

Foseta papilar con retinosquiasis y desprendimiento neurosensorial asociados

C. Fusté
MJ. Rubio
S. Muñoz Quiñones

Hospital Universitari
de Bellvitge
L'Hospitalet
de Llobregat

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 55 años que consultó por un escotoma relativo y metamorfopsias en su ojo derecho, y que fue diagnosticado de retinosquiasis y desprendimiento seroso macular asociados a una foseta papilar. Se describe la evolución del caso y se comentan las características principales referentes a la etiopatogenia, la clínica y el tratamiento de esta entidad.

Resum

Es presenta un cas d'un home de 55 anys que va consultar per un escotoma relatiu i metamorfòpsies a l'ull dret, i que va ser diagnosticat de retinosquiasis i desprendiment serós macular associats a una foseta papil·lar. Es descriu l'evolució del cas i es comenten les principals característiques referents a l'etiopatogènia, la clínica i el tractament d'aquesta entitat.

Summary

A 55 year old male seek for attention because of the presence of relative scotoma and metamorphopsia in his right eye. He was diagnosed with retinoschisis and serous macular detachment associated to an optic disc pit. We describe the clinical outcome and the main features concerning the etiology, diagnosis and management of this uncommon disorder.

Caso clínico

Un paciente varón de 55 años, sin antecedentes patológicos ni oftalmológicos de interés, acudió a urgencias por la aparición de un escotoma acompañado de metamorfopsias en su ojo derecho de 4 días de evolución. La agudeza visual era 0.05/0.3 con estenopeico (CE) en el ojo derecho y 0.3/1 CE en el ojo izquierdo. El examen de la motilidad pupilar no detectó la presencia de defecto pupilar aferente relativo (DPAR) y la exploración del segmento anterior fue estrictamente normal. El examen de fondo de ojo detectó un desprendimiento neurosensorial seroso macular en el ojo derecho, mientras que fue normal en el ojo izquierdo (Figura 1). La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó el desprendimiento neurosensorial macular y detectó una zona de retinosquiasis asociada, además se observó una imagen compatible con una foseta papilar (Figura 2). La angiografía fluoresceínica evidenció una hipofluorescencia en fases tempranas en el margen inferotemporal del disco óptico correspondiente a la

foseta, mientras que en etapas más tardías esta zona presentaba hiperfluorescencia por la fuga de contraste (Figura 3). En base a estos hallazgos se estableció el diagnóstico de foseta papilar con desprendimiento macular neurosensorial.

Se practicó fotocoagulación focal con láser de argón en la retina peripapilar adyacente al área de la foseta partiendo desde el borde papilar, desde retina sana hasta retina sana según el esquema (Figura 4). Unas semanas más tarde, el paciente presentaba una mejoría clínica subjetiva. A los 6 meses la agudeza visual del ojo derecho había mejorado hasta 0.5 y se observó una clara reducción de la cantidad de líquido intrarretiniano en la OCT (Figura 5).

Discusión

La foseta papilar es una anomalía congénita muy poco frecuente y aparece en 1 de cada 11.000 indi-

Correspondencia:
Celia Fusté Fusarés
Hospital Universitari
de Bellvitge
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet
de Llobregat (Barcelona)
Email: celfuste@hotmail.com

viduos¹. Se cree que su origen se halla en un cierre defectuoso de la hendidura embrionaria², y no se ha descrito asociada a malformaciones cerebrales³. Se presenta como una depresión similar a un cráter en el disco óptico; puede ser redonda u oval, y tiene una tonalidad grisácea, blanca o amarillenta³. Es más frecuente en la zona temporal de la papila, aunque puede afectarse cualquier otro área^{1,4}. Puede ser asintomática hasta que se complica con un desprendimiento seroso macular que aparece entre el 25 y el 75% de los casos⁵. Con frecuencia se acompaña de una alteración del epitelio pigmentario peripapilar adyacente a la zona del coloboma. Es unilateral en el 85-90% de los casos y el disco afecto suele tener un diámetro ligeramente mayor³.

El diagnóstico diferencial se plantea con la coriorretinopatía serosa central (CSC) ya que cursa con una clínica similar y cambios maculares; sin el examen cuidadoso del nervio la foseta papilar puede pasar desapercibida. La diferencia entre la foseta y la CSC se establece principalmente con la angiografía fluoresceínica. Mientras que en la foseta papilar se aprecia una hipofluorescencia precoz, en la CSC se aprecia un pequeño punto hiperfluorescente macular que da lugar a una imagen en humo de cigarrillo por el paso de la fluoresceína al espacio subretiniano; o una mancha de tinta cuando la hiperfluorescencia inicial difunde gradualmente de forma centrífuga hasta llenarse de contraste todo el desprendimiento⁶. En las fases tardías la foseta sólo presenta una hiperfluorescencia del área mientras que la serosa adopta los patrones ya descritos en humo de tabaco o mancha de tinta.

La procedencia del líquido de la foseta intrarretiniana ha sido fuente de controversia. Algunos autores soportados por la evidencia demostrada con estudios de angiografía con verde de indocianina, proponen que procede de la cavidad vítrea¹. Por el contrario otros sugieren que procede del espacio subaracnoideo perineural o bien es un producto de malformaciones vasculares¹. En cuanto a la evolución, en los estadios más precoces el líquido fluye a través de la foseta y produce una disección de las capas más internas de la retina, lo que provoca una retinosquisis y más adelante pueden desprenderse las capas externas¹. El desprendimiento seroso macular de larga evolución asociado a una foseta óptica puede derivar en una degeneración quística, un agujero macular lamelar, a la atrofia de epitelio pigmentario o, más raramente, en un agujero macular completo o un desprendimiento de retina regmatógeno⁵. Estudios recientes realizados con OCT han evidenciado la existencia de una comunicación entre la zona de retinosquisis y la foseta óptica^{1,5}, mientras que esta conexión directa no se puede objetivar en el caso del desprendimiento de capas externas¹.

