

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Macroaneurisma asociado con oclusión de rama venosa retiniana. Reporte de un caso

Solís-Vivanco A, Concha-del-Río LE

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad, hipertensa, que acude a consulta por miodesopsias y disminución de agudeza visual de un mes de evolución en el OD. Presentó un macroaneurisma arterial roto en arcada temporal superior, que se fotocoaguló. Tres años después presentó otro macroaneurisma en la misma arcada que se resolvió espontáneamente, recuperando su capacidad visual de 20/20 en ambas ocasiones. Cuatro años después presenta una oclusión de rama venosa inferior isquémica y superior no isquémica del mismo ojo.

Palabras clave: Macroaneurisma arterial, oclusión de rama venosa retiniana.

SUMMARY

We present a 62 year old hypertensive woman that came to our institution referring miodesopsia and diminished visual acuity in her right eye. She presented an arterial macroaneurysm in the superior temporal arcade in the right eye and received argon laser treatment. Three years later the patient presented another macroaneurysm in the same arcade and resolved spontaneously, recovering her 20/20 visual acuity in both occasions. Four years later she had an ischemic branch retinal artery occlusion in the inferior temporal arcade and non ischemic in the superior temporal arcade of the same eye.

Key words: Arterial macroaneurysm, branch retinal vein occlusion.

INTRODUCCIÓN

Los macroaneurismas son dilataciones arteriales fusiformes o saculares que varían entre 100 y 500 micras de diámetro, asociados con hipertensión arterial sistémica y arterio-esclerosis (1-3). Existe una asociación entre macroaneurismas arteriales y oclusiones de rama venosa retinianas que es importante conocer (1), además de que los macroaneurismas son uno de los diagnósticos que más comúnmente se escapa a los oftalmólogos cuando se pide un estudio de angiografía con fluoresceína (4). El caso clínico que presentamos es un buen ejemplo de esta patología.

REPORTE DE UN CASO

Se trata de paciente femenino de 62 años de edad que acude a consulta médica por miodesopsias, disminución de la agu-

deza visual y un escotoma amarillo de un mes de evolución, con antecedentes de tabaquismo positivo e HAS en tratamiento médico.

A su exploración oftalmológica, ojo derecho (OD) con agudeza visual menor a 20/400 y capacidad visual de 20/80 y en el ojo izquierdo (OI) agudeza visual de 20/80 y capacidad visual de 20/25. Segmento anterior normal y presiones intraoculares de 14 mmHg en ambos ojos.

En el polo posterior del OD se encontró una lesión hemorrágica subretiniana y subhialoidea con exudados perilesionales en arcada temporal superior; se diagnosticó macroaneurisma roto (fig. 1).

En la angiografía con fluoresceína se encontró áreas de hiperfluorescencia por cúmulo y se decidió fotocoagular la lesión con láser de argón. En la angiografía de control no se encontró evidencia del macroaneurisma y hubo disminución de los exudados (fig. 2). La paciente presentaba una capacidad visual de 20/20.

Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes". Asociación Para Evitar la Ceguera en México, IAP. Vicente García Torres 46, San Lucas, Coyoacán. México, DF. Tel 1084-1400.

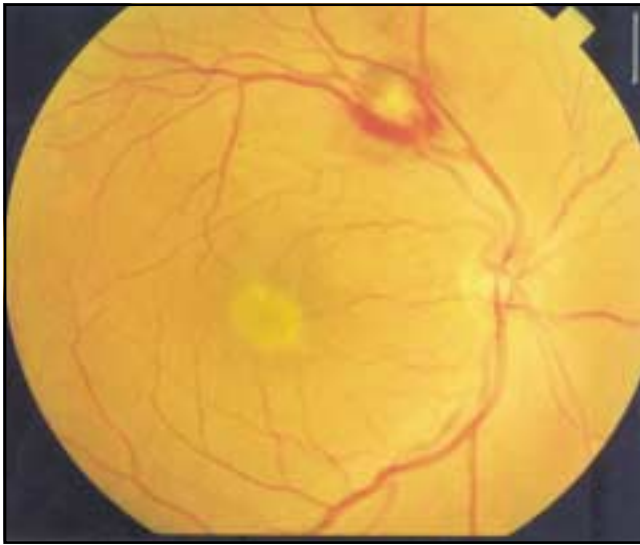


Fig. 1. Fotografía clínica donde se aprecia una hemorragia subretiniana e intrarretiniana en arcada temporal superior que corresponde al macroaneurisma roto. Véase los exudados en mácula.



