



Desprendimiento bilateral de retina regmatógeno con resolución espontánea. Informe de un caso y diagnóstico diferencial con retinopatías pigmentarias

Jorge Guillermo García-Guzmán
Yasmín Franco-Yáñez
Virgilio Lima-Gómez

Servicio de Oftalmología, Hospital Juárez de México

RESUMEN

Antecedentes: la pigmentación oscura en el fondo del ojo aparece en enfermedades degenerativas, como la retinosis pigmentaria; para poder estimar el pronóstico funcional del paciente esta afección debe distinguirse de otras de evolución no progresiva. En el desprendimiento de retina regmatógeno con resolución espontánea puede existir pigmentación oscura, pero es infrecuente que sea bilateral.

Objetivo: analizar las características que distinguen al desprendimiento de la retina con resolución espontánea de otras causas de pigmentación en el fondo del ojo, para poder identificarlo también en casos bilaterales.

Caso clínico: paciente femenina con baja visual crónica, referida para evaluación por una retinopatía pigmentaria bilateral. En la exploración clínica se descartaron causas como: retinosis pigmentaria, enfermedades inflamatorias de la retina y traumatismo. Por las características clínicas, la localización de la pigmentación y la información del electrorretinograma se integró el diagnóstico de desprendimiento de la retina regmatógeno, con resolución espontánea bilateral. Se discuten las características clínicas de esta enfermedad y el abordaje diagnóstico para distinguirlo de otras retinopatías pigmentarias.

Conclusiones: las características clínicas del desprendimiento de retina con resolución espontánea permiten diferenciarlo de otras causas de pigmentación retiniana, aunque la presentación sea bilateral. El pronóstico de la retina no desprendida es mejor que en una enfermedad degenerativa, por lo que el diagnóstico correcto facilita la rehabilitación.

Palabras clave: desprendimiento de retina, retina, retinopatía pigmentaria.

Bilateral spontaneously reattached rhegmatogenous retinal detachment. Case report and differential diagnosis with pigmentary retinopathies

ABSTRACT

Background: A dark pigmentation of the ocular fundus presents in degenerative diseases such as retinitis pigmentosa; this disease must be

Recibido: 21 de febrero 2013

Aceptado: 12 de septiembre 2013

Correspondencia

Dr. Virgilio Lima Gómez
Servicio de Oftalmología
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
07760 México DF
Teléfono: 55 5747 7560, ext. 7240
vlimag@prodigy.net.mx

distinguished from others whose evolution is not progressive, in order to estimate the functional prognosis of the patient.

Objective: To analyze the features which distinguish spontaneously reattached retinal detachment from other causes of ocular fundus pigmentation, in order to be able to identify it even in bilateral cases.

Clinical case: A case of a female with chronic visual loss is presented, who was referred for evaluation with the diagnosis of a pigmented retinopathy. Clinical exploration discarded causes as retinitis pigmentosa, retinal inflammatory diseases or trauma. Based on the clinical features, on the topography of pigmentation and in the information provided by electroretinography, a bilateral spontaneous reattachment of rhegmatogenous retinal detachment was diagnosed made. Clinical features of this entity are discussed, as well as the diagnostic approach to distinguish it from other pigment retinopathies.

Conclusion: Clinical features of spontaneously reattached retinal detachment allow the explorer to distinguish it from other causes of bilateral pigmentation, despite presenting bilaterally. Since the prognosis of the attached retina is better than that of a degenerative disease, the correct diagnosis makes rehabilitation easier.

Key words: Pigment retinopathy, retina, retinal detachment.

ANTECEDENTES

El epitelio pigmentario es la capa más externa de la retina, que se encuentra unida a la coroides, una de las capas vasculares del ojo. Cuando el epitelio pigmentario desarrolla hiperplasia, como cambio secundario a algún proceso patológico, el aspecto oftalmoscópico del fondo del ojo cambia de anaranjado a marrón, y con el tiempo a un color negro por la melanina. Esta pigmentación oscura en el fondo del ojo aparece en diferentes retinopatías "pigmentarias", la más conocida es la degeneración de los fotorreceptores denominada "retinosis pigmentaria".¹

La retinosis pigmentaria es un proceso degenerativo progresivo, que es necesario distinguirlo de otras causas que inducen hiperplasia del epitelio pigmentario de la retina,² como algunas enferme-

dades inflamatorias (rubéola, sífilis),³ traumatismo extenso de la retina, toxicidad por medicamentos⁴ o retinopatías pigmentarias no progresivas, como la atrofia pigmentaria paravenosa^{5,6} o la hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina. El desprendimiento de la retina con resolución espontánea cursa también con acumulación de pigmento en la zona reaplicada.¹

Cuando el cuadro de desprendimiento de retina resuelto espontáneamente es unilateral el diagnóstico diferencial se facilita, porque la retinosis pigmentaria unilateral es rara; es menos frecuente encontrar pacientes con pigmentación bilateral secundaria a inflamación o traumatismo, que habitualmente afectan un solo ojo. Aunque el desprendimiento de la retina puede suceder en ambos ojos es infrecuente la resolución espontánea bilateral.



CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años de edad, referida por pigmentación extensa de la retina en ambos ojos. Refería disminución crónica de la agudeza visual en el ojo derecho, y de 5 años de evolución en el ojo izquierdo; no recordaba haber tenido nictalopía; tenía antecedente familiar de diabetes en tías maternas, pero no de enfermedades oculares que limitaran la visión. Entre los antecedentes personales patológicos refirió haber sido operada de catarata sin implante de lente intraocular a los 19 años de edad, en el ojo derecho, y facoemulsificación con implante de lente intraocular a los 66 en el izquierdo. La paciente padecía diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución, tratada con hipoglucemiantes orales, e hipertensión arterial tratada con beta bloqueadores. No había antecedente de traumatismo o cuadros inflamatorios oculares, ni de tratamientos con medicamentos asociados con toxicidad retiniana que ocasionaran pigmentación.

En la exploración oftalmológica la agudeza visual fue: sin percepción de luz en el ojo derecho y 20/150 en el izquierdo, que no mejoraba con auxiliares; la refracción era $+15.00 = -2.00 \times 30^\circ$ en el ojo derecho y $+2.25 = -2.00 \times 135^\circ$ en el izquierdo. Existía un defecto pupilar aferente en el ojo derecho. La presión intraocular era de 18 mmHg en el lado derecho y 19 en el izquierdo. Las córneas se encontraban transparentes, sin inflamación en la cámara anterior, el iris tenía características normales y no había sinequias. El ojo derecho era áfaco y el izquierdo tenía un lente de cámara posterior estable; el vítreo anterior era sinerético, pero no se encontró pigmento en él.

En el fondo del ojo derecho se encontró una papila con bordes definidos, con color amarillo naranja, excavación de 0.3 diámetros de disco, emergencia vascular central, y relación

arteria-vena 2:3. Se encontró atrofia del epitelio pigmentario peripapilar y en el área macular. La retina estaba aplicada, con espículas óseas entre los meridianos de 11 y 1, y pigmento en acumulaciones entre los meridianos de 1 y 11. Se identificaron tres líneas de gliosis subretiniana: una superior a la papila, otra en el meridiano de las 2 y una más en el de las 3 (Figura 1).

En el fondo del ojo izquierdo la papila tenía bordes definidos, con color amarillo naranja, excavación de 0.3 diámetros de disco, emergencia vascular central, y relación arteria-vena 2:3. Existía atrofia del epitelio pigmentario en el área macular y la retina se encontraba aplicada. Del meridiano de la 1 al meridiano de las 10 se encontraron acumulaciones de pigmento en la retina, con tres líneas de gliosis subretiniana: una por debajo del borde papilar inferior, otra por debajo de la arcada temporal inferior y una más en la periferia inferior. La retina superior entre los meridianos de 10 y 1 no tenía pigmentación, pero sí microaneurismas y hemorragias en mancha (Figura 2).

La paciente tenía retinopatía pigmentaria en todo el fondo del ojo derecho, pero el sector superior del fondo del ojo izquierdo no tenía cambios pigmentarios. Si bien la bilateralidad sugería una retinosis pigmentaria, la ausencia de pigmento en el sector superior del ojo izquierdo no era consistente con degeneración que afectara a todos los fotorreceptores. Aunque existen formas sectoriales de retinosis pigmentaria, es más frecuente encontrar la afección en una extensión menor a la de la retina sana, que un patrón a la inversa.