Se han propuesto varias formas de tratamiento que incluyen la fotocoagulación con láser argón de la re-



Figura 1.
Retinografía ambos ojos.
Se aprecia un desprendimiento seroso en el ojo derecho en el área macular y una irregularidad en el margen temporal inferior del disco óptico (a). El ojo izquierdo es normal (b).

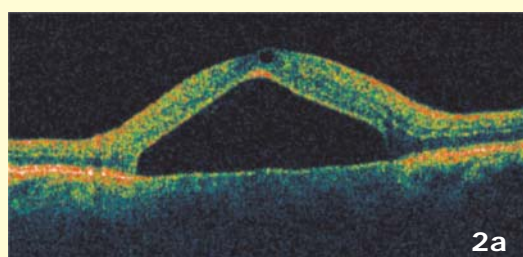


Figura 2.
Tomografía de coherencia óptica. Se observa un desprendimiento seroso macular (a) y desprendimiento seroso y retinosquisis macular junto a la imagen de foseta de nervio óptico (b)

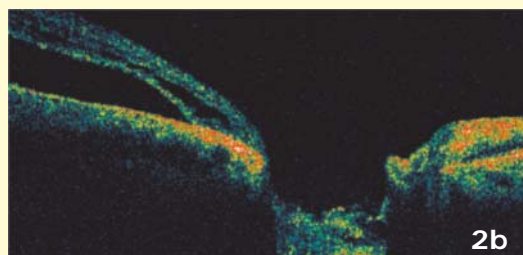


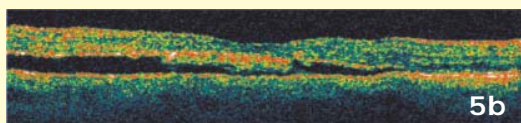
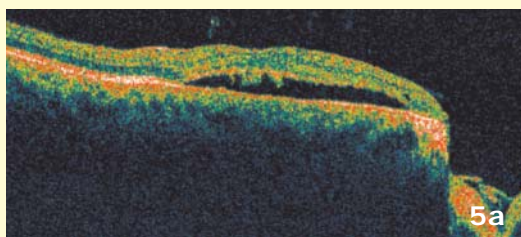
Figura 3.
Angiografía fluoresceínica
ojo derecho.
Se aprecia
hipofluorescencia en
fases tempranas en la
zona de la foseta papilar



Figura 4.
Retinografía OD.
Esquema del área
a fotocoagular



Figura 5.
Tomografía de coherencia
óptica del ojo derecho
a los 6 meses
del tratamiento.
Se objetiva disminución
del desprendimiento
seroso y mínima
persistencia de
líquido intrarretiniano
macular (b)



tina temporal adyacente al disco, el desplazamiento neumático de la retina sobreelevada con inyección de aire, la vitrectomía pars plana y la técnica de translocación macular^{1,5}. También se ha descrito la reabsorción espontánea del fluido en un pequeño número de pacientes¹.

Hirakata, *et al.* sugieren que la tracción vitreoretiniana es un factor importante en la patogénesis de esta entidad y postulan que la inducción por vitrectomía de un desprendimiento posterior de vítreo completo y el posterior tamponamiento con gas, sin necesidad de fotocoagulación láser, puede llevar a una reaplicación macular y a una mejoría notable en la visión central⁷.

Sugerimos que el tratamiento láser aplicado en la zona peripapilar ha provocado la creación de cicatrices coriorretinianas que han cerrado el paso de líquido procedente de la foseta, reabsorbiéndose el líquido macular remanente de forma progresiva y lenta. Dados los buenos resultados obtenidos en nuestro paciente, tanto en la reabsorción del fluido subretiniano como en la mejoría de la agudeza visual, apostamos por el tratamiento con fotocoagulación láser como opción inicial no invasiva en el tratamiento del desprendimiento seroso macular asociado a la foseta papilar frente a otras alternativas terapéuticas.

Bibliografía

1. Theodossiadis G, Theodossadis, PG, Malias J, Moschos M, Moschos M. Preoperative and postoperative assessment by multifocal electroretinography in the management of optic disc pits with serous macular detachment. *Ophthalmology*. 2002;109:2295-302.
2. Spaide RF, Costa DL, Huang SJ. Macular schisis in a patient without an optic disk pit optical coherence tomographic findings. *Retina* 2003;23:238-40.
3. Brown JC, Brown MM. Coexistent Optic Nerve and Macular Abnormalities. En: Yanoff M, Ducker JS, Augsburger J (eds). *Ophthalmology*. St. Louis: Mosby 2003;963-4.
4. Gotzaridis EV. Perifoveal traction retinal detachment following successful optic disc pit surgery. *Ophthalmic Surg Lasers* 2002;33:243-5.
5. Theodossiadis G, Theodossiadis PG. Optical coherence tomography in optic disc pit maculopathy treated by macular buckling procedure. *Am J Ophthalmol* 2001;132:184-90.
6. Maculopatías adquiridas. En: Kanski JJ. *Oftalmología Clínica*. Elsevier España S.A. 2004;430-2.
7. Hirata A, Okada AA, Hida T. Long-term Results of Vitrectomy without Laser Treatment for Macular Detachment Associated with an Optic Disc Pit. *Ophthalmology* 2005;112:1430-5.