

Movilización quirúrgica de un émbolo arterial en la oclusión de una arteria ciliarretiniana

Surgical mobilization of an arterial embolus on a cilioretinal arterial occlusion

J. Botella, J. Nadal Reus

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona.

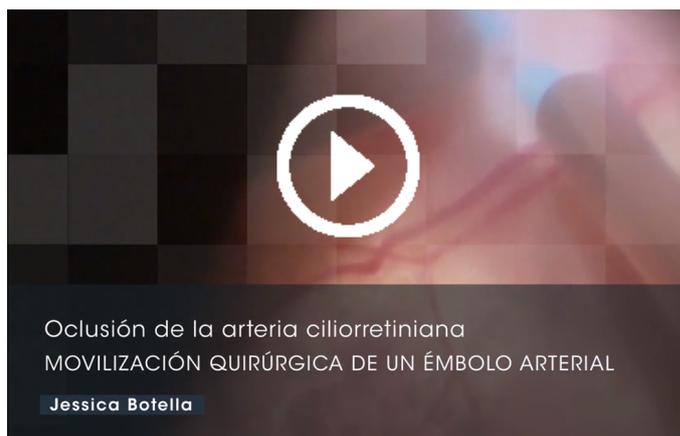
Correspondencia:

Jéssica Botella

E-mail: jessicabotga@gmail.com

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 80 años de edad que fue remitido al departamento de retina tres horas después de una pérdida repentina de la visión en su ojo izquierdo (OI). Como antecedentes médicos presentaba enfermedad obstructiva pulmonar crónica, dislipidemia, aterosclerosis en miembros inferiores y una arritmia cardíaca. El paciente presentaba una alta miopía (-10D) y había sido intervenido de extracción de cataratas con implante de lente intraocular cinco años antes. Su anterior agudeza visual mejor corregida (BCVA) era de 20/30 para el ojo derecho (OD) y 20/35 para el OI. La evaluación oftalmológica reveló una BCVA de 20/30 en OD y 20/60 en OI sin ausencia de reflejo aferente pupilar. En el examen del fondo de ojo del OI presentó un área de color blanquecino bien limitada alrededor de la arteria ciliarretiniana en el haz papilomacular y el examen del campo visual (CV) mostró un escotoma paracentral en el OI (Figura 1). La Angiografía con fluoresceína (AF) presentó un bloqueo en el área edematosa del haz papilomacular rodeando la arteria ciliarretiniana con un llenado lento (hipofluorescencia en los primeros tiempos). En las fases tardías, se observó un émbolo en el nivel de una bifurcación en una arteria ciliarretiniana. Sobre la base de la apariencia clínica y las pruebas complementarias, el paciente fue diagnosticado de oclusión de la arteria ciliarretiniana.



Vídeo 1. Movilización quirúrgica de un émbolo en la arteria ciliarretiniana.

En base a la experiencia previa^{1,2} con oclusión de la arteria central de la retina y la movilización quirúrgica de un émbolo, se decidió realizar la movilización quirúrgica del émbolo arterial después de una vitrectomía pars plana (VPP) con 23-G. Se indica esta técnica quirúrgica en casos con una evolución de menos de 12 horas.

Se utilizaron dos cánulas de punta blanda de 23-G. Una de ellas presionó la rama que va hacia el área macular de la arteria ciliarretiniana, distal de la ubicación del émbolo, y la otra cánula se utilizó para realizar un peinado sobre la arteria ciliarretiniana proximal

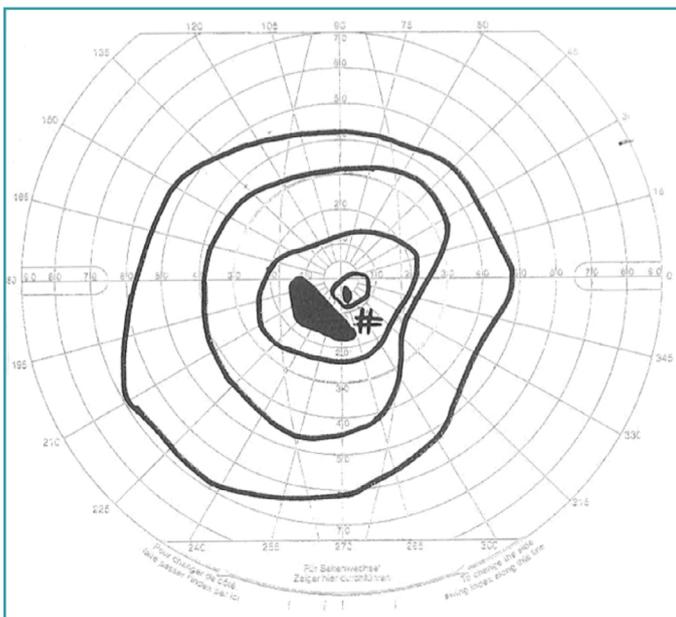


Figura 1. Campo visual prequirúrgico.

