

# Síndrome de efusión uveal

R. Escoto  
J. Lamarca

Servicio  
de Vítreo-Retina  
Centro  
de Oftalmología  
Barraquer  
Barcelona

## Resumen

El síndrome de efusión uveal está ocasionado por anomalías esclerales que derivan en una reducción del retorno venoso ocular. El resultado es el desprendimiento ciliocoroideo y la descompensación del epitelio pigmentado, acompañado por un desprendimiento de la retina no regmatógeno. La esclerotomía y la esclerectomía parcial constituyen el tratamiento de elección para las formas clínicas más graves y crónicas.

## Resum

La síndrome d'efusió uveal està causada per anomalies esclerals que deriven en una reducció del retorn venós ocular. El resultat és el desprendiment de la ciliocoroïdes i la descompensació de l'epiteli pigmentari, acompanyat per un desprendiment de retina no regmatògen. L'esclerotomia i l'esclerectomia parcial constitueixen el tractament d'elecció per les formes clíniques més greus i cròniques.

## Summary

Uveal effusion syndrome is caused by scleral anomalies due to a decrease in the venous outflow. The result is a cilio-choroidal detachment and a EPR descompensation, associated with a non rhegmatogenous retinal detachment. Sclerotomy and partial sclerectomy are the treatment of choice for chronic and severe cases.

El desprendimiento exudativo de la coroides y del cuerpo ciliar puede estar ocasionado por una amplia variedad de alteraciones oculares como son la hipotonía postoperatoria, los explantes esclerales, escleritis, etc. También puede ocurrir de forma espontánea y sin causa aparente en individuos sanos, particularmente hombres de mediana edad y la afectación puede ser unilateral o bilateral. Estos pacientes son los diagnosticados de síndrome de efusión uveal idiopático<sup>1,2</sup> y pueden estar asociados a otros signos clínicos como son la dilatación de vasos episclerales, hemorragia en el canal de Schlemm, presión intraocular normal, células escasas en el vítreo, desprendimiento de retina no regmatógeno, entre otros. El curso clínico suele ser prolongado con remisiones y exacerbaciones y con poca respuesta

al tratamiento médico o al drenaje quirúrgico, ya sea asociado o no al explante escleral circunferencial.

La causa primaria de esta patología radica en una anomalía escleral, probablemente congénita, la cual predispone a una obstrucción de las venas vorticosas, además de actuar como una barrera anormal para el transporte transescleral de las proteínas intraoculares<sup>3</sup>. Como consecuencia se produce una disminución en el retorno venoso lo que conduce al desprendimiento ciliocoroideo. Basado en esta hipótesis fisiopatológica, es lógico pensar que el tratamiento esté dirigido a mejorar la libre circulación desde el globo ocular. Con esta finalidad, la resección escleral se ha propuesto como una forma alternativa con un alto grado de eficacia<sup>3</sup>.

Correspondencia:  
Remberto Escoto  
Servicio de Vítreo-Retina  
Institut Universitari  
Barraquer  
Laforja, 88  
08021 Barcelona  
E-mail:  
escotor@co-barraquer.es

## Caso clínico

Un varón de 56 años acude a la consulta con el diagnóstico de desprendimiento de retina en su ojo izquierdo. Refiere que desde hace un año nota períodos de disminución y mejora espontánea de su visión, mayor en su ojo izquierdo. La agudeza visual con corrección de su ojo derecho es de 0,45 (+1,75) y la de su ojo izquierdo es de 0,4 (+3,50).

Su ojo derecho es normal. En su ojo izquierdo destaca sobre todo la vasodilatación episcleral (Figura 1 a y b) y el estrechamiento de la cámara anterior (Figuras 2 a y b). La presión intraocular es de 12 mm de Hg. En el segmento posterior se observa un desprendimiento ciliocoroideo de 360°, asociado a un desprendimiento inferior de la retina de tipo gravitacional (Figuras 3 a y b).

Las pruebas complementarias realizadas en su ojo izquierdo, confirman una longitud axial de 20,51 y la ecografía ocular evidencia la extensión del desprendimiento de la coroides y de la retina (Figuras 4 a y b). La angiografía fluoresceínica muestra signos de descompensación del epitelio pigmentado de la retina, dando el aspecto típico de “manchas de leopardo” (Figuras 5 a y b).

El tratamiento quirúrgico consiste en una esclerotomía laminar superficial acompañada de una esclerectomía de las capas más profundas de la esclera, realizado en ambos cuadrantes inferiores (Figura 6). A las 24 horas de la operación, la resolución del desprendimiento uveal es completa y a los 2 meses y medio, la retina está adaptada (Figuras 7 a y b), aunque destaca una discreta dispersión pigmentaria subretiniana, asociada a pliegues coroides residuales (Figura 8). La anatomía patológica correspondiente a la esclerectomía, revela una pieza tisular con abundante colágeno y con cambios basofílicos focales (Figura 9).

