

# Síndrome de *morning glory* con desprendimiento seroso de retina

## *Morning glory syndrome with serous retinal detachment*

M. Calatayud Riera<sup>1</sup>, A. Monés Llivina<sup>1,2</sup>, N. Romanic Bubalo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona.

### Correspondencia:

Nevena Romanic Bubalo

E-mail: [nromanic.germanstrias@gencat.cat](mailto:nromanic.germanstrias@gencat.cat)

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de *morning glory* es una patología congénita rara del nervio óptico.

**Caso clínico:** Paciente de 2 años que acudió por endotropía izquierda. El fondo de ojo presentaba un megadisco óptico con gliosis y excavación central y una emergencia radial en los vasos papilares, junto con rectificación macular. Se diagnosticó de síndrome de *morning glory*. Al cabo de 4 años de seguimiento presentaba un desprendimiento neurosensorial (DNS).

**Conclusión:** Es necesario el seguimiento estrecho para detectar complicaciones asociadas, entre ellas destaca el DNS.

**Palabras clave:** Síndrome de *morning glory*. Desprendimiento neurosensorial. Agudeza visual. Tomografía de coherencia óptica.

### Resum

**Introducció:** La síndrome de *morning glory* és una patologia congènita rara del nervi òptic.

**Cas clínic:** Pacient de 2 anys que va acudir per endotropia esquerra. El fons d'ull presentava un megadisc òptic amb gliosis i excavació central i una emergència radial els vasos papil·lars, juntament amb rectificació macular. Es va diagnosticar de síndrome de *morning glory*. Al cap de 4 anys de seguiment presentava un despreniment neurosensorial (DNS).

**Conclusió:** És necessari el seguiment estret per detectar complicacions associades, entre les que destaca el DNS.

**Paraules clau:** Síndrome de *morning glory*. Desprendiment neurosensorial. Agudesesa visual. Tomografia de coherència òptica.

### Abstract

**Introduction:** The morning glory syndrome is a rare congenital pathology of the optic nerve.

**Clinical case:** 2-year-old patient who came for left endotropia. The fundus presented an optical megadisc with gliosis and central excavation and a radial emergency in the papillary vessels, along with macular rectification. He was diagnosed with Morning Glory syndrome. After 4 years of follow-up, he had a neurosensory detachment (NSD).

**Conclusion:** A close follow-up is necessary in order to detect associated complications, such as NSD.

**Key words:** Morning glory syndrome. Neurosensory detachment. Visual acuity. Optic coherence tomography.

## Introducción

El síndrome de *morning glory* (SMG) es una patología congénita rara del nervio óptico. Se postula que su origen es embriológico debido a un defecto en el cierre de la fisura fetal o a una anomalía mesenquimal primaria<sup>1</sup>. A nivel clínico, suele ser unilateral y las primeras manifestaciones comprenden una baja agudeza visual, leucocoria, estrabismo y/o nistagmo. En ocasiones asocia anomalías congénitas en el ojo afectado o adelfo, como catarata congénita, hemangioma palpebral, gliosis preretinal, lenticonus, microoftalmia o vítreo primario hiperplásico persistente<sup>2</sup>. También puede presentar afectación sistémica, como el encefalocele transesfenoidal, la enfermedad de Moyamoya, el síndrome PHACE o la neurofibromatosis tipo 2, aunque la mayoría se presentan de forma aislada<sup>3</sup>.

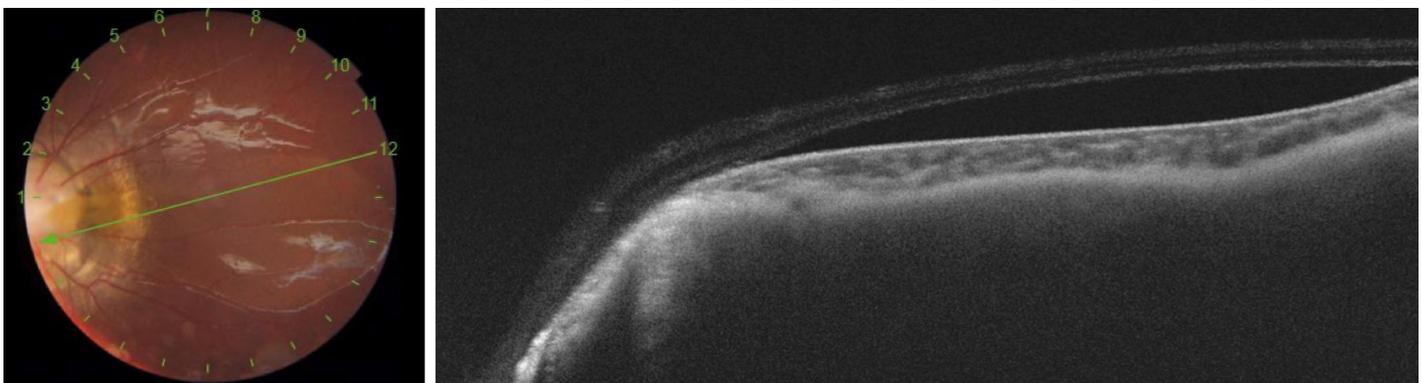
## Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 2 años de edad que acudió derivada por una endotropía intermitente en el ojo izquierdo de 30 dioptrías desde los 3 meses de vida. Su mejor agudeza visual corregida era de 20/200 con una refracción bajo cicloplejia de +3,00 +0,50 x 90°. En la exploración del fondo del ojo izquierdo presentaba un megadisco óptico con gliosis y excavación central, emergencia radial de los vasos papilares y cambios pigmentarios anulares peripapilares. A nivel macular, se observaba rectificación macular. (Figura 1). Ante la sospecha clínica de un síndrome de *morning glory* se procedió a realizar una resonancia magnética cerebral para descartar encefalocele transesfenoidal y enfermedad de Moyamoya. Para corregir la ambliopía se inició terapia de oclusión ocular 4 horas diarias.