Fig. 3. Fotografía clínica con hemorragia intrarretiniana y subhialoidea en la arcada temporal superior, así como huellas de fotocoagulación en la misma arcada.



Fig. 2. Fotografía clínica cuatro meses después del macroaneurisma donde no se encuentra evidencia de éste y sólo de las huellas de láser.



Fig. 4. Seis meses después del segundo aneurisma, ya no se encuentra evidencia de éste.

Acudió tres años después por disminución súbita de la agudeza visual del OD encontrándose un macroaneurisma roto con hemorragia intrarretiniana y subhialoidea en la arcada temporal superior (fig. 3); en la angiografía se observaban las huellas de fotocoagulación antiguas, e hiperfluorescencia con bloqueo en el área de la lesión. Se decidió observar a la paciente y seis meses después ya tenía CV de 20/20 sin evidencia del macroaneurisma (fig. 4). Dos años y medio después acude por presentar nuevamente disminución de agudeza visual del OD de cuenta dedos a 20 cm. Se encuentra la lesión ya descrita temporal superior, macroaneurisma en arteria temporal inferior y exudados maculares del mismo ojo (fig. 5). La angiografía muestra falta de perfusión, en la arteria temporal superior una oclusión venosa no isquémica y en la

arteria temporal inferior una oclusión venosa isquémica con edema macular secundario (fig. 6). Se decidió inyección intravítrea de triamcinolona para tratar el edema macular secundario. Además, se realizó un estudio sistémico donde se encontró hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

En los estudios de gabinete, la tele de tórax mostró cardioangioesclerosis e, hipertensión venocapilar pulmonar con patrón bronquítico crónico. El Doppler carotídeo con una placa ateromatosa de 15% del grosor de la arteria y el ecocardiograma reveló válvula mitral con fibrosis, alteraciones de la distensibilidad ventricular izquierda e insuficiencia valvular tricuspídea y pulmonar.

Actualmente se encuentra asintomática con una capacidad visual de 20/60 en el OD, 20/20 en el OI y sin neovasos.

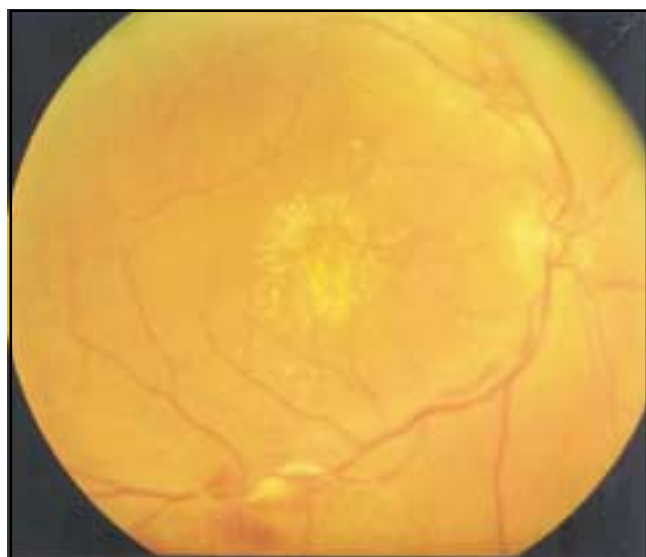


Fig. 5. Se aprecia la lesión temporal superior ya descrita en imágenes previas; macroaneurisma en arteria temporal inferior y exudados maculares.

