

Coloboma bilateral de iris, cristalino, coriorretina y nervio óptico, asociado a desprendimiento retiniano

Dr. Javier Erana, Dr. Maximiliano Gordon

RESUMEN

Reportamos el caso de un paciente femenino de 14 años de edad con un coloboma completo de Iris, cristalino y coriorretina, foseta en el nervio óptico derecho y coloboma en el nervio óptico izquierdo, asociado con un desprendimiento regmatógeno de retina (DRR) en el ojo izquierdo.

Palabras clave: Coloboma bilateral, coloboma de nervio óptico, foseta de nervio óptico, desprendimiento retiniano colobomatoso.

SUMMARY

We report a case of a 14 year old female with a complete bilateral iris, lens and chorioretinal coloboma, associated with a right optic nerve pit, coloboma of the left optic nerve disc and rhegmatogenous retinal detachment (RRD) in the left eye.

Key words: Bilateral coloboma, optic nerve coloboma, optic nerve pit, colobomatous retinal detachment.

Paciente femenino de 14 años de edad arribó al servicio de Consulta Externa con disminución indolora súbita en la visión del ojo izquierdo con una semana de evolución y sin causas aparentes asociadas. Nació a las 38 semanas de gestación sin complicaciones asociadas durante el embarazo. A la exploración, la agudeza visual era de 16/40 en el OD y de percepción de luz en el OI. Bajo la lámpara de hendidura, en el segmento anterior se apreciaba un coloboma bilateral de iris y cristalino, la presión intraocular (PIO) era 12 mmHg y 0 mmHg en el OD y OI respectivamente. El ángulo por gonioscopía era de grado 4 en ambos ojos. En el examen del fondo de ojo se apreciaba en el OD un coloboma coriorretiniano con foseta en el nervio óptico; en el OI, un coloboma coriorretiniano asociado con un DRR temporal superior ocupando los meridianos 11 a 5.

El tratamiento consistió en cirugía de retinopexia con exoplante, “peeling” e intercambio agua y aire, endofotocoagulación y, al final, llenado de la cavidad ocular con silicona. Al 8º día de postoperatorio, se encontró retina aplicada, silicona clara y PIO de 20 mmHg. Al mes del postoperatorio, apareció un agujero macular, con DRR recidivante y catarrata en el OI. Se usó láser de argón para delimitar la lesión e intentar detener la progresión del desprendimiento reti-

niano, sin éxito. Se reprogramó para cirugía y colocación de lente intraocular.

DISCUSIÓN

Los colobomas coroideos son raros (0.14% de la población general) (1). Aparecen por la falla al cierre de la fisura óptica, formando un defecto en un sector del iris, cuerpo ciliar, retina y coroides. El coloboma de cristalino se forma en el 4º mes, asociado usualmente con otras condiciones colobomatosas; típicamente ocurre en la parte inferior pero puede ser en cualquier localización de la periferia (2), usualmente causado por la falta de zónulas en el área ecuatorial del mismo; los casos bilaterales son raros (3). Los desprendimientos de retina asociados pueden ser mejor tratados con técnicas quirúrgicas vitreoretinianas para reducir la tracción en el margen que el vítreo forma con la membrana intercalar y, a su vez, para reforzar el mismo margen (1). Se ha reportado que la vitrectomía con tamponade de silicona para desprendimientos de retina asociados con colobomas coroideos y el uso de endofotocoagulación peripapilar en 360º mejora a largo plazo los resultados visual y anatómico (4, 5).

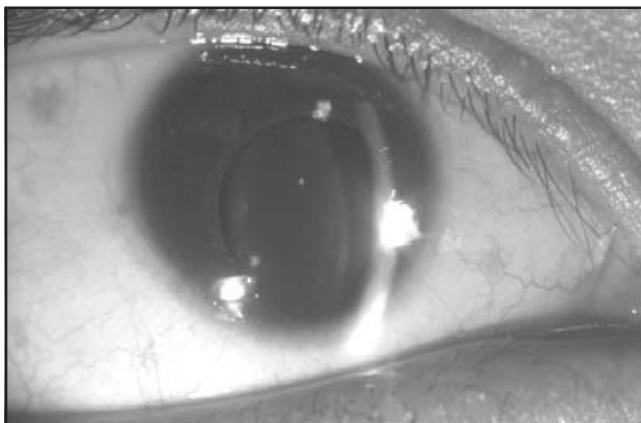


Fig. 1. Ojo derecho: Coloboma de iris y cristalino.

