

CASOS CLÍNICOS

Trombosis venosa retiniana. A propósito de dos casos después del tratamiento quirúrgico

Retinous venous thrombosis after surgery. Two case report after surgical treatment

Dra. Iris Chávez Pardo; Dra. Doris González Varela; Dr. Raúl Sanz Pérez; Dra. Mariela Rodríguez Martí; Dra. Yalile Fayad Rodríguez

Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presentan dos casos de pacientes con oclusión venosa retiniana asociada a la presencia de glaucoma de ángulo estrecho. Fueron evaluados mediante examen de agudeza visual, biomicroscopía, tonometría y oftalmoscopia indirecta con seguimiento durante un período de tres años. El examen funduscópico mostró en ambos casos excavación de la papila óptica, tortuosidad y oclusión venosa con hemorragias retinianas superficiales y profundas en polo posterior y edema retiniano, coincidió con la presencia de tensiones oculares elevadas alrededor de los 50 mm Hg. Fueron tratados con hipotensores oculares y cirugía antiglaucomatosa (trabeculectomía), posteriormente se logró la regresión del cuadro funduscópico en un período de tres a 14 semanas con recuperación visual y normalización de la presión intraocular. La presencia de glaucoma e hipertensión arterial sistémica fueron los principales factores predisponentes para la oclusión venosa en nuestros pacientes.

DeCS: ESTUDIOS DE EVALUACIÓN; OCLUSIÓN DE LA VENA RETINIANA; GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO; TRABECULECTOMÍA/métodos; CAUSALIDAD; GLAUCOMA

ABSTRACT

This paper reports on two cases of retinal vein occlusion associated to narrow-angle glaucoma that were assessed through visual acuteness test, biomicroscopy; tonometry, and indirect ophthalmoscopy with 3 year follow up. In both patients, funduscopy showed apical papillary excavation, winding venous occlusion with either superficial or deep hind pole retinal haemorrhage, and retinal edema all coincidental with 500 mmHg high ocular tension. After treatment with ocular hypotensors and antiglaucomous surgery (trabeculaectomy) funduscopy status regression accompanied by vision comeback and intraocular pressure normalization was achieved within a 3–14 week period. The main risk factors for venous occlusive disease were glaucoma and systemic high blood pressure.

DeCS: EVALUATION STUDIES; RETINAL VEIN OCCLUSION; ANGLE-CLOSURE; TRABECULECTOMY/methods; CAUSALITY; GLAUCOMA

INTRODUCCIÓN

Después de la retinopatía diabética, la oclusión venosa de la retina es la vasculopatía retiniana más frecuente.^{1, 2} Existen factores predisponentes sistémicos y oculares que incluyen: la edad avanzada, la presencia de hipertensión arterial sistémica, discrasias sanguíneas, presión intraocular elevada, hipermetropía, periflebitis y anomalías congénitas de la vena central de la retina.^{3, 4}

La trombosis venosa retiniana se clasifica en isquémica y no isquémica, esta última es la más frecuente y menos grave de la enfermedad.⁵ La oclusión de la vena central de la retina se presenta raramente en adultos jóvenes, se considera una enfermedad diferente a la observada en pacientes ancianos y se ha postulado que puede estar causada por la presencia de anomalías

congénitas de las venas retinianas. El pronóstico visual es bueno debido a la ausencia de una isquemia retiniana importante.^{6, 7}

El objetivo del presente trabajo es describir dos pacientes jóvenes que presentaron una oclusión venosa retiniana con un glaucoma de ángulo estrecho.

Caso 1

Mujer de 34 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica que acudió a consulta de oftalmología con disminución de la visión del ojo derecho.

Examen oftalmológico

	OD	CD	OD	50 mm Hg
AV			TO	
	OI	IO	OI	19 mm Hg

Biomicroscopía con lámpara de hendidura

OD: cámara anterior de reflejo estrecha, ausencia de reflejo fotomotor.

OI: cámara anterior estrecha, reflejo fotomotor normal.

(pupila de Marcus Gunn).

Gonioscopía

OD: ángulo camerular cerrado.

OI: ángulo camerular muy estrecho.

Oftalmoscopía indirecta

OD: papila de bordes borrosos con excavación fisiológica, vasos muy tortuosos y dilatados, cruces arteriovenosos con signo de Gunn, hemorragias en llamas y redondeadas en polo posterior. Hemovítreo.

OI: normal.

Se diagnosticó una oclusión de la vena central de la retina en el ojo derecho y un glaucoma de ángulo estrecho. La paciente fue tratada con hipotensores oculares: pilocarpina 2 %, inhibidores de la anhidrasa carbónica y manitol, pero la presión intraocular se mantuvo elevada, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico y se realizó trabeculectomía del ojo derecho. La evolución postquirúrgica fue favorable, la presión intraocular se normalizó ($P_o = 19$), la agudeza visual mejoró (0.7) hubo regresión del cuadro fundoscópico, quedaron vasos estrechados y envainados con signo de Gunn y columna sanguínea de color blanquecino.

Caso 2

Paciente varón de 30 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica que acudió a consulta por presentar disminución de la visión y dolor en el ojo izquierdo.

Examen oftalmológico

AV	OD	IO	OD	16 mm Hg
	OI	CD	OI	40 mm Hg

Biomicroscopía con lámpara de hendidura

OD: cámara anterior estrecha.