En el fondo del ojo no se encontró palidez de la papila, y aunque era difícil evaluar la atenuación vascular en la retina ecuatorial por la extensión del pigmento, los vasos principales emergentes de la papila y los de la retina superior en el ojo izquierdo no mostraban adelgazamiento. Se

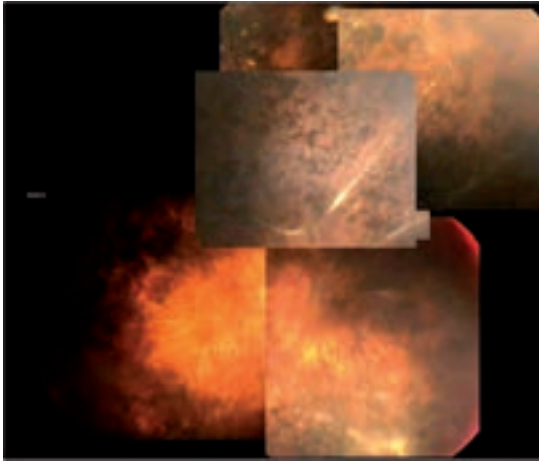


Figura 1. Fondo del ojo derecho. Pigmentación oscura entre los meridianos de 1 y 11 y espículas óseas entre los meridianos 11 y 1. La papila no presenta palidez y se encuentran tres líneas de gliosis subretiniana.



Figura 2. Fondo del ojo izquierdo. Pigmentación oscura en los meridianos de 1 a 10. Papila sin palidez, microaneurismas y hemorragias en mancha en la retina superior no pigmentada.

descartaron alteraciones inflamatorias por la ausencia de signos en el segmento anterior; la paciente no tenía el antecedente de traumatismo ocular al que pudiera atribuirse el cambio pigmentario.

La existencia de múltiples líneas de gliosis subretiniana no era compatible con el diagnóstico de retinitis pigmentaria. Aunque algunas enfermedades inflamatorias pueden ocasionar fibrosis subretiniana, en los desprendimientos de la retina con resolución espontánea la gliosis subretiniana se localiza en zonas donde el desprendimiento de retina se detiene, de manera análoga a las líneas de demarcación en pacientes con diálisis retiniana juvenil idiopática.

El electroretinograma reportó ausencia de respuesta fotópica binocular, y respuesta escotópica sólo en el ojo izquierdo. Los potenciales visuales evocados sólo mostraron respuesta en el ojo izquierdo, con latencia prolongada de la onda P100.

Ante la ausencia de otros signos de retinitis pigmentaria, la falta de signos inflamatorios, la existencia de múltiples líneas de gliosis subretiniana, y las características del electroretinograma, se integró el diagnóstico de desprendimiento de retina regmatógeno resuelto espontáneamente, bilateral. La paciente tenía, además, retinopatía diabética no proliferativa leve en la zona correspondiente a la retina sin pigmento.

DISCUSIÓN

El desprendimiento de la retina es una enfermedad que puede causar ceguera, en la que la retina neural se separa del epitelio pigmentario, al que normalmente se encuentra unida. En el tipo regmatógeno existe un orificio en la retina que permite la comunicación entre la cavidad vítrea y el espacio subretiniano, que en condiciones fisiológicas es virtual. Además de un orificio en la retina, el desprendimiento de retina regmatógeno se asocia con tracción del vítreo y con movimiento del gel vítreo líquido.⁷

La morbilidad es significativa cuando la mácula se afecta antes de que se diagnostique el des-



prendimiento. En los desprendimientos de retina regmatógenos que ocasionan síntomas está indicado el tratamiento quirúrgico.⁸ Los principios de la cirugía para tratar el desprendimiento de retina regmatógeno incluyen: crear una adhesión coriorretiniana para bloquear todos los agujeros retinianos, eliminar la tracción retiniana y drenar el líquido subretiniano en algunos casos.⁹

En 1981 Cantrill¹⁰ describió que existían casos de desprendimiento de retina regmatógeno con resolución espontánea. Aunque esta evolución se reporta más frecuentemente en pacientes con agujero macular,¹¹⁻¹³ Cho y colaboradores,¹⁴ en 2007, publicaron una serie de casos cuya lesión causal no se encontraba en la mácula; en ese estudio se excluyeron las distrofias retinianas y las uveítis como causa de la pigmentación, debido a la unilateralidad y localización de las lesiones.

La paciente del caso expuesto tenía afección bilateral pero no signos de inflamación en el segmento anterior, por lo que también se descartó a las uveítis como diagnóstico.

En los 15 ojos reportados por Cho y colaboradores¹⁴ existían dos características específicas; acumulaciones difusas de pigmento, atrofia pigmentaria retiniana o ambas, y un margen convexo de la lesión. Sólo en un ojo las acumulaciones de pigmento abarcaban todo el fondo del ojo; el promedio de extensión fue de 6 meridianos; 11 de 15 ojos tenían gliosis subretiniana (73.3%).

