

FOSETA DE NERVIÓ ÓPTICO Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEROSO CRÓNICO

Dr. César Naudín Royo¹ / Dra. Amparo Gargallo Benedicto² / Dr. Rodrigo Clemente Tomás²

¹Médico Interno Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

²Facultativo Especialista en Área Oftalmología2. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Paciente con pérdida de visión acusada en ojo izquierdo de años de evolución por desprendimiento de retina seroso crónico en el ojo izquierdo secundario a Foseta papilar, una anomalía congénita del nervio óptico infrecuente. Generalmente se diagnostica de forma incidental mediante exploración del fondo de ojo. Sin embargo, un 25-75% de casos presenta maculopatía asociada en forma de desprendimiento seroso hacia la 3ª-4ª décadas de la vida y menos habitualmente en edad pediátrica, en cuyo caso el pronóstico visual es malo. La Tomografía de Coherencia Óptica es una prueba de imagen complementaria esencial en el diagnóstico y seguimiento de la foseta óptica y la maculopatía asociada así como en la decisión de la conducta terapéutica más adecuada en cada caso.

PALABRAS CLAVE

Foseta óptica, maculopatía, Desprendimiento de retina

CASO CLINICO

Mujer de 31 años, nacionalidad cubana, reciente traslado a España, consulta a oftalmología por baja visión en ojo izquierdo (OI) desde la infancia. No había consultado previamente a oftalmología en su país. No se detallan otros antecedentes patológicos personales ni familiares de interés. A la exploración se objetiva Agudeza Visual en OD de 1 y en OI Percepción luminosa. La biomicroscopía con lámpara de hendidura revela segmento anterior sin alteraciones. La fundoscopia destaca la presencia de una depresión oval grisácea en la región temporal del nervio óptico correspondiente a una Foseta Papilar, con desprendimiento de retina (DR) entre las arcadas vasculares temporales y cambios en el epitelio pigmentario de la retina (EPR) indicativos de cronificación (Fig. 1). La Tomografía de Coherencia Óptica

ABSTRACT

Patient with a marked loss of vision in the left eye of years of evolution due to chronic serous retina detachment in the left eye secondary to a papillary optic disc pit, a congenital anomaly of the infrequent optic nerve. It is usually diagnosed incidentally by fundus exploration. However, 25-75% of cases present associated maculopathy in the form of serous detachment towards the 3rd-4th decades of life and less commonly in the pediatric age, in which case the visual prognosis is poor. The Optical Coherence Tomography is an essential complementary image test in the diagnosis and monitoring of the optic fossa and associated maculopathy as well as in the decision of the most appropriate therapeutic behavior in each case.

KEY WORDS

optic disc pit, maculopathy, Retinal Detachment

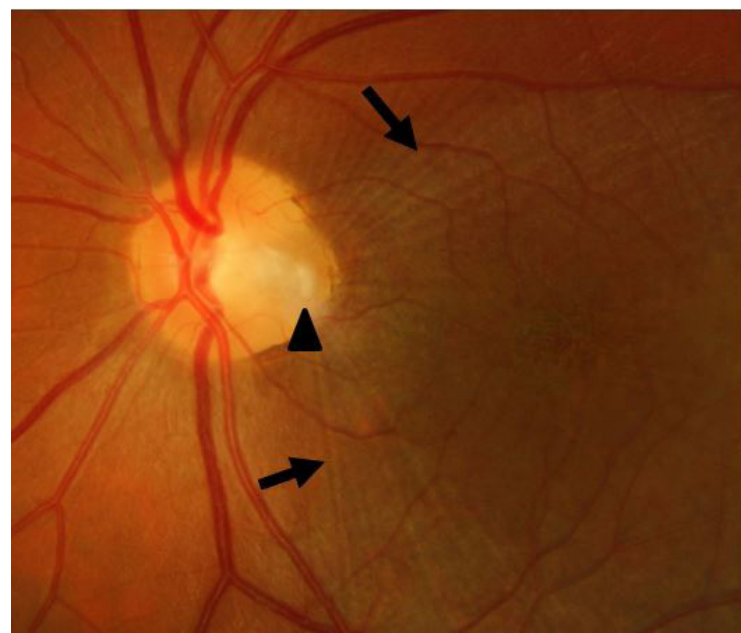


Fig. 1. Fotografía del Nervio óptico. Invaginación en la región temporal de la papila (punta de flecha) correspondiente a la Foseta Óptica. Se observan pliegues retinianos radiales asociados (flechas) secundarios al desprendimiento de retina y alteración en el EPR macular central.

