

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia



Comunicación corta

Quiste vítreo: a propósito de un caso[☆]

J.P. Moreno-Arrones* y R. Jiménez-Parras

Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de enero de 2011

Aceptado el 29 de junio de 2011

On-line el 29 de setiembre de 2011

Palabras clave:

Quiste vítreo

Vitrectomía

Láser

Biomicroscopia ultrasónica

R E S U M E N

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 12 años que refiere miodesopsias en ojo izquierdo (OI) de 6 meses de evolución. Presenta una agudeza visual (AV) de 1/0,9, en fondo de ojo izquierdo un quiste vítreo anterior. En la resonancia magnética se observa una imagen hipointensa en T1 y en la ecografía en modo B una lesión hipoeocoica de 3,2 × 4,3 mm; la biomicroscopia ultrasónica puso de manifiesto un cuerpo ciliar normal.

Conclusión: Dada la buena AV del paciente se observará periódicamente. Si interfiere con el eje visual es posible fragmentarlo con láser Nd:YAG o argón, o bien su extracción vía pars plana.

© 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Vitreous cyst: a case presentation

A B S T R A C T

Case report: We report a case of a 12-year-old patient who complained about visual disturbances in left eye for 6 months. His visual acuity was 1/0.9, funduscopy in left eye revealed a free-floating cyst in the anterior vitreous. Magnetic resonance showed a low intense image in T1, and B-scan ultrasound confirmed a hypoechoic cyst of 3.2 × 4.3 mm; ultrasound biomicroscopy revealed a normal ciliary body.

Conclusion: Given the good VA the patient will be monitored periodically. If the cyst interferes with visual axis, management with Nd:YAG or Argon laser photocystotomy or remove it by pars plana vitrectomy has been advocated.

© 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:
Vitreous cyst
Vitrectomy
Laser
Ultrasound biomicroscopy

Introducción

Los quistes vítreos congénitos o adquiridos son raros¹. Pueden variar en tamaño, forma, ser o no pigmentados, estar libres en

la cavidad vítreo o adheridos a otras estructuras oculares. Los quistes vítreos adquiridos han sido descritos en personas con antecedentes traumáticos o parasitarios^{2,3}. En los congénitos, no se ha descrito relación alguna con enfermedades oculares. Se cree que los quistes vítreos congénitos pigmentados tienen

* El presente trabajo ha sido presentado en el 82.º Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología (A Coruña, Septiembre 2006) como comunicación en panel.

[☆] Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.paz.moreno@hotmail.com (J.P. Moreno-Arrones).

0365-6691/\$ - see front matter © 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:[10.1016/j.oftal.2011.06.019](https://doi.org/10.1016/j.oftal.2011.06.019)



Fig. 1 – Quiste vítreo anterior.

su origen en el epitelio de la pars ciliaris; mientras que los no pigmentados en el sistema vascular hialoideo^{1,4,5}. Rara vez los quistes congénitos interfieren con la visión y requieren tratamiento, por lo que diferenciar entre ambos quistes es, en consecuencia, clínicamente importante.

Caso clínico

Varón de 12 años de edad, sin antecedentes personales de interés, es enviado por miodesopsias en ojo izquierdo (OI) de un año de evolución.

En la exploración se observa agudeza visual en ojo derecho (OD) de 1 y AV en OI de 0,9, que no mejora con estenopeico.

La biomicroscopia anterior muestra un polo anterior normal.

La presión intraocular es de 14 mmHg en ambos ojos.

El fondo de ojo en OD es normal; OI, quiste translúcido en parte anterior de la cavidad vítreo, siendo el resto, incluyendo pars plana, normal (figs. 1 y 2).

Ecografía en modo B: lesión hipoeocoica de 3,2 × 4,3 mm (fig. 3).



Fig. 2 – Quiste vítreo anterior con fondo de ojo normal.

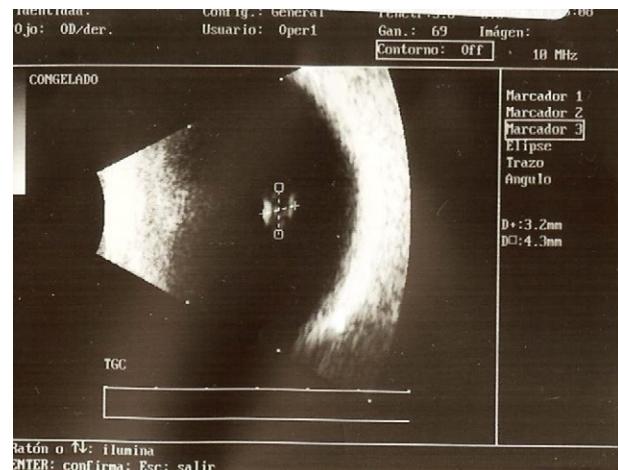


Fig. 3 – Ecografía en modo B que muestra el tamaño del quiste, 3,2 × 4,3 mm, con imagen hipoeocoica en el interior del mismo.

En la imagen por resonancia magnética orbitaria sin contraste se observa una lesión hipointensa en T1 en corte coronal en OI (fig. 4).

La biomicroscopia ultrasónica (BMU) muestra cuerpo ciliar normal, con una concavidad iridiana de 360°.

Se descartó, mediante pruebas serológicas y una adecuada exploración pediátrica, enfermedad sistémica asociada.