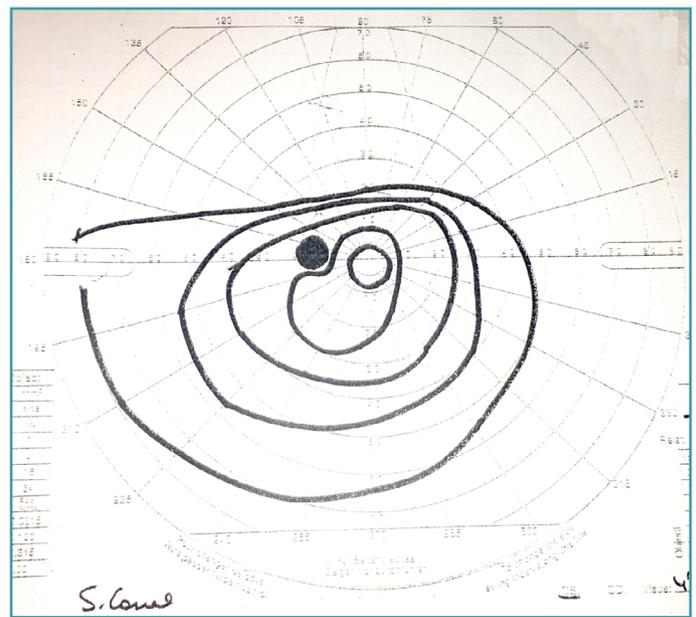


Figura 2. Campo visual postquirúrgico.

a la oclusión. Después de tres intentos, se consiguió movilizar y disgregar el émbolo impidiendo el paso hacia la rama dirigida a la mácula y dirigiéndonos directamente a la rama superior, donde se desintegró y desapareció. Se realizó la maniobra quirúrgica sin necesidad de recurrir a la hipotensión intraocular debido al pequeño calibre de la arteria ciliarretiniana y a la facilidad de la movilización del émbolo, que provoca la disgregación del mismo mediante el desplazamiento mecánico con cánulas de punta blanda de 23-G (Vídeo 1). Durante la cirugía, se consiguió ver la restauración de la circulación retiniana, pero se tuvo que realizar una angiografía postoperatoria para su confirmación.

Una semana después de la cirugía, el paciente recuperó la BCVA anterior (20/35) y la AF no mostró signos de oclusiones vasculares. En la AF, se observó la presencia de una hemorragia en capa de fibras nerviosa de la retina relacionada con la manipulación de los tejidos. El examen de CV fue normal, con una ligera disminución de la amplitud, compatible con una ptosis senil observable (Figura 2).

Las opciones terapéuticas para los pacientes con oclusiones de la arteria ciliarretiniana son escasas. La actitud terapéutica más común en estos pacientes es la observación²⁻⁴. La VPP, seguida

de una movilización mecánica directa con cánulas de punta blanda, podría llevar a una movilización de émbolo después de varios intentos. Esta técnica demostró ser eficiente en los émbolos plaquetarios de fibrina que podrían cambiar su forma y probablemente con los émbolos de colesterol.

Esta técnica podría considerarse como una nueva posibilidad de alcanzar una solución permanente en la oclusión de la arteria ciliarretiniana o cualquier otra oclusión arterial retiniana.

Bibliografía

1. Nadal J, Ding Wu A, Canut MI. Vitrectomy with intrasurgical control of ocular hypotony as treatment for central retina artery occlusion. *Retina*. 2015;35(8):1704-5.
2. Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman MB. *Retinal Artery Occlusion*. *Ophthalmology*. 2009;116(10):1928-36.
3. Konieczka K, Todorova M, Chackathayil T, et al. Cilioretinal artery occlusion in a young patient with Flammer Syndrome and increased retinal venous pressure. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 2015;232:576-8.
4. Gokce G, Metin S, Erdem U, et al. Late hyperbaric oxygen treatment of cilioretinal artery occlusion with nonischemic central retinal vein occlusion secondary to high altitude. *High Alt Med Biol*. 2014;15(1): 84-8.