Diagnóstico por imagen

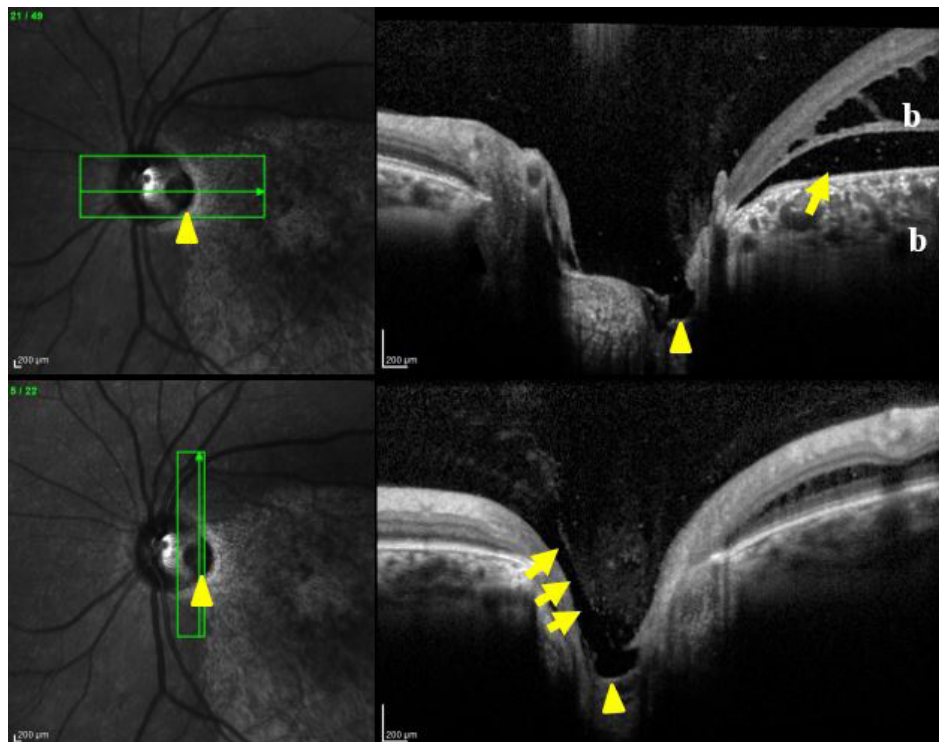


Fig. 2. Detalle de OCT a nivel papilar. Se observa la depresión en la cabeza del nervio óptico correspondiente a la foseta (puntas de flecha). En la tomografía horizontal (a) se muestra la existencia de fluido intra y subretiniano (flechas). En la tomografía vertical (b) se observa condensación vítrea en la base de la foseta junto con canal de vitreo licuado en comunicación con la foseta (flechas)

ca papilar (Spectralis OCT- Heidelberg) muestra el detalle de la foseta óptica (Fig. 2a y b) y a nivel macular evidencia retinosquisis de las capas internas retinianas más DR seroso extenso (Fig. 3) con depósitos subretinianos por largo tiempo de evolución. La exploración del OD resultó anodina.

DISCUSION

La foseta papilar es una anomalía congénita infrecuente del nervio óptico debida al cierre incompleto de la fisura embrionaria superior, que se presenta con una incidencia de 1/11000, misma prevalencia en hombres y mujeres. Se presenta de forma esporádica aunque en algunos casos se ha descrito un patrón de herencia AD. Generalmente es unilateral y de localización ínfero-temporal, aunque un 15% son bilaterales y es posible que sean centrales o que un mismo óptico presente más de una foseta.

