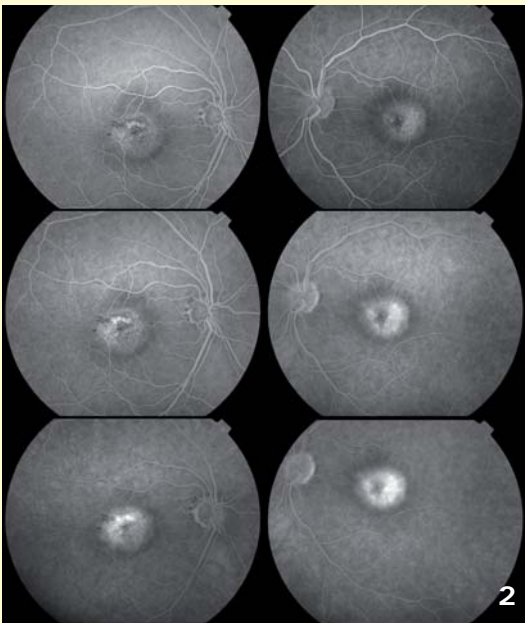


Figura 2.
Hiperfluorescencia
progresiva desde tiempos
iniciales a expensas de
capilares perifoveales
incompetentes

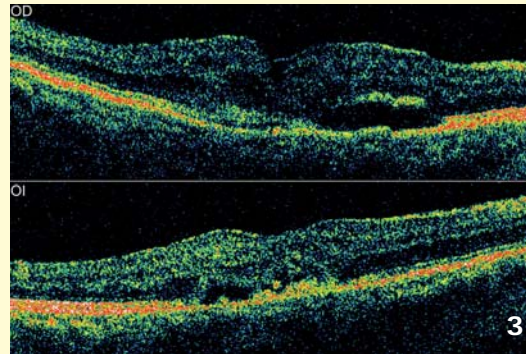


Figura 3.
Engrosamiento macular con
desprendimiento neurosensorial
yuxtafoveal y cambios
hiperplásicos del EPR

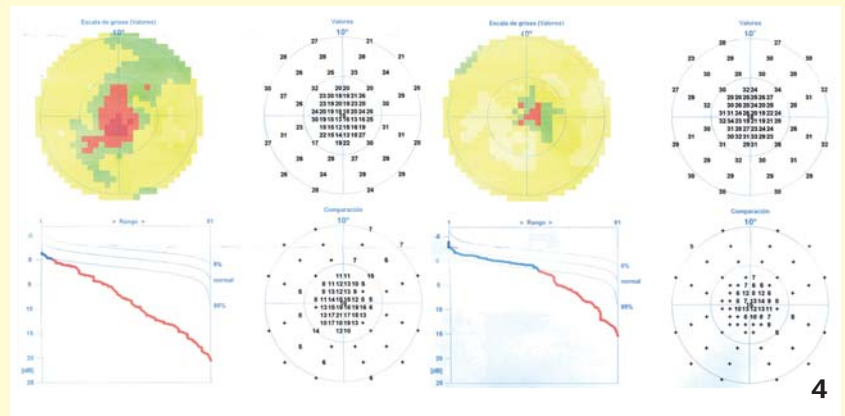


Figura 4. Campimetría automatizada que muestra un defecto moderado central bilateral asimétrico

Se realizan test de tolerancia a glucosa y glucemia basal resultando normales. En los controles sucesivos no se aprecia variaciones biomicroscópicas ni de la función visual.

Discusión

Las telangiectasias yuxtafoveales idiopáticas tipo 2A o adquiridas bilaterales son las más frecuentes de todos los subtipos según la clasificación de Gass y Oyakawa en 1982 y modificada por Gass y Blodi de 1993². Típicamente se presenta como una pérdida bilateral de visión central y cierta asimetría de comienzo en la quinta o sexta décadas que afecta hombres y mujeres por igual.

