

Maculopatía por hipotonía en la ciclodíálisis

G. Ferreruela
I. Jürgens
A. Carceller

Institut Català
de Retina
Hospital Sagrat Cor

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 39 años con antecedentes de esclerectomía profunda no penetrante que presentó una maculopatía por hipotonía tras traumatismo craneal. Exponemos los distintos tratamientos realizados y la evolución del caso. Finalmente se trató mediante sutura de un anillo capsular a sulcus consiguiendo un aumento de la presión intraocular y una remisión de la maculopatía por hipotonía. A propósito del caso revisamos las diferentes opciones terapéuticas de la hipotonía secundaria a ciclodíálisis.

Resum

Presentem el cas d'una dona de 39 anys amb antecedents d'esclerectomia profunda no penetrant que va presentar una maculopatia per hipotonia després d'un traumatisme cranial. Exposem els diferents tractaments realitzats i l'evolució del cas. Finalment es va tractar mitjançant la sutura d'un anell capsular a sulcus, aconseguint un augment de la pressió intraocular i la remissió de la maculoptia per hipotonia. A propòsit del cas revisem les diferents opcions terapèutiques per tractar la hipotonia secundària a ciclodíálisis.

Summary

We report the case of a 39 years-old woman with a previous non penetrating deep sclerectomy who presented a hypotonous maculopathy after a head injury. We expose the therapeutic options that were performed and the evolution of the case. Finally, the patient was treated by suturing a capsular tension ring along the ciliary sulcus, which raised the intraocular pressure and reversed the hypotonous maculopathy. Based on this report we review the therapeutic options to treat the hypotony secondary to a cyclodialysis cleft.

Caso clínico

Mujer de 39 años sin antecedentes patológicos de interés que acude a urgencias por molestias en OI. La agudeza visual corregida era de la unidad en ambos ojos (AO), en la exploración se detecta alteración de superficie ocular en ojo izquierdo, resto de polo anterior normal en AO, fondo de ojo (FO) normal en AO y presión (PIO) 38/32. Se solicita campo visual y se instaura tratamiento con Travatan.

En posteriores controles la PIO sigue elevada pese a las distintas terapias antiglaucomatosas combinadas, la paciente tolera mal el tratamiento y se detecta

alteración en la capa de fibras nerviosas mediante GDx. Se realiza trabeculectomía no penetrante con implante de T-Flux y se consigue controlar la presión ocular. Dos meses después acude a urgencias por pérdida de visión tras traumatismo craneal. La agudeza visual es de 0,2 y en la exploración se observa: ampolla formada, cámara estrecha, pupila discórica, una sinequia anterior de iris a las 10 horas y PIO de 10.

En las siguientes exploraciones se detecta pérdida de agudeza visual en ojo derecho con progresiva hipermetropización, ampolla conjuntival plana, cámara anterior estrecha con sinequias anteriores y

Correspondencia:

G. Ferreruela
Institut Català de Retina
Hospital Sagrat Cor
E-mail :
guillemferre@hotmail.com

posteriores (Figura 1), corectopia hacia 12 horas, catarata, presiones entre 9 y 15 y maculopatía por hipotonía con pliegues coroides y engrosamiento a nivel de polo posterior (Figura 2). En la biomicroscopía ultrasónica se aprecia cámara anterior estrecha y posible incarceration de iris en perforación a nivel de sulcus con dudoso desprendimiento de cuerpo ciliar (Figura 3).

Se instaura tratamiento médico con corticoides tópicos y atropina, persistiendo la maculopatía. Dado que las presiones no aumentan y persiste la maculopatía se revisa la trabeculectomía comprobando la estanquedad del tapete escleral. Al mes siguiente persiste la hipotonía y la maculopatía hipotónica. Se descarta como causa de hipotonía la trabeculectomía con alto flujo de filtración y toma fuerza la opción de ciclodíalisis con filtración a espacio supracoroideo.

Se realiza nueva cirugía orientada a cerrar el flujo supracoroideo, extraer la catarata secundaria y tratar los pliegues a nivel de polo posterior consistente en liberación de las sinequias posteriores, facoemulsificación con implante de lente intraocular, extracción de membrana limitante interna previa vitrectomía por vía pars plana, inyección de perfluorocarbono líquido, fotocoagulación en zona de la ciclodíalisis e intercambio con SF6 al 20%. En el postoperatorio precoz asciende la PIO pero posteriormente se reinstaura la hipotonía y se observa desprendimiento de coroides seroso periférico de 360 grados que no remite con tratamiento médico.

Se interviene quirúrgicamente revisando de nuevo la esclerotomía, drenando el fluido seroso y suturando un anillo capsular a sulcus para cerrar el paso del humor acuoso al espacio supracoroideo donde se reabsorbe de forma masiva. En el postoperatorio la presión asciende, se amplía la cámara anterior y se reducen los pliegues a nivel de polo posterior.

Ocho semanas después de la última intervención la paciente presenta en el OD una agudeza visual de 0,4, ampolla plana, cámara anterior amplia y notable disminución de la maculopatía por hipotonía (Figura 4).