Típicamente son asintomáticas y se diagnostican de forma incidental. Sin embargo, un 25-75% de casos, sobretodo las de localización temporal, cursa con desprendimiento macular seroso y pérdida de visión significativa hacia la 3ª o 4ª décadas de la vida, aunque se han descrito casos en población pediátrica. Cuando se presentan con maculopatía asociada el pronóstico visual generalmente es malo, con empeo-

ramiento gradual y significativo de la agudeza visual. Inicialmente se produce una separación de las capas internas de la retina que se comunican con la foseta, por el paso de fluido procedente desde la misma hacia el espacio intraretiniano. Posteriormente la degeneración de las capas externas retinianas provoca el desprendimiento seroso y en casos evolucionados cambios pigmentarios, depósitos subretinianos y atrofia de la retina. La OCT constituye una herramienta diagnóstica fundamental en el estudio de las características morfológicas de la foseta y el seguimiento de las alteraciones maculares asociadas a la misma.

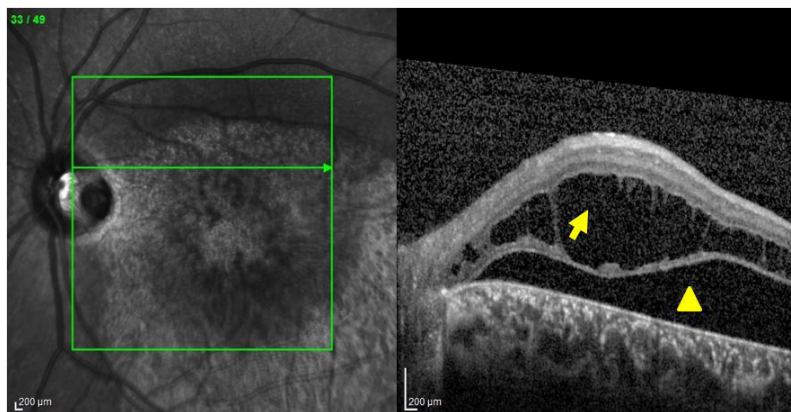


Fig. 3. Estructura bilaminar de la retina central, con separación de las capas internas retinianas (Flecha) y desprendimiento neurosensorial asociado (punta de flecha).

Diagnóstico por imagen

El mecanismo etiopatogénico de la maculopatía y el origen del fluido intra y subretiniano son controvertidos. Existen varias teorías fisiopatológicas para explicar la procedencia del fluido: la fuga de líquido cefalorraquídeo desde el espacio subaracnoideo, desde vasos anómalos de la base de la foseta, desde la coroides y desde el vítreo, de manera que la licuefacción y tracción vítreas en la base de la foseta producirían una filtración y disección progresiva de las capas retinianas.

Aunque no existe consenso acerca de la opción de tratamiento óptima en la maculopatía asociada a la Foseta Óptica ni existen estudios comparativos entre las distintas opciones terapéuticas, la vitrectomía asociada o no a pelado de la membrana limitante interna, fotocoagulación láser y/o tamponamiento con gas es la alternativa más extendida. Sin embargo, la persistencia del desprendimiento de forma crónica conduce a la atrofia retiniana y pérdida de visión acusada e irreversible. En estos casos los cambios funduscópicos y los hallazgos de cronicidad en la OCT ayudan a determinar el pronóstico visual. En nuestro caso, destaca la aparición de la maculopatía a edad temprana con alteraciones funduscópicas y en OCT crónicas en el momento del diagnóstico, por lo que se descartó la opción de tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uzel MM, Karacorlu M, Optic Disc Pit and Optic Disc Pit Maculopathy: a Review, Survey of Ophthalmology 2019, doi: <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2019.02.006>.
2. Georgalas I, Ladas I, Georgopoulos G, Petrou P. Optic disc pit: a review. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2011; 249:1113–1122. DOI 10.1007/s00417-011-1698-5.
3. Moisseiev E, Moisseiev J, Loewenstein A. Optic disc pit maculopathy: when and how to treat? A review of the pathogenesis and treatment options. Internat J Retina Vitreous 2015; 1: 1–9.
4. Imamura Y, Zweifel SA, Fujiwara T et al. Highresolution optical coherence tomography findings in optic pit maculopathy. Retina 2010; 30: 1104– 1112.
5. Shah SD, Yee KK, Fortun JA, Albini T. Optic disc pit maculopathy: a review and update on imaging and treatment. Int Ophthal Clin 2014; 54: 61–78.