

Desprendimiento de retina exudativo como primera manifestación de una preeclampsia grave

Serous retinal detachment as a first sign of severe preeclampsia

Antonio Ramos Suárez, Francisco José Barrero Sojo, Ana Belén González Escobar, Fernando García Martín, Mercedes Lorenzo Soto, Saturnino Gismero Moreno

Hospital Costa del Sol. Málaga, España.

RESUMEN

El desprendimiento de retina exudativo es una causa poco común de pérdida visual en la preeclampsia. Su patogenia no es del todo conocida, aunque la isquemia coroidea pudiera jugar un papel fundamental. Existen pocos casos reportados en la literatura y la mayoría hace referencia a casos aislados o series cortas de casos. Presentamos el caso de una primigesta de 34 años en el tercer trimestre de embarazo con un desprendimiento de retina exudativo bilateral. La sintomatología visual fue la primera manifestación de una preeclampsia que terminó en cesárea de urgencia. La clínica oftalmológica se resolvió de forma espontánea a las dos semanas de la cesárea.

Palabras clave: preeclampsia; desprendimiento de retina exudativo; angiografía; isquemia coroidea.

ABSTRACT

Exudative retinal detachment is an uncommon cause of loss of visual acuity in preeclampsia. Its pathogenesis is not fully understood, but choroidal ischaemia is known to play a key role. Few cases have been reported, and most of these refer to isolated cases or short series of cases. We describe the case of a primigravida aged 34 years, in the third trimester of pregnancy, with bilateral exudative retinal detachment. The visual symptoms were the first manifestation of preeclampsia, which finally required an emergency caesarean section. The retinal detachment resolved spontaneously within two weeks of the caesarean section.

Key words: preeclampsia; exudative retinal detachment; angiography; choroidal ischaemia.

INTRODUCCIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo constituyen un importante problema de salud en la mujer embarazada. Dentro de ellos se encuentran la preeclampsia (PE) y la eclampsia (E). La PE se define como el hallazgo después de la semana 20 de embarazo de hipertensión, acompañada por proteinuria, edema o ambos, y la ocurrencia de convulsiones en una paciente con PE que no pueden ser atribuidas a otras causas.¹

Durante la gestación, se producen cambios fisiológicos en múltiples órganos. En el sistema visual, la córnea se vuelve más gruesa y curva, lo que puede conducir a cambios refractivos. También se produce una disminución de su sensibilidad, y la presión intraocular (PIO) disminuye, especialmente en el tercer trimestre. Por otro lado, el embarazo puede alterar la evolución de patologías ya existentes como la retinopatía diabética o uveítis. Además pueden aparecer entidades específicas asociadas al embarazo tales como la amaurosis cortical asociada a estados hipertensivos del embarazo o favorecer el desarrollo de patologías no específicas del embarazo como la coriorretinopatía central serosa.¹

Entre el 30 y el 100 % de las pacientes con PE pueden presentar algún tipo de afectación en el sistema visual.² Los síntomas más frecuentes son visión borrosa, fotopsias y escotomas en el campo visual. El hallazgo funduscópico más frecuente es una constricción sectorial o generalizada de las arteriolas retinianas. En casos graves pueden aparecer otros signos típicos de la retinopatía hipertensiva como edema retiniano, hemorragias, exudados duros o algodinosos, papiledema y lesiones a nivel del epitelio pigmentario de la retina (EPR).¹ El pronóstico de las alteraciones visuales asociadas a PE es bueno y los hallazgos funduscópicos tienden a la involución espontánea tras el parto.¹

El desprendimiento de retina exudativo (DRE) como causa de pérdida visual en pacientes con PE o E fue descrita por primera vez en 1855 por *Von Graefe*.³ Constituye una asociación poco frecuente y la mayoría de publicaciones cuentan solo con casos aislados o series de casos cortas. Aparece aproximadamente en el 1 % de las preeclampsias graves y hasta en el 10 % de las eclampsias.² Presentamos el caso de una primigesta de 34 años en la que los síntomas visuales fueron la primera manifestación de una preeclampsia grave que terminó en cesárea.

CASO CLINICO

Primigesta de 34 años sin antecedentes médicos personales ni familiares de interés en la semana 33 y 1 día de gestación, quien acudió a nuestro Servicio por un escotoma positivo y fotopsias en ojo izquierdo (OI) de dos días de evolución. En la exploración, la presión intraocular fue de 18 mmHg en ambos ojos (AO). La máxima agudeza visual corregida (MAVC) fue de 1 en el ojo derecho (OD) y 0,6 en el OI. El segmento anterior fue normal en AO. La funduscopia del OD mostró un DRE peripapilar y macular sin afectar la fovea. En el OI se apreció una imagen similar, con un DRE de mayor tamaño que si afectaba la fovea (Fig. 1). Los hallazgos funduscópicos fueron confirmados mediante tomografía de coherencia óptica (Fig. 2).

