

Coriorretinopatía esclopetaria: comunicación de un caso y revisión de la literatura

MARÍA ANGÉLICA MONDINO, FERNANDO REMIS, MAURICIO MAGURNO

RESUMEN

OBJETIVO: Presentar un caso de coriorretinopatía esclopetaria unilateral y revisión bibliográfica de la conducta terapéutica.

CASO CLÍNICO: Varón de 10 años que consultó por disminución súbita de agudeza visual y dolor en ojo derecho de 4 horas de evolución y antecedente de disparo de arma de aire comprimido en la cara. Se detectó cuerpo extraño metálico en órbita derecha en la radiografía, confirmándose la localización en el cono muscular de la órbita con tomografía axial computada. El examen de fondo de ojo derecho mostró ruptura coriorretinal con las características de retinopatía esclopetaria. Se indicaron corticoides orales. Fue evaluado por un equipo multidisciplinario que sugirió observación. Luego de 40 días de evolución la agudeza visual era de 0,8.

CONCLUSIONES: El diagnóstico y tratamiento de la coriorretinomatía esclopetaria debe ser multidisciplinario a fin de adoptar la mejor decisión terapéutica. El seguimiento, la conducta expectante y la administración de corticoides orales permite arribar a buenos resultados visuales.

PALABRAS CLAVE: coriorretinopatía esclopetaria, ruptura coriorretinal, trauma, balín.

Chorioretinitis sclopetaria: a case report and review of the literature

ABSTRACT

PURPOSE: To report a case of traumatic chorioretinal rupture (chorioretinitis sclopetaria) and review the management of this disease.

CASE REPORT: A 10-year-old boy consulted because sudden loss of vision and pain in his right eye after been shooting in his face with an air-gun. X-ray and CT-scan showed a metallic pellet in the right orbit that was located within the muscle cone. Fundus examination of the right eye revealed the features of traumatic chorioretinal rupture. The patient underwent therapy with oral corticosteroids. Observation was indicated, and examination 40 days after the event visual acuity was 0.8.

CONCLUSIONS: Traumatic chorioretinal rupture (chorioretinitis sclopetaria) is rare. A team of specialists should establish the best management in each case. Oral corticosteroids and observation resulted in good vision in the case herein presented.

KEY WORDS: traumatic chorioretinal rupture, retinitis sclopetaria, trauma, BB-pellet, management

Las lesiones por proyectiles de aire comprimido y armas de fuego pueden comprometer cualquier estructura del aparato visual como por ejemplo el nervio óptico, las diferentes capas del ojo, con o sin perforación, los músculos extraoculares o los huesos de la órbita¹. Pueden desencadenar uveítis, infecciones y deformidades cosméticas¹.

La coriorretinopatía esclopetaria fue descrita inicialmente por Goldhizer en Alemania en 1901, quien utilizó la palabra "sclo" que significa rasgar. También es denominada como ruptura coriorretinal traumática. Se produce por una ruptura simultánea y completa de la capa coroidea, membrana de Bruch y retina, dejando visible la esclera íntegra (no perforada). La lesión se origina por un mecanismo no

penetrante del globo ocular mediante disrupción y retracción tisular generado por la onda expansiva del proyectil al ingresar en la órbita. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de un niño con coriorretinopatía esclopetaria y evaluar las posibles conductas terapéuticas.

Caso clínico

Paciente masculino de 10 años de edad que consultó por disminución brusca de la visión y dolor en ojo derecho. Refirió que horas antes le habían disparado a la cara con un rifle de aire comprimido. Al examen presentaba una agudeza visual de cuenta dedos y edema bupalpebral en ojo derecho con lesión en piel de párpado inferior en su tercio externo y movimientos oculares conservados. La pupila era no-reactiva y defecto pupilar aferente relativo. La cámara

Recibido:
3 noviembre de 2008
Aceptado:
18 noviembre de 2008
María Angélica Mondino
Instituto de Ojos
Santa Lucía
Paraná,
Entre Ríos.
angmondino@yahoo.com.ar

anterior estaba formada con tyndall ++ sin signos de perforación ocular. El ojo izquierdo era normal.

Con oftalmoscopia binocular indirecta se observó hemorragia vítrea prerretinal en sector inferior y signos de retinopatía escleropetaria adyacentes (fig. 1).

Se realizó urgente radiografía de órbita frente y perfil donde se observó cuerpo extraño radiopaco compatible con proyectil metálico (figs. 2 y 3). Se realizó TAC localizadora que fue informada como cuerpo extraño metálico