OI: inyección cilioconjuntival, edema corneal, midriasis media parálitica y cámara anterior estrecha.

Gonioscopía

OD: ángulo camerular muy estrecho.

OI: ángulo camerular cerrado.

Oftalmoscopía indirecta

Papila con excavación aumentada que rechaza los vasos centrales en ambos ojos y alteraciones características de oclusión venosa retiniana en el ojo izquierdo.

Una vez establecido el diagnóstico de oclusión venosa de la retina y glaucoma de ángulo estrecho se indicó tratamiento médico con hipotensores oculares sin lograr compensar la presión intraocular, por lo que fue necesario someter al paciente a cirugía antiglaucomatosa (trabeculectomía) del ojo izquierdo, el paciente evolucionó favorablemente con disminución de la presión intraocular a cifras normales ($P_o = 20$ mm Hg), mejoró la agudeza visual (0.6) y hubo reabsorción de las hemorragias y el edema retiniano, dejó como secuelas vasos estrechados, envainamiento venoso y cruces arterovenosos con signo de Gunn.

DISCUSIÓN

La oclusión venosa de la retina frecuentemente es idiopática, pero la hipertensión arterial sistémica, la diabetes y el glaucoma han sido señalados como importantes factores de riesgo.⁸

En los dos pacientes la disminución de la agudeza visual motivó la realización de un examen oftalmológico completo, se diagnosticó la presencia de oclusión

venosa retiniana y glaucoma, lo que coincide con otros autores que encuentran esta asociación en más del 50 % de los pacientes con trombosis venosa de la retina.⁹ Se considera que la trombosis se instala sobre un glaucoma preexistente.¹⁰

La hipertensión arterial es considerada el factor predisponente más frecuente, la morfología y el número de los cruces arteriovenosos son determinantes; se plantea que cuando la bifurcación de la rama venosa es perpendicular existe una menor tendencia a la oclusión por la existencia de menores turbulencias de la columna sanguínea, lo que no ocurre de esta manera si la disposición es en ángulo agudo.¹¹ Algunos autores plantean que la trombosis venosa en individuos jóvenes se asocia a la presencia de factores de riesgo vasculares, se comportó de igual manera esta relación en nuestros pacientes, pues la edad promedio de los mismos fue 32 años y en ambos se recogió el antecedente de hipertensión arterial sistémica.¹²

El tratamiento quirúrgico (trabeculectomía) mostró resultados favorables en pacientes menores de 50 años con diagnóstico de oclusión venosa y glaucoma de ángulo estrecho, se logró regresión del cuadro funduscópico y recuperación de una agudeza visual normal o casi normal en más del 50 % de los pacientes, lo cual se atribuye al hecho de que la retina de un paciente joven tolera mejor períodos transitorios de oclusión venosa que en los pacientes ancianos.¹³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glacet-Bernard A, Coscas G. Actualites sur les occlusions veineuses retiniennes. J Fr Ophthalmol 1993; 16: 685-95.
2. Sanborn GE, Magargall LE, Jaerger EA. Venous occlusive disease of the retina. Duane's Ophthalmology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.p.328-36.
3. Finkelstein D, Clarkson JG, Hillis A. Branch and central vein occlusions In: Focal point. Clinical Modulos for ophthalmologists 1997; 15(9).
4. Fekrat S, Finkelstein D. Venous occlusive disease. In: Regillo CD, Brown GC, Flynn Jr, editors. Vitreoretinal disease: the essentials. New York: Thieme; 1999: 117-32.

5. Paques M, Naoun K, Garmyn V, Laurent P, Gaudric A. Circulatory consequences of retinal vein occlusions. Advantages of dynamic angiography. J Fr Ophthalmol 2002; 25: 898-902.
6. Pianka P, Almog Y, Man O, Goldstein M, Sela BA, Lowenstein A, et al. Hyperhomocystinemia in patients with nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy central retinal artery occlusion and central retinal venous occlusion. Ophthalmology 2000; 107: 1588-92.
7. Kears TP. Differential diagnosis of central retinal vein obstruction. Ophthalmology 1983; 90: 475-80.
8. Horton J. Disorders of the eye. In: Braunwald E, Fanci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jamenson J, editors. Harrison's Principles of internal Medicine. New York: McGraw Hill; 2001.p. 164-78.
9. Beaumont PE, Kang HK. Clinical characteristics of retinal venous occlusions occurring at different sites. Br J Ophthalmol 2002; 86: 572-80.
10. Opremcak EM, Bruce RA. Surgical decompression of branch retinal vein occlusion via arteriovenous crossing sheathotomy. Retina 1999; 19: 1-5.
11. Fonseca R, Dantas MA. Retinal venous beading associated with recurrent branch vein occlusion. Can J Ophthalmol 2002; 37: 182-3.
12. Cobo SR, Hernández-Lastras A, Seoane E, Sánchez-Ramón S, Vidal F, Teijeiro P, et al. Oclusion vascular retiniana en pacientes jóvenes. Arch Soc Esp Oftalmol 2001; 76: 181-88.
13. Shah GK, Sharma S, Firemon MS, Federman J, Brown MM. Arteriovenous adventitial sheathotomy for the treatment of macular edema associated with branch retinal vein occlusion. Am J Ophthalmol 2000; 129: 104-6

Recibido: 17 de marzo de 2005

Aceptado: 11 de octubre de 2005

Dra. Iris Chavez Pardo. Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.