

Desprendimiento de retina seroso periparto. A propósito de un caso

M. Navarro^a, S. Manzanares^a, S. Sánchez-Legaza^b, M.A. Carmona^a y F. Montoya^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^bServicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

ABSTRACT

Serous retinal detachment during pregnancy is usually bilateral and generally associated to preeclampsia, and is related to choroid vascular changes. Central serous chorioretinopathy is a rare complication of pregnancy, which presents unilaterally and is also more frequent in middle aged men. There is almost total resolution at the end of the third trimester of pregnancy, or after delivery. We present the case of a 32 year old woman with a normal pregnancy who developed vision loss immediately after delivery, and recovered it completely two weeks later, in the same way as a serous detachment associated with preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

El término desprendimiento de retina indica la separación de la capa neurosensorial del epitelio pigmentario de la retina. El desprendimiento en sí es espontáneo, aunque puede estar favorecido por traumatismos, tumores, procesos inflamatorios, enfermedades sistémicas como la diabetes, fármacos como antibióticos y corticoides, cirugía previa o enfermedades oculares como ambliopía o miopía^{1,2}. En la gestación se le ha relacionado con la preeclampsia^{3,4,5}.

Atendiendo a su patogenia, puede clasificarse como desprendimiento regmatógeno (espontáneo o tras traumatismo), desprendimiento por tracción (traumático o por enfermedades sistémicas) y desprendimiento exudativo o seroso (por procesos tumorales e inflamatorios).

Clínicamente cursa con un cuadro de pérdida visual indolora, brusca o gradual, con fotopsias y miodesopsias, aunque éstas pueden estar ausentes en el desprendimiento seroso.

El desprendimiento de retina seroso (DRS) se ha descrito en aproximadamente el 1% de las preeclampsias graves y en el 10% de las eclampsias⁶. Este desprendimiento es generalmente bilateral y bulloso⁶, aunque se han comunicado algunos casos quísticos localizados. Típicamente ocurre al final del embarazo, pero también se puede desarrollar en el posparto precoz. Hay consenso en que este DRS se relaciona con cambios en la vascularización coroidea⁷, como se ha demostrado por angiografías fluoresceínicas realizadas durante el embarazo y poco después del parto, que muestran áreas no perfundidas y múltiples puntos de fuga de fluoresceína subretinianos.

Los casos de DRS en mujeres embarazadas sin preeclampsia son raros. En algunas pacientes, no obstante, se aprecia un cambio residual del epitelio pigmentario de la retina que simula una distrofia macular o retinitis pigmentosa⁸. Excepcionalmente puede desarrollarse una atrofia óptica.

La coriorretinopatía serosa central es una variedad de desprendimiento macular frecuente en varones (8-10/1) de edad media^{1,2} producida por una solución de continuidad en el epitelio pigmentario retiniano que permite el paso de líquido desde la coroides hasta el espacio subretiniano.

Aunque su asociación al embarazo es rara, en la actualidad se han descrito al menos 50 casos⁹. Suele afectar a gestantes en general, con buena salud, y se manifiesta con un cuadro de pérdida visual unilateral y, menos frecuentemente, bilateral¹⁰.

La resolución del proceso dependerá del grado de afectación macular, y en determinados casos precisa laserterapia o cirugía. En el caso del embarazo, la resolución suele ser espontánea a finales del tercer trimestre o tras el parto, con recuperación prácticamente completa de la agudeza visual⁶.

A continuación presentamos el caso clínico de una gestante que se inició con un cuadro agudo de pérdida de visión posparto.

Aceptado para su publicación el 12 de diciembre de 2003.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 32 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, con embarazo transcurrido con normalidad, que ingresa en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada en la semana 40 de gestación por hidrorrea de líquido amniótico claro.

Se diagnostica rotura prematura de membranas y se procede a la inducción del parto con oxitocina. La fase de dilatación tiene una duración de 9 h y cursa sin incidencias, y se administra analgesia epidural. Tanto el parto como el alumbramiento son espontáneos y transcurren también sin complicaciones.

A los 15 min del alumbramiento, la paciente comienza a manifestar visión borrosa, inicialmente sólo en el ojo izquierdo, y posteriormente en el derecho. También manifiesta acufenos y dolor hemicraneal izquierdo. Además de una pérdida importante de agudeza visual, refiere ver una «mancha amarillenta» central.

En la exploración a pie de cama se manifiesta una agudeza visual muy baja: con el ojo derecho cuenta dedos a 2 m y con el izquierdo a 0,5 m. El examen de los reflejos pupilares muestra un reflejo directo pupilar aferente leve en ojo izquierdo con reflejo fotomotor directo conservado en ambos. La motilidad extraocular no está afectada. El polo anterior no muestra alteraciones ni signos inflamatorios. El campo visual, por confrontación, evidencia una pérdida de sensibilidad muy marcada en el área central y también pérdida, menos acusada, en ambos campos laterales. La oftalmoscopia directa no es concluyente, aunque parece haber un tono amarillento inusual en la región macular del ojo izquierdo, por lo que se instilan midriáticos para poder valorar con mayor precisión.

En la valoración oftalmoscópica posterior se aprecia ya con nitidez un desprendimiento de retina bilateral, con afectación predominante del polo posterior, que abarca toda el área entra las arcadas temporales y región circundante a la papila óptica. No se aprecian lesiones en la retina periférica.

Al mismo tiempo, se realiza tomografía computarizada (TC) craneal que descarta la presencia de lesiones isquémicas o hemorrágicas y que no muestra hallazgos patológicos.