Discusión

Los quistes vítreos congénitos son hallazgos raros y frecuentemente asintomáticos. La agudeza visual suele ser normal en los pacientes que los presentan y solo requieren una observación periódica^{1,4,5}. Su etiología sigue siendo idiopática. La edad media de presentación varía entre los 5-68 años, pero la mayoría de los casos aparecen en pacientes entre los 10-20 años. Las dimensiones varían entre los 0,15 y los 12 mm, siendo esféricos, ovales, lobulados, etc.

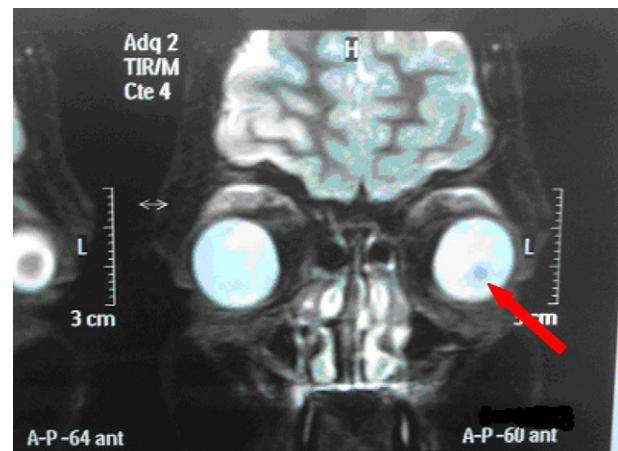


Fig. 4 – Imagen por resonancia magnética orbitaria sin contraste que muestra una lesión hipointensa en T1 (véase flecha).

Diferenciar entre los quistes vítreos congénitos y adquiridos es importante en orden a establecer una correcta actitud terapéutica¹, ya que los primeros rara vez interfieren con el eje visual y por lo tanto que requieran tratamiento.

Se cree que los quistes vítreos congénitos pigmentados se originan en el epitelio pigmentado del iris o de la pars ciliaris del cuerpo ciliar^{1,5}, mientras que otros autores piensan que derivan de una regresión incompleta del vítreo primario o de la persistencia residual del sistema vascular hialoideo⁴. Sin embargo, también han sido descritos en ojos estructuralmente normales.

Los quistes vítreos adquiridos han sido encontrados en pacientes afectados de enfermedades degenerativas como la retinitis pigmentosa, atrofia coroidea, retinosquisis, uveítis, toxoplasmosis, vitritis parasitaria y endoftalmitis por nematodos. Sin embargo, no está claro la etiopatogenia de generación de quistes. Otros autores señalan que estos pueden ser adenomas ciliares desprendidos en el vítreo, neoformaciones en la estructura anatómica de un coloboma o una reacción vítreo a degeneraciones coriorretinianas.

Los quistes parasitarios presentan, en la mayoría de los casos, paredes blanco-cremosas más gruesas. El escólex puede ser evidenciado mediante la lámpara de hendidura o por BMU. Además, los tests de laboratorio son de utilidad a la hora de hacer el diagnóstico diferencial³.

En nuestro caso, el origen neuroectodérmico del quiste fue sospechado, debido a la presencia de pigmento en la superficie del mismo, pero la BMU no confirmó esta posibilidad. La ecografía en modo B excluyó la presencia de restos embrionarios vítreos. Los padres del paciente se negaron a la realización de la angiofluoresceíngrafía, y no pudimos valorar la naturaleza avascular del quiste. La etiología infecciosa fue excluida mediante el hemograma y las pruebas serológicas.

En la literatura médica, el crecimiento de los quistes ha sido observado en solo 2 pacientes con un seguimiento de 17 años, indicando la benignidad de estos procesos.

Pocos datos hay acerca del tratamiento de estas formaciones. Awan trató de manera exitosa con láser argón un

quiste congénito que causaba incapacitantes síntomas visuales debido a la localización de este en el eje visual colapsando y dispersando los gránulos de pigmento en la cavidad vítreo sin reformarse. Puede haber complicaciones como fragmentación incompleta, quemaduras iatrogénicas retinianas o formación de cataratas tras la utilización de láser. Orellana et al. aspiraron vía pars plana un quiste. Obviamente, el tratamiento está contraindicado en pacientes asintomáticos o que no refieran síntomas no severos. La elección de la vitrectomía vía pars plana sería aquellos casos en los cuales persistiesen los síntomas incapacitantes tras la fotocistostomía con láser.

En conclusión, la ausencia de antecedentes personales, la normalidad del estudio sistémico junto con la edad del paciente nos hace pensar que la etiología pudiera ser congénita. Dada la buena agudeza visual del paciente se observará su estado periódicamente. El diagnóstico diferencial de los quistes vítreos es importante en orden a establecer un adecuado tratamiento de esta enfermedad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nork TM, Millecchia LL. Treatment and histopathology of a congenital vitreous cyst. *Ophthalmology*. 1988;105:825-30.
2. Asayo-Vogel MN, el Haifnawi S, Laqua H. Ultrastructural features of a solitary vitreous cyst. *Retina*. 1996;16:250-4.
3. Sinav S, Demirci A, Sinav B, Öge F, Süllü Y, Kandemir B. A primary intraocular hydatid cyst. *Acta Ophthalmol*. 1991;69:802-4.
4. Lisch W, Rochels R. Patogenesis of congenital vitreous cyst. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 1989;195:375-8.
5. Jones WL. Free-floating vitreous cyst. *Optom Vis Sci*. 1998;75:171-3.