

ID: 19981

MICROANGIOPATÍA DE LEBER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

MARÍA DE LOS ÁNGELES GUTIÉRREZ MORENO. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

MARÍA DEL CARMEN HINOJOSA PEÑA. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

LAURA ROSAL RUIZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

CRISTINA MORENO CEREZA. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

BELÉN PUENTE GETE. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

MARÍA ESTHER ANDRÉS PAUL. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

GEMMA ESQUIVEL BENITO. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

LAURA GIL IBÁÑEZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

MARÍA LUISA TESÓN YUDEGO. Hospital Universitario la Paz / Universidad de Valladolid. Madrid. España.

MÓNICA ASECIO DURÁN. Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

Tipo de comunicación:

Comunicación en e-póster

Área temática:

PATOLOGÍA OCULAR Y FARMACOLOGÍA

Subárea temática:

Patología segmento posterior

Palabras clave:

Vasculopatía, edema macular quístico, panfotocoagulación

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:

La microangiopatía de Leber es una vasculopatía retiniana idiopática. Se consideró como una afección independiente, pero finalmente pasó a formar parte de las telangiectasias retinianas primarias, junto con la enfermedad de Coats y las telangiectasias yuxtafoveolares. Cursa con extravasación retiniana que puede dar lugar a EMQ (edema macular quístico) y exudados lipídicos secundarios.

Es necesario descartar causas sistémicas (radiación previa, diabetes, hipertensión...) y otras afecciones retinianas que producen lesiones aneurismáticas (oclusiones venosas, hemangiomas capilares...), ya que el pronóstico visual será diferente.

COMUNICACIÓN e-POSTER

Pueden darse complicaciones como la afectación de la fovea (por exudados, EMQ, tracciones vitreo-maculares y membranas epirretinianas), hemorragias vítreas, neovascularización, trombosis de aneurismas y evolución a enfermedad de Coats. De todo ello va a depender el pronóstico visual.

Se trata mediante la PFC (panfotocoagulación) de los aneurismas cuando la mácula se ve comprometida y con inyecciones intravítreas atendiendo al estado del EMQ existente. Podría requerirse cirugía vitreorretiniana según el tipo de complicaciones con las que curse. Cuando la ubicación de los aneurismas es muy periférica, se pueden tratar con crioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años que acude a la urgencia remitida por centro óptico refiriendo pérdida de AV de 3 años de evolución en OI. Ningún estudio oftalmológico previo.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

En el FO (fondo de ojo) se hallaron microaneurismas en periferia temporal e inferior, numerosos grupos de exudación lipídica y con disposición circinada que provienen de la zona temporal de retina izquierda y afectan al área macular, así como vasos arteriales con interrupciones intermitentes en la parte inferior. En OCT (tomografía de coherencia óptica) se evidenció EMQ y engrosamiento retiniano central con abundantes puntos hiperreflectivos intrarretinianos compatibles con lípido. La AV decimal con la mejor corrección fue de 0.1 (-2) sin mejora con estenopeico.

RESULTADOS:

Diagnóstico:

Microaneurismas de Leber OI con gran exudación lipídica secundaria.

Tratamiento y evolución:

Se pide AGF (angiografía fluoresceínica) para planificar PFC e inyecta un primer *Ozurdex*[®]. Se realiza un estudio en el que se descarta la causa por enfermedad sistémica u otras afecciones oculares y se comprueba ausencia de aneurismas en otras partes del cuerpo.

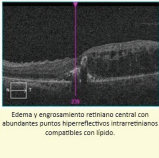
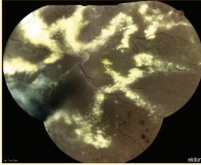
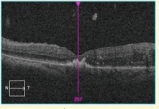
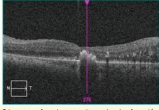
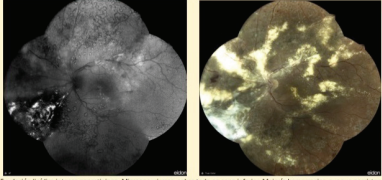
Se ha ido tratando a la paciente con *Ozurdex*[®] atendiendo al estado del EMQ (4 en total en la actualidad), consiguiéndose mejoras en AV e imagen de OCT tras cada una de las inyecciones. En FO se han realizado dos PFC más, ya que persistían microaneurismas activos. Actualmente, la paciente está pendiente de revisión tras el cuarto *Ozurdex*[®]. Se presenta la evolución detallada en el *Dibujo 1*. Se pueden ver las imágenes de OCT y retinografía ampliadas en los *Dibujos 2 y 3*.

