

## COMUNICACIÓN EN VIDEO

ID: 02726

PATOLOGÍA SEGMENTO POSTERIOR

## DESPRENDIMIENTO COROIDEO BILATERAL SIN ANTECEDENTE DE CIRUGÍA INTRAOCULAR

**Autores:** ZAÍRA CERVERA SÁNCHEZ<sup>1</sup>, Alicante; M<sup>a</sup> JESÚS CHAVES SAMANIEGO<sup>1</sup>, Alicante; PEDRO AMAT PERAL<sup>1</sup>, Alicante; JOSÉ M<sup>a</sup> RUIZ MORENO<sup>1</sup>, Alicante.  
1 - Vissum Alicante.

**Palabras clave:** desprendimiento coroideo, glaucoma agudo primario de ángulo cerrado, presión intraocular.

## JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El desprendimiento coroideo (DC) es una complicación frecuente durante el período de hipotonía (presión intraocular (PIO) menor de 5 mmHg) producido tras cirugía de glaucoma. El DC en glaucoma ha sido descrito en varias situaciones, como en el postoperatorio de la cirugía hipotensora o en glaucoma agudo primario de ángulo cerrado tratado con hipotensores sistémicos (Edemox). El DC se produce debido a cambios anatómicos del diafragma del iris-cristalino tras un efecto hipotensor acusado. Anteriormente, no se ha descrito ningún caso en la literatura científica, donde se produzca efusión coroidea sin antecedentes de cirugía ni tratamiento con inhibidores de la anhidrasa carbónica (IAC). Por lo tanto, el objetivo es presentar un caso clínico de desprendimiento coroideo en glaucoma sin antecedente quirúrgico ni medicación sistémica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Historia clínica:** Mujer de 86 años que acude a consulta por visión borrosa, picor y enrojecimiento facial tras una semana con dorzolamida/timolol, por PIO mayor a 35 mmHg en ambos ojos.

**Exploración clínica:** La exploración de fondo de ojo, mediante lente Volk +90D, OCT DRI Triton de Topcon y ecografía modo A-B, mostró un DC extenso temporal inferior en ambos ojos (AO). Mediante lámpara de hendidura, se apreció una catarata LOCS III Nuclear 4, Cortical 3, con excavaciones papilares de 0.4 AO.

Para evaluar el grado de apertura del ángulo iridocorneal se empleó la gonioscopia, donde se obtuvo un grado II de Shaffer (cámara anterior estrecha). Se observaron lesiones eritematoescamosas en región periocular. Se descartó causa sistémica y neoplásica. En el momento de la exploración, la PIO con tratamiento era 17 y 16 mmHg en ojo derecho (OD) e izquierdo (OI) respectivamente. Todos los datos se observan en la *tabla 1*.

## RESULTADOS

**Diagnóstico:** En base a la literatura previa y los hallazgos clínicos observados, se llegó al diagnóstico de DC tras glaucoma agudo de ángulo cerrado. El desplazamiento anterior del diafragma iris cristalino, junto con la congestión de los vasos coroideos y el efecto hipotensor de la medicación tópica, pudieron desencadenar la reducción del gradiente de presión hidrostática, que resultó en un proceso de efusión coroidea. ▶

## COMUNICACIÓN EN VIDEO

- ▶ **Tratamiento y evolución:** Tras una semana sin tratamiento hipotensor pero bajo prednisolona tópica, se observó una regresión completa de DC en AO. Sin embargo, la PIO volvió a ascender una semana después. Por ello, se indicó cirugía de cataratas, tras la que se constató una notable apertura del ángulo iridocorneal. Tres meses poscirugía, la PIO es estable (OD 16/OI 15) con bimatoprost/timolol sin conservantes.

### CONCLUSIÓN

El tratamiento hipotensor tópico tras un episodio de cierre angular agudo puede dar lugar a un proceso de

efusión coroidea similar al descrito en los casos de glaucoma agudo de ángulo cerrado tratado con IAC orales. La retirada del tratamiento hipotensor y la aplicación de corticoides tópicos pueden ayudar a controlar la efusión coroidea en su fase inicial. En muchos casos, una catarata evolucionada es la causa del cierre angular, por lo que la facoemulsificación resulta crucial para la posterior estabilización del cuadro.

|  | BCAV      | IOP   | BMC  | Polo posterior  | Actitud terapéutica                                       |
|--|-----------|-------|--|---|---|
| <b>Día 0</b>                           | 0,10/0,20 | 17/16 | Catarata (LOCS III N4C3), VH2, Shaffer II, PEX | Desprendimiento coroideo bilateral infero-temporal.<br>E/P 0.4 discos pálidos | Retirada de tratamiento hipotensor<br>Prednisolona tópica |
| <b>Día 7</b>                           | 0,05/0,20 | 38/36 | Estable  | No coroideos  | Bimatoprost 0.3 mg/ml                                     |
| <b>Día 14</b>                          | 0,05/0,20 | 24/22 | Estable  | Estable   | Se indica cirugía preferente                              |
| <b>Facoemulsificación por catarata</b> |           |       |  |   |   |
| <b>Día 1 post-op</b>                   | 0.17/0.24 | 24/22 | Pseudofaquia, VH4, Shaffer III- IV, PEX        | No coroideos<br>Resto estable   | Ciprofloxacino, dexametasona,<br>Latanoprost              |
| <b>Día 30 post-op</b>                  | 0,17/0,24 | 22/21 | Estable  | Estable   | Timolol 0.5mg/ml + bimatoprost 0.2 mg                     |
| <b>Día 40 post-op</b>                  | 0,17/0,24 | 16/15 | Estable  | Estable   | Mismo tratamiento   |

Tabla1. Datos de los hallazgos clínicos medidos a lo largo del caso clínico.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