## Discusión

Dentro del síndrome de efusión uveal se han identificado 3 tipos: el tipo 1 (ojos nanofálticos, cuya longitud axial promedio es de 16 mm), el tipo 2 (ojos con un error refractivo pequeño y con una longitud axial promedio de 21 mm) y el tipo 3 (ojos de tamaño normal)<sup>4</sup>. De acuerdo con esta tipología, el caso que describimos correspondería al tipo 2, el cual histológicamente se caracteriza por un marcado acúmulo de matriz extracelular entre las fibras de colágeno, con cuerpos basofílicos que indican un in-



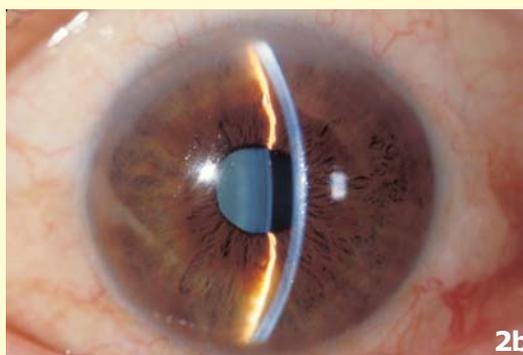
**Figura 1a.** Fotografía en color del segmento anterior donde destaca la vasodilatación episcleral presente en los cuadrantes inferiores



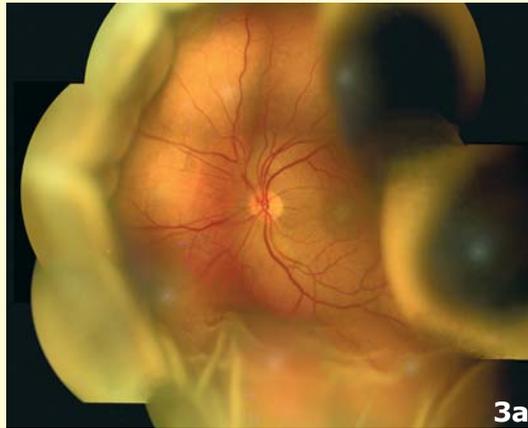
**Figura 1b.** Fotografía con mayor aumento. En la mirada inferior se observa la vasodilatación episcleral y escleral afectando los cuadrantes superiores



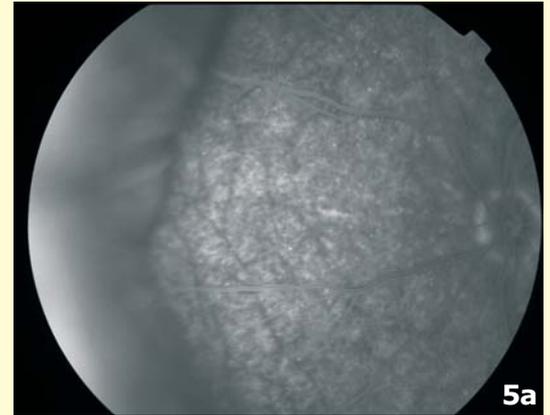
**Figura 2a-b.** Fotografía en color del segmento anterior donde destaca el estrechamiento de la cámara anterior (A, de perfil; B, de polo anterior)



**Figura 3.**  
**Figura 3a:** Fotocomposición en color del segmento posterior donde se observa el desprendimiento coroideo circunferencial, mucho más prominente en los cuadrantes temporales.



**Figura 3b:** Resonancia magnética nuclear que evidencia el desprendimiento inferior de la retina no regmatógeno y de tipo gravitacional

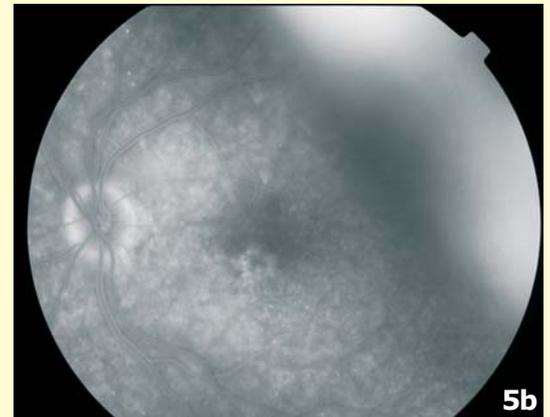


**Figura 4a.**

**Figura 4a:** Ecografía en modo B donde se observa el desprendimiento ciliocoroideo de los cuadrantes superiores, con la formación de grandes bolsas que contactan entre sí, localizadas por detrás del cristalino



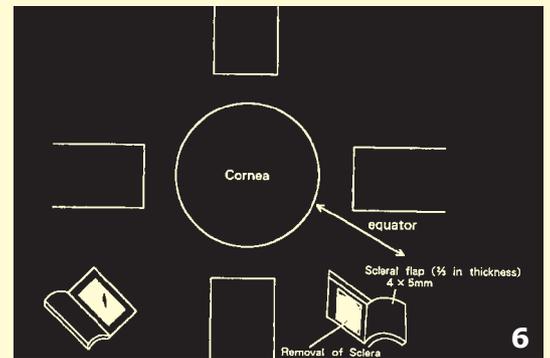
**Figura 4b:** En los cuadrantes inferiores se observa, además del desprendimiento uveal, el desprendimiento de la retina



**Figura 5.**  
 Tiempo tardío de la angiografía fluoresceínica, donde se observa la gran descompensación generalizada del epitelio pigmentado de la retina, dando el aspecto de "manchas de leopardo" típico del síndrome de efusión uveal.