La etiología de este tipo de telangiectasia primaria es desconocida y se ha asociado a una alteración del

metabolismo de la glucosa presente en el 35% de los casos³. Mediante microscopía electrónica se han hallado cambios en la estructura del endotelio capilar, similares a los encontrados en la diabetes mellitus¹, que condicionan una alteración nutricional crónica principalmente en capas medias de la retina:

- Degeneración de los pericitos.
- Acumulación lipídica en pared capilar.
- Membrana basal multilaminada.

Existen otras patologías causantes de telangiectasias secundarias tales como retinopatía diabética, oclusión venosa, macroaneurisma arterial, hamartoma retiniano, retinopatía por radiación inflamación ocular, oclusión arterial carotídea y distrofias tapetoretinianas.

Las posibilidades terapéuticas son limitadas ya que la proximidad a la fovea limita la realización de fotocoagulación directa, empleándose exclusivamente

en casos de rápido deterioro de la función visual. El tratamiento del edema macular mediante láser en rejilla no parece estabilizar la retina a largo plazo y está asociado a formación de tejido cicatricial, cambios del EPR, hemorragias retinianas y aumento de la distorsión vascular⁴. Los mismos resultados han sido publicados en referencia a la terapia fotodinámica en ausencia de neovascularización subretiniana o su empleo combinado con acetato de triamcinolona^{5,6}.

Existe un creciente número de series cortas de casos referentes al uso intravítreo de acetato de triamcinolona y bevacizumab con periodos muy cortos de seguimiento en las que, si bien existe una rápida resolución inicial del edema macular, éste tiene tendencia a recurrir⁷⁻¹⁰.

El pronóstico visual de estos pacientes depende del subtipo de telangiectasias existentes así como de su estadio, no existiendo en la actualidad ningún tratamiento que consiga una mejoría estable a largo plazo de la función visual. Únicamente estaría indicado el tratamiento en casos de neovascularización subretiniana asociada.

Bibliografía

1. Gass JD, Oyakawa RT. Idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasis. *Arch Ophthalmol* 1982;100(5):769-80.
2. Gass JD, Blodi BA. Idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasis. Update of classification and follow-up study. *Ophthalmology* 1993;100(10):1536-46.
3. Millary RH, Klein ML, Handelman IL, Watzke RC. Abnormal glucose metabolism and parafoveal telangiectasia. *Am J Ophthalmol* 1986;102:363-70.
4. Park DW, Schatz H, McDonald HR, Johnson RN. Grid laser photocoagulation for macular edema in bilateral juxtafoveal telangiectasis. *Ophthalmology* 1997;104(11):1838-46.
5. Ghislaine Ducos, Salomón Y. Cohen, Alain Gaudric. Lack of apparent short-term benefit of photodynamic therapy in bilateral, acquired, parafoveal telangiectasis without subretinal neovascularization. *Am J Ophthalmol* 2004;138(5):892-4.
6. Smithen LM, Spaide RF. Photodynamic therapy and intravitreal triamcinolone for subretinal neovascularization in bilateral idiopathic juxtafoveal telangiectasis. *Am J Ophthalmol* 2004;138:884-5.
7. Martinez JA. Intravitreal triamcinolone acetonide for bilateral acquired parafoveal telangiectasis. *Arch Ophthalmol* 2003;121(11):1658-9.
8. Claron D, Alldredge, Bruce R, Garretson. Intravitreal triamcinolone for the treatment of idiopathic juxtafoveal telangiectasis. *Retina* 2003;23:113-5.
9. Li KK, Goh TY, Parsons H, Chan WM, Lam DS. Use of intravitreal Triamcinolone acetonide injection in unilateral idiopathic juxtafoveal telangiectasis. *Clin Experiment Ophthalmol* 2005;33(5):542-4.
10. Moon SJ, Berger AS, Tolentino MJ, et al. Intravitreal bevacizumab for macular edema from idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasis. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2007;38(2):164-6.