DISCUSIÓN

Los macroaneurismas arteriales son lesiones causadas por daño crónico de la pared vascular, asociados con enfermedades sistémicas como hipertensión arterial (HAS) en 69% de los casos y aterosclerosis, en pacientes, sobre todo mujeres, mayores de 60 años.

Pensamos que en la primera ocasión la paciente acudió por un macroaneurisma roto; en la segunda ocasión otro macroaneurisma roto que cedió espontáneamente y, en la tercera ocasión, por una oclusión venosa temporal inferior isquémica que simulaba un macroaneurisma roto.



Fig. 6. Fotografía de la angiografía con fluoresceína en fase arteriovenosa donde se ve, en la arteria temporal superior, una oclusión venosa no isquémica, y en la arteria temporal inferior, una oclusión venosa isquémica con edema macular secundario.

Sobre la asociación entre los macroaneurismas con las oclusiones de rama venosas hay diferentes teorías sobre si los macroaneurismas preceden a las oclusiones venosas o viceversa. En el primer caso puede deberse al antecedente de fotocoagulación con láser de argón previo, reportado hasta en un 17% (1, 5), o por un factor mecánico oclusivo secundario a la obliteración espontánea trombótica o esclerótica del macroaneurisma (6), o por ser un pseudomacroaneurisma, que es mejor conocido como “signo de Bonnet” y que corresponde a una hemorragia en un cruce arteriovenoso que simula un macroaneurisma y posteriormente desarrolla una oclusión de rama venosa retiniana (7).

Si la oclusión venosa ocurre primero, el macroaneurisma arterial aparece en la zona que drena la arteria, sobre todo en pacientes con HAS y en mujeres (1). Si es un macroaneurisma venoso, entidad rara, y el sitio de oclusión es distal a la oclusión (8) puede suceder que haya aneurismas capilares venosos secundarios a la oclusión que den edema macular y exudados lipídicos (9).

La asociación verdadera se debe a que comparten factores sistémicos como la hipertensión arterial y el grupo etario (10). Ante la presencia de un macroaneurisma en un paciente mayor de 60 años y con el antecedente de HAS, es importante descartar una oclusión venosa retiniana así como realizar un estudio sistémico del paciente para prevenir futuras complicaciones.

REFERENCIAS

1. Panton RW, Goldberg MF, Farber MD. Retinal arterial macroaneurysms: Risk factors and natural history. *Br J Ophthalmol* 1990; 74:595-600.
2. Rabb MF, Gagliano DA, Teske MP y col. Retinal arterial macroaneurysms. *Surv Ophthalmol* 1988; 33:73-96.
3. Abdel-Khalek MN, Richardson J. Retinal macroaneurysm: natural history and guidelines for treatment. *Br J Ophthalmol* 1990; 70:2-11.
4. Irvine AR. The diagnoses most commonly missed by ophthalmologists referring patients for fluorescein angiography. *Ophthalmology* 1990; 93:1216-1221.
5. Russell SR, Folk JC. Branch retinal artery occlusion after photocoagulation of an arterial macroaneurysm. *Am J Ophthalmol* 1987; 104(2):186-7.
6. Battaglia M, Bondel E, Saviano S, Ravalico G. Branch retinal vein occlusion after spontaneous obliteration of retinal arterial macroaneurysm. *Retina* 1998; 18(4):378-9.
7. Kimmel AS, Morrison D, Robb-Doyle E. Temporal branch retinal vein obstruction masquerading as a retinal arterial macroaneurysm: the Bonet sign. *Ann Ophthalmol* 1989; 21:251-252.
8. Brouman ND, Goldberg RE, Augsburger JJ, Grohsman J y col. Isolated venous macroaneurysm. *Ophthalmic Surg* 1990; 21(9):646-8.
9. Schulman J, Jampol LM, Goldberg MF. Large capillary aneurysms secondary to retinal venous obstruction. *Br J Ophthalmol* 1981; 65:36-41.
10. Yin Wong T, Marino-Larsen E, Klein R, Mitchell P y col. Cardiovascular risk factors for retinal vein occlusion and arteriolar emboli. *Ophthalmology* 2005; 112:540-547.