



Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología

Print version ISSN 0365 -6691

Arch Soc Esp Oftalmol vol.80 no.7 Madrid July 2005

<http://dx.doi.org/10.4321/S0365-66912005000700007>

COMUNICACIÓN CORTA

ACEITE DE SILICONA PARA EL TRATAMIENTO DE LA MACULOPATÍA HIPOTÓNICA

SILICONE OIL HYPOTONIC MACULOPATHY TREATMENT

HERAS-MULERO H¹, GARCÍA-LAYANA A², FERNÁNDEZ-HORTELANO A¹,
GARCÍA-GÓMEZ PJ¹, SÁDABA-ECHARRI LM²

My SciELO

Custom services

Services on Demand

Article

- Article in xml format
- Article references
- How to cite this article
- Automatic translation
- Send this article by e-mail

Indicators

Related links

Bookmark

|More

RESUMEN

Caso clínico: Paciente con maculopatía hipotónica secundaria a vitrectomía posterior con liberación de proliferación vitreo-retiniana por desprendimiento de retina. Ante la falta de mejoría tensional a la inyección Triamcinolona intravítrea se inyectó aceite de silicona tras lo cual mejoró la agudeza visual y los pliegues coriorretinianos desaparecieron.

Discusión: La maculopatía hipotónica es un proceso de mal pronóstico con deterioro visual profundo. Las opciones terapéuticas son limitadas. Creemos que la inyección de aceite de silicona es una opción terapéutica para restablecer la PIO y la anatomía normal del ojo, pudiendo mejorar, en algunos casos, la AV.

Palabras clave:

Maculopatía hipotónica, triamcinolona intravítrea, aceite de silicona, proliferación vitreoretiniana.

ABSTRACT

Case report: We report a case of a man who developed hypotonic maculopathy after vitreoretinal surgery for anterior proliferative vitreoretinopathy. After an injection of intravitreal triamcinolone, the ocular pressure did not increase, therefore silicone oil was injected. After this, the visual acuity increased and the choroidal and retinal folds regressed.

Discussion: Hypotonic maculopathy is a frustrating problem, often resulting in poor visual acuity. There are not many effective treatments. The injection of silicone oil could be an alternative to increase the intraocular pressure and re-establish the normal anatomy of the eye, improving the visual acuity in some patients (*Arch Soc Esp Oftalmol 2005; 80: 417-420*).

Key words:

Hypotonic maculopathy, intravitreal triamcinolone, silicone oil, anterior proliferative vitreoretinopathy

Recibido: 11/11/04. Aceptado: 13/7/05.

Departamento de Oftalmología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina.

Comunicación presentada en el LXXX Congreso de la S.E.O. (Córdoba 2004).

Los autores manifiestan que no tienen ningún interés comercial ni económico en ninguno de los productos citados en este texto.

Correspondencia:
 H. Heras Mulero
 Departamento de Oftalmología. Clínica Universitaria
 Universidad de Navarra
 Apartado 42099
 31080 Pamplona
 España
 E-mail: hheras@unav.es

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta el caso de un paciente con maculopatía hipotónica secundaria a cirugía de desprendimiento de retina y proliferación vitreoretiniana anterior (VRPA) que fue tratada satisfactoriamente con inyección de aceite de silicona mejorando la presión intraocular y la agudeza visual.

CASO CLÍNICO

Paciente diagnosticado de maculopatía hipotónica secundaria a vitrectomía posterior (VVP) con liberación de proliferación vitreoretiniana anterior (VRPA) por desprendimiento de retina en el ojo derecho hacía 6 meses. El paciente estaba tratado con colirio de dexametasona sin observar mejoría clínica. La presión intraocular (PIO) era de 4 mmHg y la agudeza visual (AV) de contar dedos a 1 metro. En el fondo de ojo ([fig. 1](#)) se aprecia la existencia de pliegues coriorretinianos maculares, papiledema y tortuosidad vascular. En el OCT macular ([fig. 2](#)) (grosor de 804 micras) se observan los pliegues coriorretinianos. Se inyecta 4 mgr de triamcinolona intravítrea, sin obtener, a los 2 meses, incremento en la PIO, por lo que se realiza VVP con inyección de aceite de silicona. A las 2 semanas la PIO es de 8 mmHg y la AV de 0,05; con normalización fundoscópica. A los 18 meses la AV es de 0,1 con una PIO de 11 mmHg. En el fondo de ojo ([fig. 3](#)) ha desaparecido la tortuosidad vascular y el papiledema sin apreciar la existencia de pliegues coriorretinianos. El grosor macular medido mediante OCT ([fig. 4](#)) es de 301 micras. Después de 18 meses con silicona intraocular no ha aparecido ninguna complicación secundaria a ella.



Fig. 1. Imagen oftalmoscópica previa a la inyección de triamcinolona intravítrea en la que se aprecia la existencia de papiledema, tortuosidad vascular y pliegues coriorretinianos.

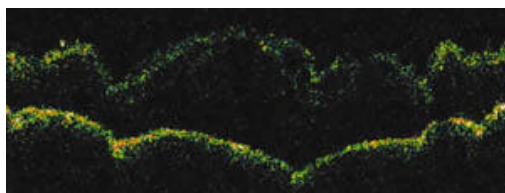


Fig. 2. OCT macular previo a la inyección de triamcinolona intravítrea en el que se observa la existencia de pliegues coriorretinianos y desprendimiento neurosensorial de la retina, el grosor macular es de 804 micras.



Fig. 3. A los 18 meses de la inyección de silicona se observa normalización oftalmoscópica del ojo con desaparición de la tortuosidad vascular, de los pliegues coriorretinianos y del papiledema.