Discusión

La maculopatía por hipotonía es una rara complicación oftalmológica que se asocia principalmente a cirugía filtrante de glaucoma con antitimetóticos¹ y a ciclodíalisis postraumática o postoperatoria.



Figura 1.
Polo anterior: ampolla conjuntival, sinequias 360°

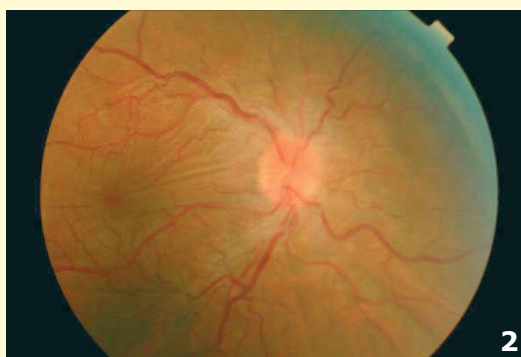


Figura 2.
Aspecto fundoscópico al inicio del cuadro



Figura 3.
Biomicroscopía ultrasónica

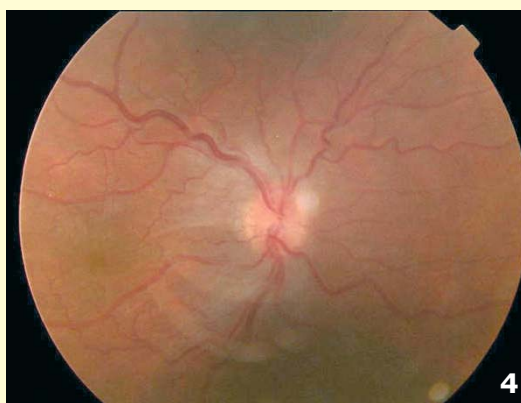


Figura 4.
Aspecto fundoscópico 8 semanas después de la última intervención

Este caso nos obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre hipotonía por trabeculectomía y ciclodíalisis. En casos en que no podemos observar la ciclodíalisis mediante gonioscopia, especialmente cuando se presenta una cámara anterior estrecha, es de gran utilidad la biomicroscopía ultrasónica². La ciclodíalisis es la causa más frecuente de hipotonía persistente después de un traumatismo ocular. Su detección y tratamiento, habitualmente quirúrgico, es determinante para conservar la función visual en este tipo de patología.

Dada la gran variabilidad de las ciclodíalisis y la baja incidencia de la maculopatía por hipotonía no están establecidos unos protocolos de actuación únicos.

Este caso nos sirve de ejemplo para exponer el protocolo de actuación ante la maculopatía por hipotonía.

En primer lugar hay que establecer diagnóstico etiológico de la hipotonía (trabeculectomía con ampolla hiperfiltrante, ciclodíalisis, perforación ocular encubierta, desprendimiento de coroides...). Para revertir la hipotonía hay que buscar el tratamiento etiológico, médico o quirúrgico, orientado a restablecer valores normales de PIO.

En caso de la ciclodíalisis se plantean los siguientes escalones terapéuticos dependiendo del tiempo de evolución y de la extensión de la ciclodíalisis:

- Tratamiento médico con atropina y corticoides: es el tratamiento inicial que hay que instaurar y que puede ser suficiente para tratar ciclodíalisis pequeñas.
- Crioterapia o fotocoagulación con laser diodo o argón³ en la zona de la ciclodíalisis.
- Vitrectomía, fotocoagulación o criocoagulación e intercambio con gas.

- Cierre directo de la ciclodíalisis:

- Mediante sutura directa del cuerpo ciliar⁴.
- Sutura de una prótesis lineal a nivel del sulcus ciliar⁵⁻⁷ que bloquea el paso del humor acuoso al espacio supracoroideo, revirtiendo de esta forma la hipotonía.

En conclusión, el manejo de la hipotonía por ciclodíalisis es complejo. Su tratamiento debe ser etiológico y personalizado en función de cada caso.

Bibliografía

1. Gonzalez Martín-Moro, Muñoz-Negrete FJ et al. Hallazgos en biomicroscopia ultrasónica tras resolución espontánea de ciclodíalisis postraumática. *Archivos Soc Esp Oftalmol* 2003;77(4):211-4
2. Bashford KP, Shafranov G et al. Bleb revision for hypotony maculopathy after trabeculectomy. *J Glaucoma* 2004;13(3):256-60.
3. Amino H, Raizeghinejad MR. Transscleral diode laser therapy for cyclodialysis cleft induced hipotony. *Clin Experiment Ophthalmol* 2005;33(4) 348-50.
4. Kuchle m, Naumann GO. Direct cycloplexy for traumatic cyclodialysis with persisting hypotony. Report in 29 consecutive patients. *Ophthalmology* 1995;102(2):322-33.
5. Jürgens I, Pujol O. Ultrasound biomicroscopic imaging of a surgically reattached cyclodialysis cleft. *Br J Ophthalmol* 1995;79(10):961.
6. Jürgens I. Surgical repair of traumatic cyclodialysis. *Ophthalmology* 1995;102(10):1413 .
7. Jürgens I, Pujol O. Ciclodíalisis traumática. *Microcirugía Ocular* 1994;2:32-35.