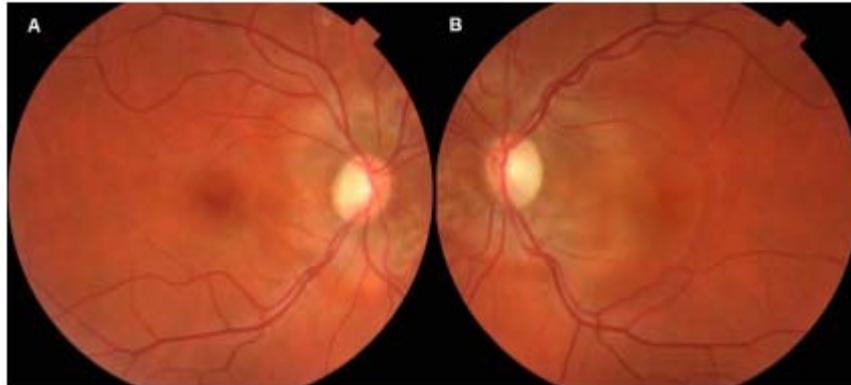


Fig. 1. Retinografías en la primera visita. A: En el ojo derecho se aprecia un desprendimiento de retina exudativo peripapilar que no afecta la fovea. B: En el ojo izquierdo se aprecia un desprendimiento de retina exudativo peripapilar de mayor tamaño que afecta la fovea.

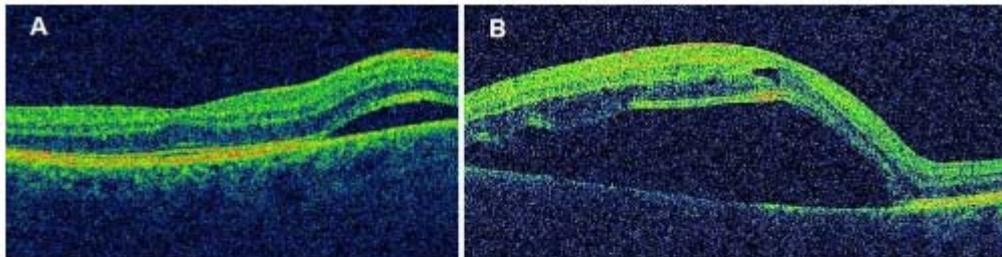


Fig. 2. Tomografía de coherencia óptica en la primera visita. A: En el ojo derecho se aprecia un desprendimiento de retina exudativo con perfil foveal conservado. B: En el ojo izquierdo vemos un desprendimiento de retina exudativo de gran tamaño. Existe separación entre el epitelio pigmentario de la retina y la retina neurosensorial con fluido subretiniano en su interior y pérdida completa del perfil foveal.

Se realizó interconsulta con el Servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital, que diagnosticó una PE grave en la paciente. La paciente fue ingresada y se realizó cesárea de urgencia por PE grave dos días después. A la semana de su primera visita, la paciente refirió mejoría subjetiva de las alteraciones visuales. La MAVC fue de 1 en el OD y 0,8 en el OI. La biomicroscopia del segmento anterior fue normal en AO. En la funduscopia se apreció persistencia de DRE en ambos ojos pero de menor tamaño (Fig. 3).

En la tomografía de coherencia óptica (OCT) del OD se apreció persistencia del desprendimiento neurosensorial plano pero de mayor extensión que en la anterior visita. En la OCT del OI persistió el desprendimiento neurosensorial pero con un tamaño menor (Fig. 4).

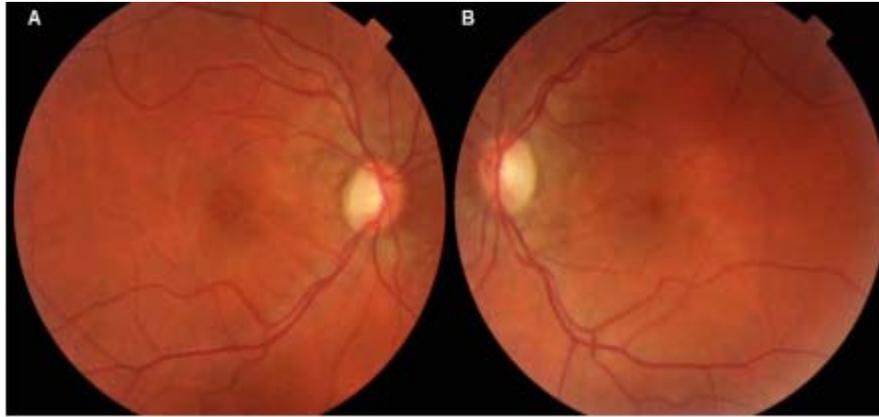


Fig. 3. A: Ojo derecho. B: Ojo izquierdo. Retinografías de ambos ojos tras una semana de evolución. Persiste un pequeño desprendimiento de retina exudativo en resolución.

