

Maniobra quirúrgica para el tratamiento de un pliegue macular secundario a cirugía de desprendimiento de retina

Surgical technique for the treatment of a macular fold after retinal detachment surgery

O. Subirà González, MJ. Rubio Caso, M. Vidal Martí

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Correspondencia:

Olaia Subirà

E-mail: Olaiasubira@gmail.com

Resumen

Los pliegues maculares tras cirugía de desprendimiento de retina son una complicación poco frecuente y suelen comportar una baja agudeza visual para el paciente. Su reparación quirúrgica se debe realizar lo antes posible. El caso presentado es un pliegue retiniano de larga evolución tratado quirúrgicamente con éxito anatómico y funcional.

Resum

Els plecs maculars originats després de la cirurgia de desprendiment de retina són una complicació poc freqüent i solen comportar una baixa agudesa visual per al pacient. La seva reparació quirúrgica s'ha de realitzar quan abans possible. El cas presentat és un plec retinià de llarga evolució tractat quirúrgicament amb èxit anatòmic i funcional.

Abstract

Macular folds after retinal detachment surgery are a rare complication and usually involve low visual acuity for the patient. Surgical repair is to be performed as soon as possible. The presented case is a long evolution retinal fold surgically treated with anatomical and functional success.

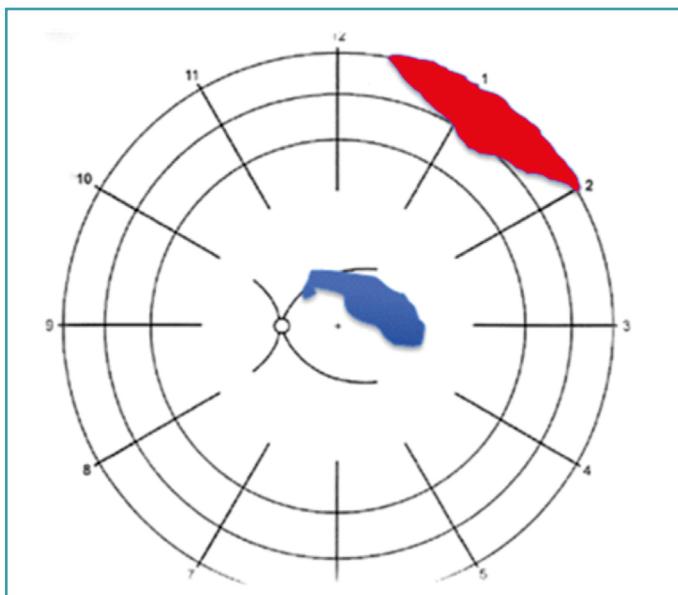
Caso clínico

Se trata de un varón de 71 años, intervenido de desprendimiento de retina regmatógeno del ojo izquierdo mediante vitrectomía vía pars plana (VPP) de 23 Gauge, drenaje de fluido subretiniano a través de un desgarro único periférico localizado entre 1 y 2 horas, endofotocoagulación del desgarro con láser diodo y taponamiento con gas.

A los tres meses de la cirugía, el paciente presentaba baja agudeza visual (AV) postquirúrgica que era de cuenta dedos a dos metros. Mediante fundoscopia y examen con tomografía de coherencia óptica (OCT) se objetivó la presencia de un pliegue paramacular que ejercía tracción y ectopia foveal (Figura 1a, Figura 1b y Figura 2).

Técnica quirúrgica

Se realizó una cirugía combinada de facoemulsificación y aspiración de catarata con implante de lente intraocular, junto a VPP, tinción con azul dual y pelado del área de fibrosis prerretiniana y membrana limitante interna, posteriormente se indujo un desprendimiento de retina en el área macular mediante introducción de suero salino balanceado (BSS) con una cánula de inyección subretiniana 38G ([Vídeo](#)) con el objetivo de conseguir un correcto



Figuras 1A. Esquema de localización horaria: desgarro retiniano primario (rojo), pliegue macular secundario (azul).



Figura 1B. Pliegue paramacular después de cirugía por desprendimiento de retina.

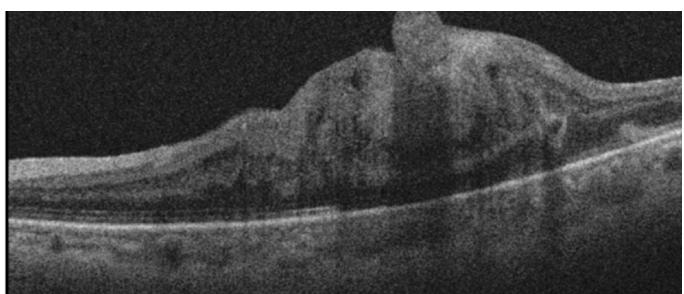


Figura 2. Imagen del pliegue mediante OCT.