**Figura 1.** Imagen fundoscópica del ojo izquierdo que muestra megadisco óptico con gliosis, excavación central y emergencia radial de los vasos. Anillo peripapilar sobreelevado con cambios pigmentarios y rectificación macular.

A los 2 años de seguimiento, la paciente inició un nistagmo rotatorio del ojo izquierdo y a los 4 años, cuando la paciente tenía 6 años, la tomografía de coherencia óptica desveló un desprendimiento neurosensorial (DNS) (Figura 2). En este caso, valoramos hacer una vitrectomía vía pars plana (VPP) con taponamiento con gas, pero debido al pronóstico visual reservado secundario a la ambliopía establecida, se optó por el manejo conservador y la observación.



**Figura 2.** Imagen de tomografía de coherencia óptica donde se aprecia un desprendimiento neurosensorial macular extenso.

## Discusión

Las patologías oculares en pacientes pediátricos son un reto diagnóstico debido a la falta de colaboración para la exploración y pruebas complementarias. En el caso de anomalías papilares es necesario hacer un correcto diagnóstico diferencial con el SMG, el coloboma del nervio óptico, la foseta del nervio óptico y el estafiloma peripapilar, entre otros, debido a las asociaciones sistémicas que pueden conllevar.

En el caso del SMG, la causa del DNS es desconocida y ocurre en un tercio de los pacientes<sup>1</sup>. Las hipótesis apuntan que puede deberse a una comunicación con el humor vítreo o con el espacio subaracnoideo a través de agujeros secundarios a la contracción del tejido glial<sup>4</sup>. El tratamiento de elección es la VPP con gas o aceite de silicona como endotaponadores aunque algunos casos resuelven espontáneamente<sup>5</sup>.

## Conclusiones

El SMG es una entidad rara y de etiología desconocida. El seguimiento de estos pacientes debe ser estrecho descartando complicaciones oculares de forma precoz y con medidas de prevención de la ambliopía. El despistaje de enfermedades sistémicas asociadas no se debe demorar. En caso de aparición de

DNS, el tratamiento quirúrgico es una opción a valorar según el pronóstico visual final.

## Conflicto de interés

Los autores no declaran conflicto de interés alguno.

## Bibliografía

1. Etheridge T, Oakey Z, Altaweel MM. Management of Retinal Detachment Associated with Morning Glory Disc Syndrome. *Case Rep Ophthalmol.* 2021;12(2):457-63. doi: 10.1159/000516205.
2. Fei P, Zhang Q, Li J, Zhao P. Clinical characteristics and treatment of 22 eyes of morning glory syndrome associated with persistent hyperplastic primary vitreous. *British Journal of Ophthalmology.* 2013;97:1262-7.
3. Ponnatapura J. Morning glory syndrome with Moyamoya disease: A rare association with role of imaging. *Indian J Radiol Imaging.* 2018;28(2):165-168. doi: 10.4103/ijri.IJRI\_219\_17.
4. Cañete C, Gili P, Yangüela J, Martín JC. Desprendimiento de retina asociado a síndrome de morning glory. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2011;86(9):295-9.
5. Caporossi T, Ferrara S, Savastano A, Gambini G, De Vico U, Savastano MC, et al. Management of retinal detachment associated with morning glory syndrome using the human amniotic membrane. *Retinal Cases & Brief Reports.* 2024;18(1):18-23. doi: 10.1097/ICB.0000000000001303