En la paciente del caso aquí reportado las acumulaciones de pigmento se extendían en todo el fondo del ojo derecho, y en 7 meridianos en el izquierdo. Por los antecedentes de cirugía previa a los 19 años y la extensión de la afección es probable que el desprendimiento de la retina hubiera sido total y de mayor antigüedad en el ojo derecho, lo que podría explicar la falta de percepción de la luz.

La mediana de agudeza visual en el estudio de Cho y colaboradores¹⁴ fue 20/50 (rango de movimiento de manos a 20/20); en los 5 ojos en que la visión era peor a 5/200 existía pigmento que involucraba la mácula. En el ojo funcional de la paciente del caso, la agudeza visual era 20/150, pero no existía pigmento en la mácula.

En el caso aquí expuesto no se identificaron lesiones causales en alguno de los ojos, pero en el estudio de Cho y colaboradores sólo en uno de los ojos se encontró una lesión causal.¹⁴

Lorenzo y colaboradores plantearon que el desprendimiento de vítreo posterior puede liberar el componente traccional en el desprendimiento de retina y contribuir a la resolución del desprendimiento. Además, el vítreo desprendido podría ocluir la lesión causal y limitar el desprendimiento.¹⁵ En un reporte de tres casos con resolución espontánea del desprendimiento de retina, en el que se identificó una lesión causal, Chung y colaboradores¹⁶ detectaron que uno tenía desprendimiento parcial del vítreo. La zona donde se localizaba el desprendimiento con resolución espontánea tenía el vítreo adherido.

En pacientes no caucásicos los desprendimientos de la retina asociados con diálisis inferotemporal también pueden tener resolución espontánea, principalmente por la localización inferior de la enfermedad. La retina reaplicada espontáneamente puede acumular pigmento, por hiperplasia del epitelio pigmentario retiniano. Esta pigmentación, que delimita la extensión del desprendimiento, se conoce como línea de demarcación y se reporta en 60% de los casos.¹⁷

Aunque es frecuente que las diálisis sean bilaterales, no es común que ocasionen desprendimientos de retina totales, ni la gliosis subretiniana de los desprendimientos de retina regmatógenos con resolución espontánea.¹⁸ La paciente del caso reportado tenía múltiples lí-

neas de gliosis subretiniana, que pudieran haber correspondido a etapas distintas de la progresión del desprendimiento regmatógeno.

La resolución espontánea de un desprendimiento regmatógeno de la retina es poco frecuente, pero es más raro aún que esta evolución sea bilateral. En el estudio de Cho y colaboradores¹⁴ cuatro de quince pacientes tuvieron desprendimiento de la retina en el ojo contralateral, pero en ninguno se reportó la resolución espontánea.

Una posibilidad adicional era que la paciente hubiera tenido retinosis pigmentaria a la que se hubiera agregado un desprendimiento regmatógeno de la retina. Los casos reportados con esta condición han mostrado otras características de retinosis pigmentaria, como palidez papilar y atenuación vascular¹⁹ o la distribución paravascular del pigmento en forma de espículas óseas,²⁰ pero no la gliosis subretiniana encontrada en los desprendimientos de retina regmatógenos con resolución espontánea.

Los pacientes con retinosis pigmentaria que afecta la periferia, habitualmente cursan con mala visión nocturna, por la afección de los bastones. Un individuo con degeneración de los fotorreceptores en la extensión que presentaba la paciente del caso reportado, hubiera percibido la deficiencia visual en condiciones de baja iluminación. La nictalopía orienta hacia el diagnóstico de retinosis pigmentaria, aunque la ausencia de este síntoma podría descartar la retinosis pigmentaria, la paciente del caso tenía catarata desde una edad temprana, por lo que la mala visión nocturna podría no haber sido evidente, si la degeneración de los fotorreceptores hubiera iniciado en una fecha posterior.

En la retinosis pigmentaria el electroretinograma típicamente muestra pérdida de la señal de los bastones (escotópica) y de los conos (fotópica), aunque suele predominar la afección de los

bastones.²¹ En la paciente del caso aquí expuesto había respuesta fotópica en el ojo izquierdo, múltiples líneas de demarcación en la retina pero no las características clínicas restantes de retinosis pigmentaria, por lo que esta posibilidad diagnóstica se descartó.