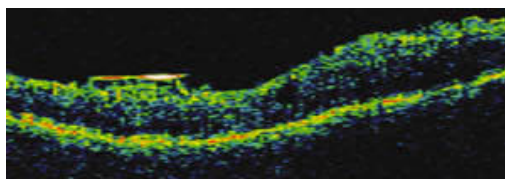


Fig. 4. En el OCT no se aprecian pliegues coriorretinianos. El grosor macular es de 301 micras.

DISCUSIÓN

Dellaporta fue el primero en describir los hallazgos fundoscópicos de 4 pacientes afectados de hipotonía ocular; y Gass fue el que acuñó el término «maculopatía hipotónica» para describir los hallazgos oftalmoscópicos y angiográficos de 10 pacientes con hipotonía ocular (HO) (1).

La causa principal de HO reside en la cirugía de glaucoma con empleo de antimetabolitos (1). En el Silicone Study (2) el 24% de los ojos vitrectomizados desarrollaron hipotonía crónica siendo el factor más predictivo la presencia de VRPA, independientemente de la existencia previtrectomía de hiponía o del empleo de C3F8 o silicona (2). En la VRPA se produce crecimiento fibrocelular en la cara anterior del vítreo con posterior contracción del mismo que ocasiona retracción y tracción tanto sobre la pars plicata como sobre el cuerpo ciliar (2-4). Dicha tracción mantenida sobre el cuerpo ciliar ocasiona desprendimiento traccional y daño mecánico de éste, produciendo aumento de filtración del humor acuoso por la vía uveo-escleral; así como disminución de la producción del humor acuoso (3). Cuando se libera quirúrgicamente la VRPA la presión intraocular se ve incrementada (3,4). Este incremento está relacionado con el tiempo de evolución de la VRPA, a mayor tiempo de evolución, menor es el incremento de la presión intraocular (3) debido a daño irreversible del cuerpo ciliar (4).

La HO produce complicaciones como maculopatía, queratopatía, formación de cataratas, hemorragia coroidea, papiledema, pérdida de visión, dolor ocular o ptisis bulbi (1,3,4). Sin embargo, hay pacientes con PIO bajas que no desarrollan ninguna de estas patologías, por lo que, en estos ojos hipotonos, deben existir factores que predispongan a desarrollar maculopatía hipotónica. La rigidez escleral débil, que presentan los ojos miopes, los pacientes jóvenes y varones, se han visto relacionados con un mayor riesgo de padecer patología ocular secundaria a hipotonía crónica (1).

El ojo hipotono tiende a colapsarse ya que la presión atmosférica es superior a la presión de la esclera como esfera hueca. Clínicamente se aprecian pliegues coriorretinianos en área macular, edema de papila y tortuosidad vascular (1). En el OCT se observan pliegues coriorretinianos y desprendimiento seroso de la retina neurosensorial, siendo las alteraciones del OCT mucho más tempranas que la aparición de signos oftalmoscópicos identificables.

En el presente caso no está previsto realizar la extracción del aceite de silicona, salvo que se produzcan efectos secundarios intolerables derivados de su presencia intraocular. La extracción del aceite de silicona provocaría, probablemente, la recidiva de la HO y la disminución de la AV.

La mayoría de estos ojos, si se dejan sin tratamiento, perderán la agudeza visual y acabarán en ptisis (1,3,4). En la mitad de los pacientes a los que se les inyecta triamcinolona intravítrea sufren subidas de la PIO mayores de 20 mmHg. Jonas (5) ha utilizado la triamcinolona intravítrea de manera satisfactoria en ojos hipotonos, por lo que esta maniobra terapéutica podría ser el primer paso en el tratamiento de la HO ya que es una técnica sencilla con pocos efectos secundarios. Si la triamcinolona no incrementa la PIO, se puede realizar VVP con inyección de silicona o C3F8. Diversos autores (2-4) han comprobado con estas técnicas incremento de la PIO, pero pocos han sido los pacientes con mejoría de la AV.

La maculopatía hipotónica es un proceso de mal pronóstico ya que el deterioro visual es profundo y las opciones terapéuticas son escasas. A pesar de las limitaciones que ofrece el estudio de un único caso, creemos que la

inyección de aceite de silicona es una buena opción terapéutica para restablecer la PIO y la anatomía normal del ojo, pudiendo mejorar, en algunos, casos la AV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fannin LA, Schiffman JC, Budenz DL. Risk factors for hypotony maculopathy. *Ophthalmology* 2003; 110: 1185-1191.
2. Barr CC, Lai MY, Lean JS, Linton KL, Trese M, Abrams G, et al. Postoperative intraocular pressure abnormalities in the Silicone Study. *Silicone Study Report 4. Ophthalmology* 1993; 100: 1629-1635.
3. Lewis H, Verdaguer JI. Surgical treatment for chronic hypotony and anterior proliferative vitreoretinopathy. *Am J Ophthalmol* 1996; 122: 228-235.
4. O? Connell SR, Majji AB, Humayun MS, de Juan E Jr. The surgical management of hypotony. *Ophthalmology* 2000; 107: 318-323.
5. Jonas JB, Vossmerbaeumer U, Kampeter BA. Chronic prephthisical ocular hypotony treated by intravitreal triamcinolone acetonide. *Acta Ophthalmol Scand* 2004; 82: 637.

© 2012 *Sociedad Española de Oftalmología*

Travessera de Gràcia, 17-21

Tel: 932 000 711

08021 Barcelona



oftalmologia@elsevier.com