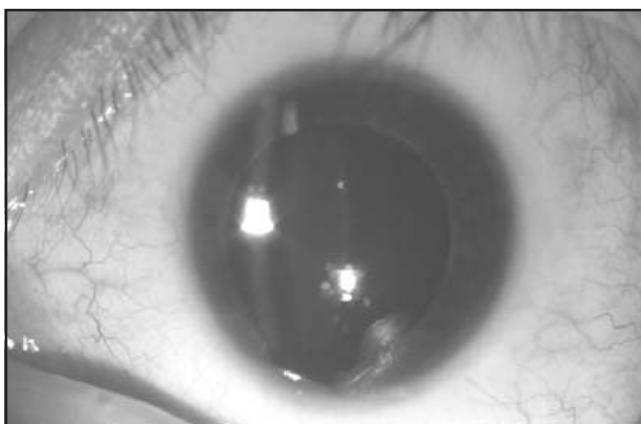


Fig. 2. Ojo izquierdo: Coloboma de Iris y cristalino.

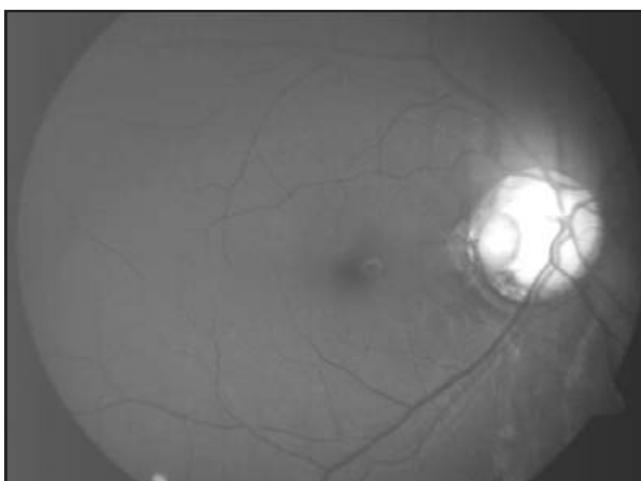


Fig. 3. Ojo derecho: Foseta en el nervio óptico.

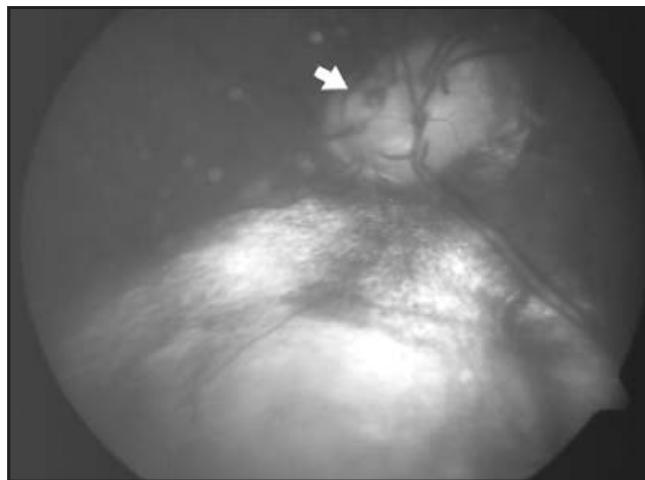


Fig. 4. Ojo izquierdo: Desprendimiento regmatógeno de retina y coloboma de nervio óptico.

CONCLUSIÓN

En ojos colobomatosos, el riesgo de desprendimiento retiniano aumenta con la edad (1). Los colobomas son, por lo general, unilaterales y únicos pero pueden ser dobles. Nosotros reportamos este caso porque, a pesar de lo que está descrito para el tratamiento y el resultado a largo plazo con las técnicas quirúrgicas, a veces no es suficiente en ojos con defectos tan severos. Es importante hacer énfasis en un seguimiento más seguido de lo que ya está descrito y tomar en cuenta la aparición de lesiones nuevas, sobretodo en casos bilaterales como este caso.

REFERENCIAS

1. Schubert HD. Structural Organization of Choroidal Colobomas of young and adult patients and mechanism of Retinal Detachement. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2005; 103:457-472.
2. Angra SK, Gupta S, Dada VK, Gupta AK. Coloboma of lens. *Indian J Ophthalmol* 1984; 32:21-22.
3. Addarwak A, El-Bash A, Inker S, Musarella MA. Symmetrical Bilateral Lens Colobomas in Two Brothers. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2004; 41(5):302-4.
4. Pal N, Azad RV, Sharma YR. Long-term anatomical and visual outcome of vitreous surgery for retinal detachment with choroidal coloboma. *Indian J Ophthalmol* 2006; 54(2):85-8.
5. Bakri SJ, Beer PM. Vitreoretinal surgery for optic pit associated serous macular detachment: a discussion of two cases. *Int Ophthalmol* 2004; 25(3):143-6.