Aunque el pronóstico visual de la paciente era malo en el ojo derecho, la retina funcional del ojo izquierdo no tiene la expectativa que se presentaría si hubiera padecido retinosis pigmentaria, enfermedad en que la degeneración retiniana es progresiva. El diagnóstico de desprendimiento de la retina con resolución espontánea bilateral implicó que existía función de la retina no afectada en el ojo izquierdo, y que debía evitarse la pérdida visual por retinopatía diabética, que ya existía.

CONCLUSIONES

Las características clínicas del desprendimiento de retina regmatógeno con resolución espontánea permiten distinguirlo de otras enfermedades que cursan con pigmentación en la retina. El pronóstico de la retina no desprendida es mejor que en una enfermedad degenerativa, lo que permite la rehabilitación visual, que se facilita al integrar el diagnóstico.

Referencias

1. Ryan SJ. Retina. 3a ed. St Louis: Mosby, 2001;430-435.
2. Hartong DT, Berson EL, Dryja TP. Retinitis pigmentosa. *Lancet* 2006;368(9549):1795-1809.
3. Sudharshan S, Ganesh SK, Biswas J. Current approach in the diagnosis and management of posterior uveitis. *Indian J Ophthalmol* 2010;58:29-43.
4. Prado-Serrano A, Hernández-García MA, Hernández Salazar L. Retinopatía pigmentaria por tioridazina. *Rev Mex Oftalmol* 2011;85:45-51.
5. Romero R, Castaño A, Moriche M, Poyales B, Granados M. Atrofia coriorretiniana pigmentada paravenosa con afectación macular. *Arch Soc Esp Oftalmol* en prensa.
6. Batioğlu F, Atmaca LS, Atilla H, Arslanpençe A. Inflammatory pigmented paravenous retinochoroidal atrophy. *Eye* 2002;16:81-84.



7. Mitry D, Fleck BW, Wright AF, Campbell H, Charteris DG. Pathogenesis of rhegmatogenous retinal detachment. Pre-disposing Anatomy and Cell Biology. *Retina* 2010;30:1561-1572.
8. Sodhi A, Leung LS, Do DV, Gower EW, Schein OD, Handa JT. Recent Trends in the Management of Rhegmatogenous Retinal Detachment. *Surv Ophthalmol* 2008;53:50-67.
9. Saw SM, Gazzard G, Wagle AM, Lim J, Au Eong KG. An evidence-based analysis of surgical interventions for uncomplicated rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol Scand* 2006;84:606-612.
10. Cantrill HL. Spontaneous Retinal Reattachment. *Retina*. 1981;1(3):216-219.
11. Tam BS, Kwok AK, Bhende P, Lam DS. Spontaneous reattachment of a retinal detachment in a highly myopic eye with a macular hole. *Eye* 2000;14:661-662.
12. Polito A, Lanzetta P, Del Borrello M, Bandello F. Spontaneous resolution of a shallow detachment of the macula in a highly myopic eye. *Am J Ophthalmol* 2003;135:546-547.
13. Lai MM, Joshi MM, Trese M. Spontaneous Resolution of Traumatic Macular Hole-related Retinal Detachment. *Am J Ophthalmol* 2006;141:1148-1151.
14. Cho HY, Chung SE, Kim JI, Park KH, Kim SK, Kang SW. Spontaneous Reattachment of Rhegmatogenous Retinal Detachment. *Ophthalmology* 2007;114:581-586.
15. Lorenzo J, Capeans C, Suarez A, Pacheco P, Sánchez-Salorio M. Posterior vitreous findings in cases of spontaneous retinal reattachment. *Ophthalmology* 2002;109:1251-1255.
16. Chung SE, Kang SW, Yi CH. A developmental mechanism of spontaneous reattachment in rhegmatogenous retinal detachment. *Korean J Ophthalmol* 2012;26:135-138.
17. Chakrabarti M, Stephen V, John SR, Chakrabarti A. Retinal detachment due to retinal dialysis. *Kerala J Ophthalmol* 2007;XIX:391-393.
18. Jiménez-Sierra JM, Padilla-Ailhaud A, Ardila J, Santos A. Absence of proliferative vitreoretinopathy in inferotemporal juvenile dialysis. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1993;34:957.
19. Johnston GP. Retinitis pigmentosa and retinal detachment. A case report. *Retina* 1981;1:223-226.
20. Lee SY, Ong SG. Ring retinal detachment in retinitis pigmentosa. *Arch Ophthalmol* 2006;124:1794.
21. American Academy of Ophthalmology, Retina Panel. Basic and Clinical Science Course. Section 12, Retina and vitreous. San Francisco, American Academy of Ophthalmology 2012;126-130.