Vídeo 1. Reparación quirúrgica de un pliegue macular, paso a paso.

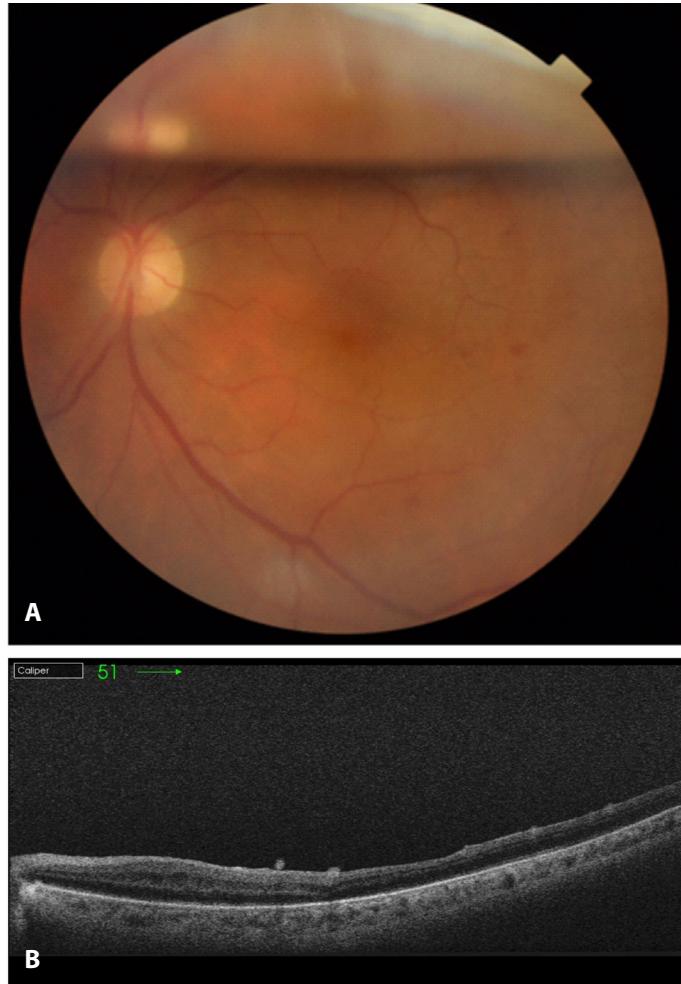


Figura 3. Imagen de retinografía (A) y OCT (B) 1 semana después de la cirugía: se observa la desaparición del pliegue retiniano.

reposición macular los días subsiguientes¹, finalizado con un taponamiento con aire.

Resultado

Esta técnica quirúrgica consiguió un restablecimiento de la anatomía macular con una desaparición del pliegue macular.

A la semana de seguimiento, el paciente presentaba un incremento de AV (0,2), junto a una mejoría del aspecto anatómico (aumento del contraste foveal en la imagen fundoscópica) y estructural (en la OCT se observa la desaparición del pliegue paramacular y reabsorción completa del desprendimiento creado en la intervención quirúrgica) (Figura 3a y Figura 3b).