La paciente sigue tratamiento con diuréticos y reposo. Al día siguiente la agudeza visual mejora sensiblemente, y es de 0,2 en ojo derecho, que alcanza 0,6 con el estenopeico, y de 0,1 en el izquierdo, que con el estenopeico llega a 0,4. El polo anterior es anodino, y en el fondo de ojo no hay restos ya de desprendimiento, aunque se aprecia un tenue edema del haz papilomacular, mácula y región peripapilar.

Ante la evolución favorable de la paciente se decide llevar a cabo observación semanal, dándose por resuelto el caso a las 2 semanas, al haberse restablecido por completo la visión.

DISCUSIÓN

La patogenia del DRS durante la gestación es desconocida, aunque podrían estar implicados los cambios hemodinámicos y hormonales (aumento en los niveles de cortisol) y el estado de hipercoagulabilidad que se dan en el embarazo^{11,12}, así como el estrés que supone el período gestacional en mujeres pre-dispuestas.

La primera causa de pérdida de visión durante el parto es la preeclampsia, que, aunque rara, puede estar presente hasta en el 1% de los casos⁶. En este cuadro aparecen múltiples áreas de levantamiento retiniano que tienden a confluir formando un desprendimiento de retina bulloso. El DRS de la preeclampsia es casi siempre bilateral y aparece usualmente en pacientes con embarazos complicados⁶. Puede causar una marcada pérdida de visión, pero la mayoría de las pacientes recuperan espontáneamente la visión normal en pocas semanas⁶.

La coriorretinopatía serosa central, en cambio, es más frecuentemente unilateral y en varones¹⁻².

En nuestro caso, la paciente había cursado todo el embarazo con tensiones arteriales normales y sin otros signos de enfermedad. Sin embargo, las características del cuadro se asemejan más al DRS de la preeclampsia que el de la coriorretinopatía serosa central.

Otra posibilidad etiológica que debe tenerse en cuenta ante una pérdida visual es un accidente cerebrovascular hemorrágico, hecho que quedó descartado tras la realización de la TC.

También hay que considerar la posibilidad de un desprendimiento de retina con la administración de corticoides durante el embarazo, en los casos de amenaza de parto prematuro², hecho que no se produjo en nuestra paciente.

La inserción de catéter epidural y la administración de anestésicos por esta vía no se han descrito en la bibliografía como causa de desprendimiento retiniano.

Se ha referido una mayor incidencia de la presencia de exudados fibrinosos subretinianos en pacientes gestantes (90%) frente a no gestantes (10%)¹⁰, los cuales pudieran corresponderse con la mancha amarillenta visualizada en el fondo de ojo el día del parto. Se cree que el origen de dichos exudados radica en el aumento de la permeabilidad vascular de la coriocapilar que permite el paso de grandes moléculas de fibrinógeno hacia el espacio subretiniano.

En la mayoría de los pacientes con DRS se ha descrito una reeplicación retiniana espontánea y una recuperación visual en las primeras semanas^{6,13}, como sucedió en nuestro caso.

La actitud, pues, ha de ser expectante, dada la evolución benigna del cuadro, con seguimientos periódicos hasta constatar la recuperación visual completa, evitando exploraciones adicionales innecesarias y tratamientos incorrectos.

RESUMEN

El desprendimiento de retina seroso se presenta durante el embarazo de forma bilateral generalmente asociado a preeclampsia y se relaciona con cambios en la vascularización coroidea. La coriorretinopatía serosa central se presenta de forma unilateral, es más frecuente en varones de edad media y su asociación con el embarazo es rara. En ambos casos la resolución del cuadro es prácticamente completa al final del tercer trimestre o tras el parto. Presentamos el caso de una gestante de 32 años sin complicaciones que presentó una pérdida de visión en el posparto inmediato y que recuperó totalmente 2 semanas después, asemejando un desprendimiento de retina seroso característico de la preeclampsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Massin P. Ocular complications in diabetes: towards standardizing screening and care. *Rev Prat* 2001;15:1776-82.
2. Bouzas EA, Karadimas P, Pourmaras CJ. Central serous chorioretinopathy and glucocorticoids. *Surv Ophthalmol* 2002;47:431-48.
3. Hadad A, Faleh R, Abdi A, Tlili I, Ghannem I, Sakouhi M. Serious retinal detachment in several pre-eclampsia. Two cases reports. *Tunis Med* 2002;80:500-4.
4. Lee C, Hsu TY, Ou CY, Chang SY, Soong YK. Retinal detachment in postpartum pre-eclampsia and eclampsia: report of two cases. *Changeng Yi Xue Za Zhi* 1999;22:520-4.
5. Prado RS, Figueiredo EL, Magalhaes TV. Retinal detachment in pre-eclampsia. *Arq Bras Cardiol* 2002;79:183-6.
6. Sunness JS. The pregnant woman's eye. *Surv Ophthalmol* 1988;32:219-38.
7. Valluri S, Adelberg DA, Curtis RS, Olk RJ. Diagnostic indocyanine green angiography in preeclampsia. *Am J Ophthalmol* 1996;122:672-7.
8. Ober RR. Pregnancy-induced hypertension (preeclampsia-eclampsia). En: Ryan SJ, editor. *Retina*. St Louis: Mosby Year Book, 1994; p. 1405-12.
9. Sunness JS, Haller JA, Fine SL. Central serous chorioretinopathy and pregnancy. *Arch Ophthalmol* 1993;111:360-4.
10. Gass JDM. Central serous chorioretinopathy and white subretinal exudation during pregnancy. *Arch Ophthalmol* 1991;109:677-8.
11. Bedrossian RM. Central serous retinopathy and pregnancy. *Am J Ophthalmol* 1974;78:152.
12. Cruysberg JRM, Deutman AF. Visual disturbances during pregnancy caused by central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1982;66:240-1.
13. Jaffe G, Schatz H. Ocular manifestations of preeclampsia. *Am J Ophthalmol* 1987;103:309-15.