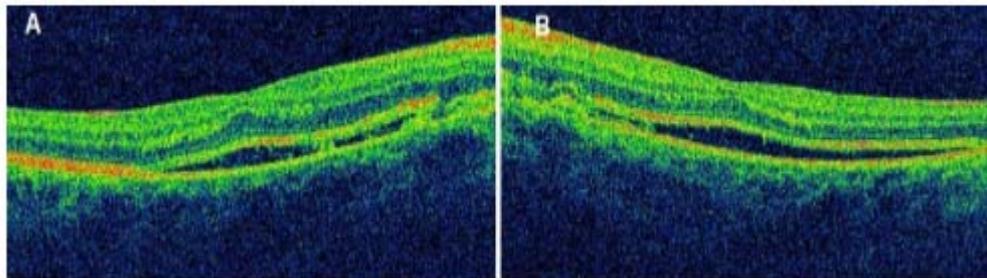


Fig. 4. Tomografía de coherencia óptica tras una semana de evolución. A: En el ojo derecho se observa desprendimiento neurosensorial plano de una extensión mayor a la presentada en la visita anterior. B: En el ojo izquierdo persiste el desprendimiento neurosensorial pero con un tamaño menor.

Dada la buena evolución del cuadro, se decidió una actitud expectante. A las dos semanas la MAVC fue de 1 en ambos ojos. La funduscopia y la OCT fueron normales (Fig. 5). Tras 7 meses de seguimiento la paciente permaneció asintomática con exploraciones normales.

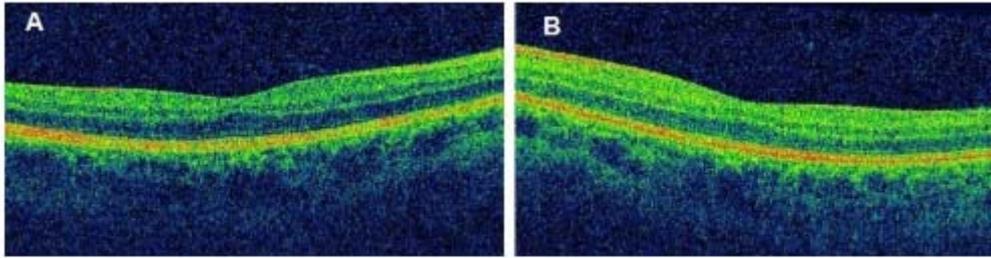


Fig. 5. Tomografía de coherencia óptica tras dos semanas de evolución. En ambos ojos ha desaparecido el desprendimiento de retina exudativo y existe un perfil foveal normal.

DISCUSIÓN

El desprendimiento de retina exudativo es una causa poco común de pérdida visual durante el embarazo asociado a la preeclampsia o la eclampsia. Afecta con mayor frecuencia a mujeres multíparas; suele ser bilateral y aparece preferentemente durante el tercer trimestre de gestación o precozmente tras el parto.⁴ Es más frecuente en casos de PE grave.⁵ En nuestra paciente, el DRE fue bilateral a pesar de referir clínica únicamente en el OI, por lo que se aconseja siempre una exploración de AO en estos casos. El momento de aparición fue el tercer trimestre de gestación; sin embargo, ocurrió en su primer embarazo.

La gravedad de la pérdida visual es variable desde casos con una visión de cuenta dedos⁴ a otros en los que la paciente presenta una clínica menos evidente como sería nuestro caso. La recuperación visual completa varias semanas tras el parto es la norma. La actitud debe ser por tanto expectante con controles periódicos y son innecesarios los procedimientos invasivos adicionales. La OCT constituye una técnica idónea para el diagnóstico y seguimiento.

