

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA

ID: 1536



Sesión 5



Viernes, 13
de abril



17:30 h a 17:45 h



Terminal 10

Coroidopatía serosa central de evolución inesperada

➤ Autores: [Noelia Oblanca Llamazares¹](#), [Inés María Contreras Martín¹](#)

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

INTRODUCCIÓN AL CASO

La coroidopatía serosa central (CSC) se caracteriza por una alteración focal en la permeabilidad del epitelio pigmentario retiniano, provocando un escape de fluido desde la coroides al espacio subretiniano. Puede ocurrir a cualquier edad. Como factores de riesgo encontramos el uso de medicamentos esteroideos, tabaquismo y estrés. Muchos casos se resuelven espontáneamente. Actualmente existe evidencia científica de que la eplerenona puede ser eficaz para el tratamiento.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años que acude a consulta por percibir una disminución de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD) desde hace aproximadamente 15 días. No presenta otros síntomas asociados, ni antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Su AV era de 0.4 en su OD y 1.0 en su OI. Sin alteraciones en la exploración de polo anterior. En el fondo de ojo se observó en OD la presencia de alteraciones centrales del epitelio pig-

mentario de la retina. La exploración del OI fue normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza una tomografía de coherencia óptica (OCT) en la que destaca una imagen compatible con CSC en OD (*Figura 1*).

DIAGNÓSTICO

Debido al cuadro clínico y a la imagen típica en la tomografía, se llega al diagnóstico de CSC en OD.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dada la pérdida de AV al diagnóstico y a la presencia importante de líquido subretiniano, se inicia tratamiento con anti-inflamatorios no esteroideos locales (Yellox 1 gota cada 12 horas) e inhibidor de anhidrasa carbónica oral (Edemox 1 comprimido cada 12 horas) complementados con potasio oral (Boi-K 1 comprimido cada 24 horas). Al mes, el paciente refiere encontrarse igual y se detecta un aumento del líquido subretiniano (*Figura 2*). Se realiza una angiografía fluoresceínica que muestra



un punto de fuga por fuera de arcadas (*Figura 3*). Se propone tratamiento con láser pero el paciente prefiere probar otro tratamiento oral. Se sustituye el Edemox por Eplerenona 50 mg cada 24 horas. Un mes más tarde, refiere mejoría subjetiva, la AV se mantiene y se demuestra una disminución del líquido subretiniano (*Figura 4*). Se mantiene el tratamiento. En la revisión de las 6 semanas, el paciente refiere una disminución de visión (AV OD: 0,1) a pesar de que el líquido subretiniano prácticamente se había resuelto, debido al desarrollo de una atrofia retiniana con la resolución del líquido. Se indicó mantener el tratamiento un mes más. Dos meses más tarde, la AV del OD

se mantenía en 0,1, sin líquido en la OCT. Seis meses después, la mácula permanece seca, con pérdida central de fotorreceptores (*Figura 5*) y sin recuperación visual.

CONCLUSIÓN

A pesar de que se suele considerar una enfermedad benigna, la CSC puede producir pérdida de visión, especialmente en episodios repetidos o refractarios al tratamiento. Este caso resulta atípico, ya que a pesar de responder al tratamiento con eplerenona oral, la reabsorción del líquido subretiniano se acompañó de atrofia macular difusa, con una pérdida importante de AV.

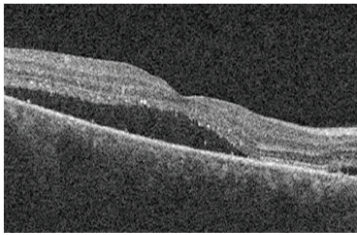


Figura 1. Imagen OCT compatible con CSC en OD, se aprecia líquido subretiniano.

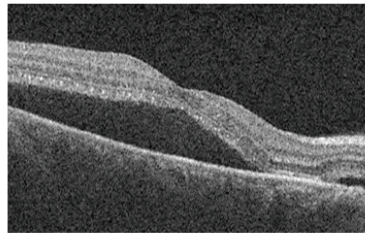


Figura 2. Imagen OCT donde se detecta un aumento del líquido subretiniano

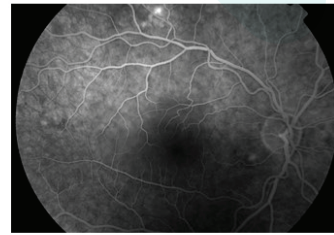


Figura 3. Imagen de Angiografía fluoresceínica que muestra un punto de fuga por fuera de arcadas.

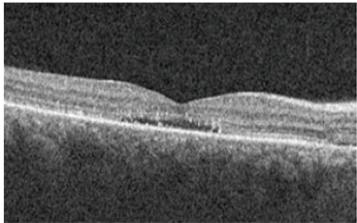


Figura 4. Imagen OCT donde se aprecia una disminución del líquido subretiniano.

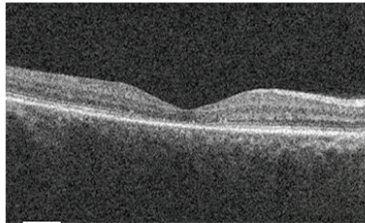


Figura 5. Imagen OCT donde se aprecia la mácula seca y con pérdida central de fotorreceptores, 6 meses después del episodio inicial.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