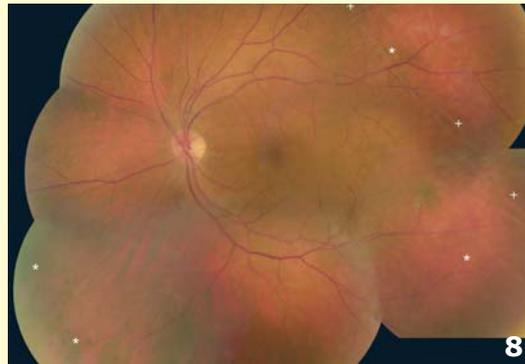


Es posible observar la extensión postecuatorial de los desprendimientos de la coroides en los sectores nasales (Figura 5a) y con mayor prominencia, en los temporales (Figura 5b)

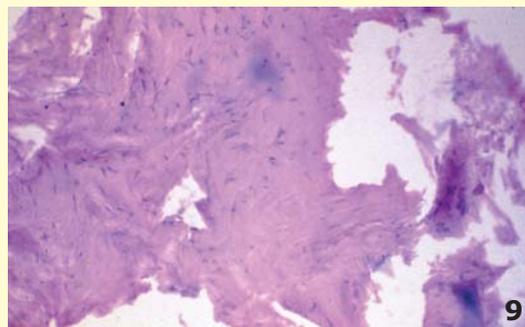


**Figura 6.**  
 Esquema de la técnica quirúrgica realizada en este caso y que consiste en una esclerotomía superficial asociada a una esclerectomía profunda. (Copiado de: Uyama et al. *Ophthalmology* 2000; 107:441-449)





**Figura 7a-b.** Corte coronario correspondiente al estudio de una resonancia magnética nuclear. La imagen postoperatoria (b) confirma la completa resolución de los desprendimientos corioideos y retinianos observados antes de la intervención quirúrgica (a)



**Figura 8.** Fotocomposición en color donde se aprecia la completa reapiación de la retina y de la coroides. A nivel ecuatorial destacan algunos pliegues corioideos (+) y una dispersión pigmentaria subretiniana de aspecto crónico (\*)

**Figura 9.** Pieza de esclera correspondiente a la resección escleral. Histológicamente se describe un tejido densamente colageneizado con cambios basofílicos focales

crecimiento de los proteoglicanos<sup>4</sup> (Figura 9). El resultado es un engrosamiento anormal de la pared escleral lo que ocasiona:

1. compresión en las venas vorticosas aumentando la congestión corioidea y
2. reducción de la circulación transescleral.

La colección de fluido subcorioideo de larga evolución descompensa al epitelio pigmentado de la retina y deteriora gravemente su efecto "bomba" a nivel del espacio extracelular supracorioideo<sup>5</sup>. Como consecuencia el fluido se acumula en el espacio subretiniano lo que conduce al desprendimiento de la retina.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos propuestos, la resección escleral alrededor de las venas vorticosas es descrita como una técnica difícil de realizar, asociada con frecuencia a complicaciones hemorrágicas extensas<sup>6</sup>. La técnica empleada en este paciente ha sido la descrita por Uyama y cols. y consiste en una esclerectomía profunda precedida por una esclerotomía superficial<sup>4</sup>. Como bien ha sido descrito, consiste en una técnica fácil de realizar con un 94% de eficacia.

## Bibliografía

1. Schepens CL, Brockhurst RJ. Uveal efusión. I. Clinical Picture. *Arch Ophthalmol* 1963;70:189-210.
2. Gass JD, Jallow S. Idiopathic serous detachment of the choroids, ciliary body, and retina (uveal effusion syndrome). *Ophthalmology* 1982;89:1018-32.
3. Gass JD. Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1983;81:246-260.
4. Uyama M, Takahashi K, Kozaki J. Uveal Efusión syndrome. Clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology. *Ophthalmology* 2000;107:441-9.
5. Marmor MF. Control of subretinal fluid and mechanisms of serous detachment. En: Marmor MF, Wolfensberger TJ, eds. *The Retinal Pigment Epithelium: Function and Disease*. New York: *Oxford University Press* 1998;420-38.
6. Brockhurst RJ. Vortex vein decompression for nanophthalmic uveal effusion. *Arch Ophthalmol* 1980; 98:1987-90.