CONCLUSIONES:

Dada la afección de la paciente y su complicidad, se requiere un seguimiento exhaustivo y retratamiento crónico de su condición según el estadio y necesidad. No se descartan complicaciones a mayores del cuadro presente, ni su evolución a enfermedad de Coats en un futuro.



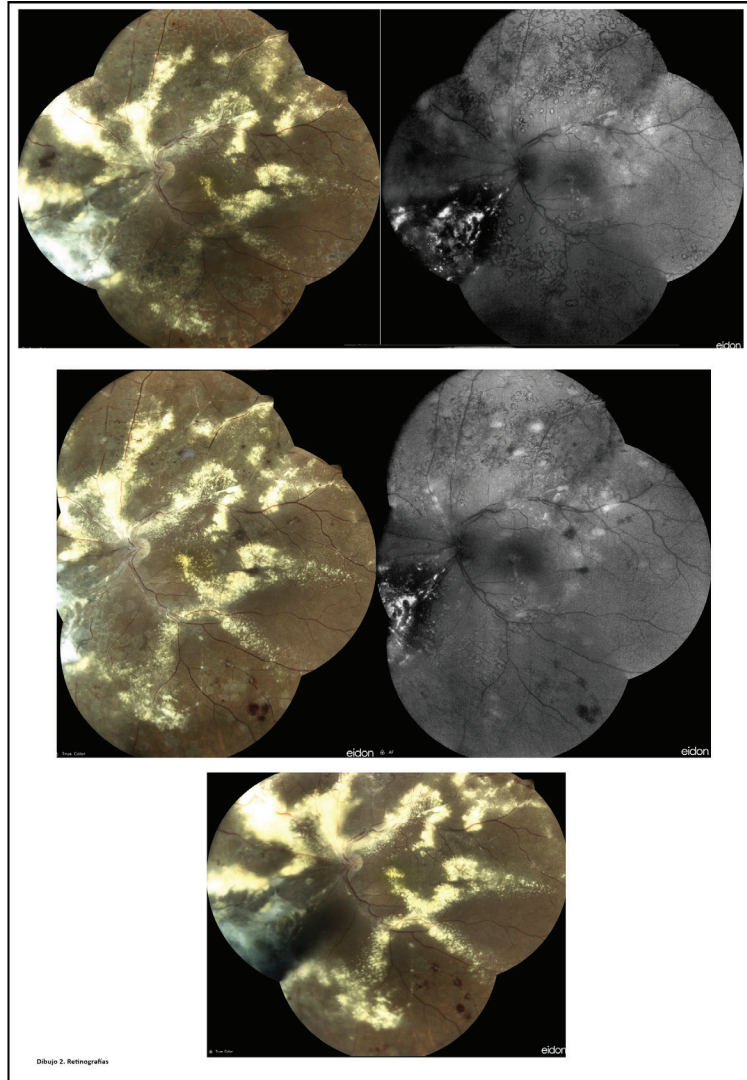
COMUNICACIÓN **e-POSTER**

VISITAS	AV	OCT	FO Y AUTOFLUORESCENCIA
Primera visita	AV csc 0.1 difícil sin mejora con estenopeico.	 Edema y engrosamiento retiniano central con abundantes puntos hiperreflectivos intraretinarios compatibles con lípido.	 Microaneurismas en periferia temporal e inferior, numerosos grupos de exudación lipídica y circinadas que provienen de la zona temporal de retina izquierda y afectan al área macular. Vaso anterior con interrupciones intermitentes en inferior. A, le espera de resultados de AFD para programar PFC.
PRIMERA DOSIS OZURDEX			
15 días tras Ozurdex	AV csc 0.16 (+2) sin mejora con estenopeico	 Disminución EMQ tras Ozurdex.	
PRIMERA PFC			
Revisión 15 días tras PFC	AV csc 0.2 (+2) sin mejora con estenopeico.	 Edema extrafoveal temporal superior sin afectación focal (EMQ control en primera visita). Se pauta nuevo Ozurdex.	 Exudación lipídica intensa posterior que alcanza ecuador 360°. Persisten microaneurismas activos en zonas temporales superior e inferior. También exudación circinada lipídica en ecuador con microaneurismas en el margen del área de exudación más posterior. Se realiza nueva PFC.