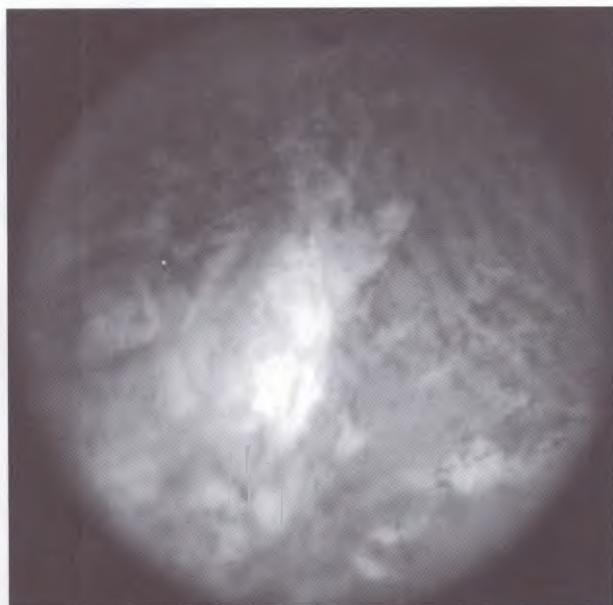


Fig. 1



Fig. 2

Fig. 3



Fig. 4

alojado en órbita, sector posterior en contacto con cono muscular y próximo a nervio óptico (fig. 3). Inicialmente se indicó ibuprofeno, dexametasona intramuscular, prednisolona acetato tópico cada 3 horas, antibiótico oral y cicloplégico.

La interconsulta de urgencia con especialistas en retina, neurooftalmología y oftalmopediatría dio como resultado un pronóstico reservado sugiriendo tener una conducta expectante.

Se comenzó con corticoides vía oral a dosis antiinflamatorias y se controló evolución con asiduidad. Cuarenta días después de la consulta inicial, la agudeza había mejorado a 0,8 sin corrección.

Discusión

Las lesiones producidas por el impacto del proyectil de un arma de aire comprimido pueden variar entre leves y muy graves que requieran la enucleación del ojo^{1,2}. Tal como en este caso, la mayor frecuencia de este tipo de trauma ocurre en varones. En un estudio de 105 pacientes, 95 (90%) eran hombres y el 74% de ellos, menores de 18 años³.

Los hallazgos oculares más frecuentes en un paciente en etapa aguda son: hipema (78%), hemorragia vítrea, anomalías pupilares y uveítis (94%)^{1,4,5}. No siempre es necesaria la cirugía. Aproximadamente el 39% de los casos requirió de cirugía para tratar: la perforación ocular, la catarata traumática, el desprendimiento de retina y el lavado de hipema asociado a hipertensión ocular secundaria⁵.

Los traumatismos cerrados son más frecuentes (41,3%) y tienen mejores resultados visuales finales (66,7%) que los abiertos, con agudeza visual final mayor de 0.1⁴.

Pérez *et al.* mostraron que el sangrado vítreo parcial representó el 72,6%, resultando mucho más frecuente que el total⁴. No obstante, la vitrectomía no ha demostrado mejorar los resultados⁶⁻⁷.

En el año 2005, Mohammadpour y Soheilian describieron el primer caso de coriorretinitis escleropetaria y sección del nervio óptico concomitante². En nuestro caso, al no haber seccionado al nervio óptico, la disminución visual se debía al trauma ocular y al edema del nervio óptico, que resuelve con la administración de corticoides vía oral. En coincidencia con los especialistas de órbita y neurooftalmología se decidió no extraer el proyectil por su localización orbitaria de muy difícil acceso y su característica inorgánica.

En este tipo de traumatismos no hay tratamientos descritos que mejoren el resultado visual final. Cada caso debe ser considerado individualmente. El pronóstico depende de los hallazgos iniciales. Las series de casos publicadas describen en su mayoría mal pronóstico, con pérdida del globo por infecciones o daños irreparables o pérdida visual

por desprendimiento de retina o glaucoma secundario. El examen multidisciplinario inmediato aporta datos de cada subespecialidad que pueden ser relevantes para la posterior conducta, la colocación inmediata de corticoides y el control estricto para evaluar prontamente signos de desprendimiento de retina, es esencial para evitar el desenlace indeseado.

Referencias

1. Sharif KW, McGhee CN, Tomlinson RC. Ocular trauma caused by air-gun pellets: a ten year survey. *Eye* 1990; 4: 855-60.
2. Mohammadpour M, Soheilian M. Concomitant optic nerve transection and chorioretinitis sclopetaria. *BMC Ophthalmol* 2005; 5: 29. Disponible en línea: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1334215> [consulta: nov. 2008].
3. Shuttleworth GN, Galloway P, Sparrow JM, Lane C. Ocular air gun injuries: a one-year surveillance study in the UK and Eire (BOSU): 2001-2002. *Eye* 2008 Sep 19.
4. Miguel Pérez I. Estudio sobre traumatismos oculares. *Rev Cubana Oftalmol* 2004; 17. Smith D, Wrenn K, Stack LB. The epidemiology and diagnosis of penetrating eye injuries. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 209-13.
6. de Juan E Jr, Sternberg P Jr, Michels RG, Auer C. Evaluation of vitrectomy in penetrating ocular trauma: a case-control study. *Arch Ophthalmol* 1984; 102: 1160-3.
7. Heimann K, Paulmann H, Tavakolian U. The intraocular foreign body: principles and problems in the management of complicated cases by pars plana vitrectomy. *Int Ophthalmol* 1983; 6: 235-42.