La patogenia no ha sido totalmente aclarada, en parte por la dificultad de realizar angiografías en pacientes embarazadas por un potencial efecto teratogénico.⁵ Varios estudios han sugerido que en la PE se produce un intenso vasoespasmo a nivel de las arteriolas coroides. Este hecho hace que existan áreas de isquemia coroides donde la permeabilidad vascular estaría aumentada, lo que favorecería la extravasación y la acumulación de líquido en el espacio subretiniano.⁵ *Collier*⁶ lo atribuye a la oclusión de múltiples capilares a nivel de la coroides. Este hecho haría aumentar la presión hidrostática y facilitaría la trasudación al espacio subretiniano. Más recientemente, otros autores han postulado que se produciría una fuga de agentes vasoconstrictores, tales como la angiotensina II, la adrenalina y la vasopresina desde la coriocapilar al líquido intersticial corioideo (en la PE existe un aumento de producción a dichas sustancias presoras, así como una mayor reactividad vascular a estas). Estos vasoconstrictores actúan sobre las paredes de los vasos coroides, lo que resulta en la vasoconstricción corioidea y en la posterior isquemia.⁷

*Guter*⁸ demuestra mediante angiografía en una mujer con PE y DRE múltiples puntos de fuga a nivel corioideo con vascularización retiniana normal. *Mabie*⁹ describe un retraso en el relleno de la coriocapilar sin encontrar tampoco alteraciones a nivel de la vascularización retiniana. Otros autores describen zonas de coroides que no se rellenan de colorante con extravasación al espacio subretiniano en tiempos tardíos.⁵ La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) permite un seguimiento a estas pacientes de forma no invasiva.¹⁰ Se han descrito elevaciones localizadas del epitelio pigmentario de la retina cercanas a la papila, lo que ha sugerido una alteración en el transporte de líquido en el complejo coroides-EPR-retina

más evidentes en la fase aguda. Dichas lesiones parecen persistir tras la resolución del cuadro, y sugieren cambios cicatriciales a nivel de del EPR. También se ha descrito la existencia de zonas cercanas a papila con aumento de grosor coroideo en fase aguda que vuelven a la normalidad con la resolución del cuadro. En nuestro caso pueden observarse lesiones similares a nivel del EPR en las imágenes de OCT obtenidas a la semana del diagnóstico, si bien no son apreciables tras la resolución del cuadro.

El desprendimiento de retina exudativo podría ser el primer signo de graves complicaciones como una PE grave, coagulación intravascular diseminada o un síndrome de HELLP (anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia).² Además, la presencia de visión borrosa, el escotoma o las fopsias en una mujer embarazada podría indicar la existencia de PE aunque exista una exploración oftalmológica normal. Por consiguiente, resulta fundamental la evaluación por un especialista en obstetricia en estos casos.

Conflicto de intereses

No se declara conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schultz KL, Birnbaum AD, Goldstein DA. Ocular disease in pregnancy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2005; 16(5): 308-14.
2. Brown JC, Sunness JS. Pregnancy and retinal disease. In: Ryan SJ, Hinton DR, Schachat AP, Wilkinson CP, eds. *Retina.* St. Louis: Mosby; 2006; 2. p. 1355-66.
3. Von Graefe A. Über eine Krebsablagerung im Innern des Auges, deren ursprünglicher Sitz Zwischen und Choroidea war. *Graefes Arch Klin Ophthalmol.* 1855; 2(1): 214-24.
4. Almuna R, Tenorio J, Valenzuela F. Desprendimiento seroso de la retina en una paciente con preeclampsia y recuperación de la visión sin secuelas. *Rev Obstet Ginecol.* 2009; 4(2): 127-30.
5. Sathish S, Arnold JJ. Bilateral choroidal ischaemia and serous retinal detachment in preeclampsia. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2000; 28(5): 387-90.
6. Collier RH. Experimental Embolia Ischaemia of the choroid. *Arch Ophthalmol.* 1967; 77(5): 683-92.
7. Hayreh SS. Systemic arterial blood pressure and the eye. *Eye.* 1996; 10(1): 5-28.
8. Guiter KA, Houser BP, Sarim LK, Justice J. Toxemia of Pregnancy: An Angiographic Interpretation of Fundus Changes. *Arch Ophthalmol.* 1968; 80(4): 449-54.

9. Mabie WC, Ober RR. Fluorescein angiography in toxemia of pregnancy. Br J Ophthalmol. 1980; 64(9):666-71.

10. Querques L, Querques G, Loperfido F, Lattanzio R, Bandello F. Enhanced depth imaging optical coherence tomography findings associated with serous retinal detachment in preeclampsia. Arch Gynecol Obstet. 2014;289(2):457-9.

Recibido: 24 de enero de 2016.

Aprobado: 24 de marzo de 2016.

Antonio Ramos Suárez. Hospital Costa del Sol, Autovía A-7 Km 187, 29603 Marbella, Málaga, España. Correo electrónico: antoniomirmarbella@hotmail.com