2º OZURDEX Y 2º PFC			
Revisión 2 meses y medio tras Ozurdex y PFC.	AV csc 0.16 (-2) sin mejora con estenopeico.	 Aumento de EMQ que llega a zona subfoveal. Se pauta Ozurdex.	 Exudación lipídica intensa parretiniana. Microaneurismas, sobre todo en zona inferior. Menor hemorragia, aunque persisten en zona nasal. Envasamiento de vasos, sobre todo superior. Placa de fibrosis en zona nasal.
3º OZURDEX			
Revisión tras mes y medio de Ozurdex	AV csc 0.16 (+2) sin mejora con estenopeico	 Disminución de EMQ, pero restos a nivel temporal con puntos hiperreflectivos.	
Revisión 3 meses y medio después de la última visita y 5 del último Ozurdex.	AV csc 0.16 (-2) sin mejora con estenopeico	 Reaparición de EMQ a nivel temporal, puntos hiperreflectivos. Se planifica Ozurdex y programa revisión a los dos meses.	Exudación lipídica intensa parretiniana. Microaneurismas sobre todo en zona inferior. Envasamiento de vasos, sobre todo superior. Placa de fibrosis en zona nasal. Se programa PFC para la revisión de la inyección de Ozurdex pasados dos meses de esta.
4º OZURDEX			
Pendiente cita de seguimiento a los dos meses de la inyección.			

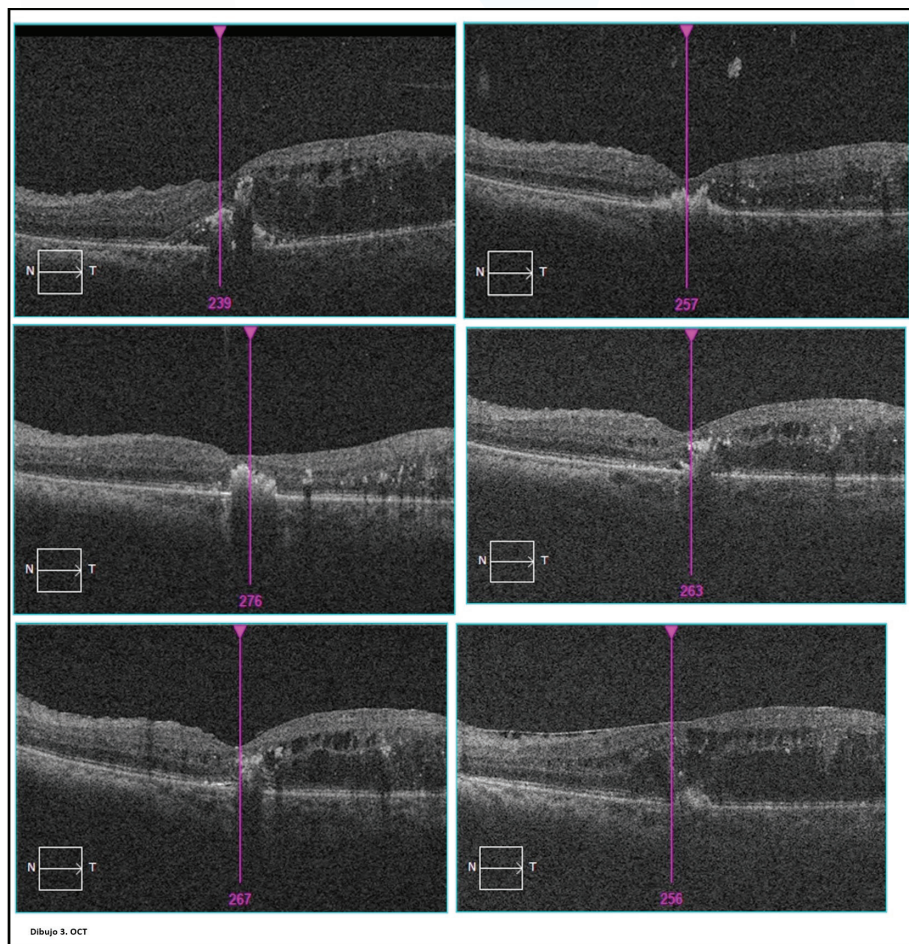
Dibujo 1. Evolución detallada del proceso.



COMUNICACIÓN **e-POSTER**



COMUNICACIÓN **e-POSTER**



ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



PARTNER
PREFERENTE