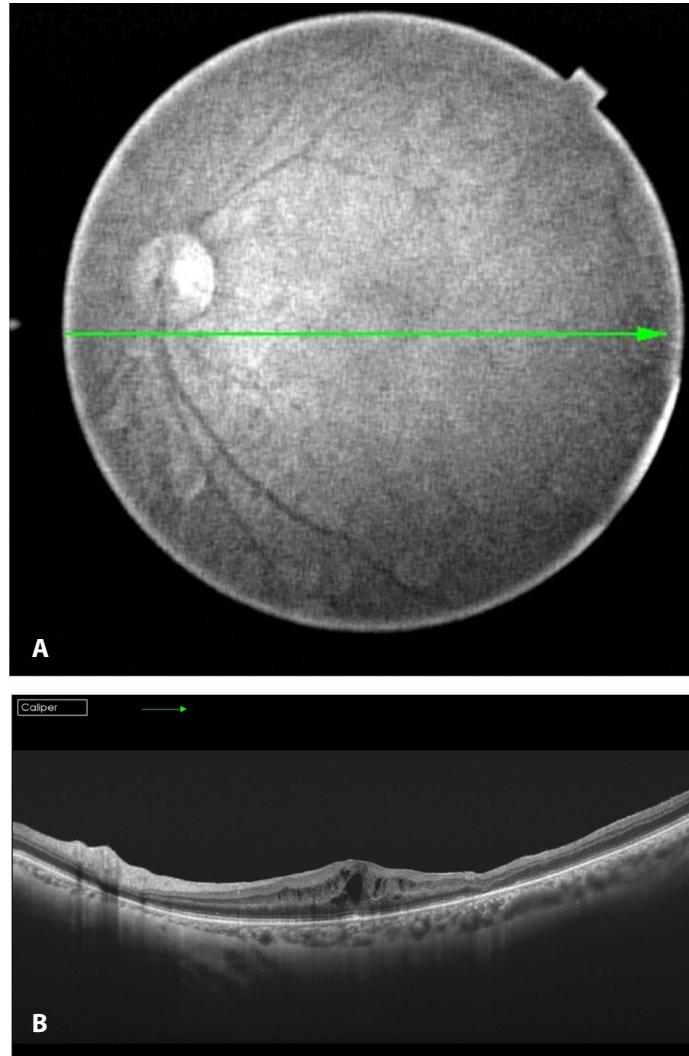


Figura 4. Imagen de retinografía (A) y OCT (B) tras 1 mes de la intervención: se observa la formación de quistes intrarretinianos en capas internas de la retina.

Al mes siguiente de la intervención, el paciente presentaba estabilidad de la AV (0,2) junto a la desaparición del pliegue paramacular y aparición de quistes intrarretinianos en capas internas de la retina en la OCT (Figura 4a y Figura 4b).

A los tres, cinco y once meses de seguimiento, se observó la persistencia de quistes intrarretinianos en OCT, la preservación de las capas externas de la retina. Aunque no se apreciaron cambios importantes respecto a la OCT previa realizada al mes de la cirugía, cabe destacar una importante mejoría de la AV, siendo ésta de 0,6 (Figura 5a y Figura 5b) a los 3 meses y de 0,8 a los 5 y 11 meses de la intervención. (Figura 6a y 6b).

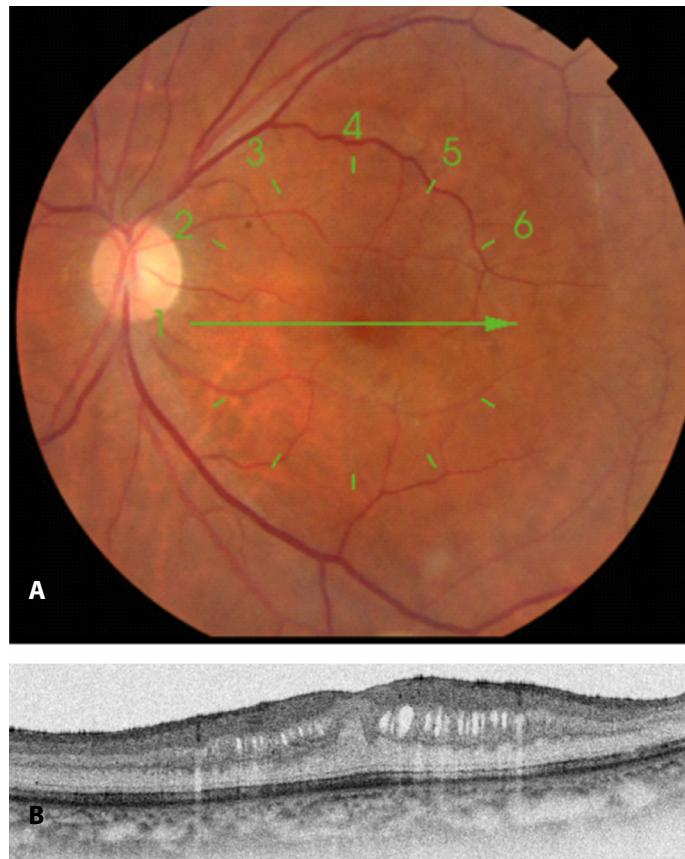


Figura 5. Imagen de retinografía (A) y OCT (B) tras 3 meses de la intervención: se observa la persistencia de quistes intrarretinianos en capas internas de la retina, con preservación de capas externas.

A los 11 meses de la cirugía se realizó un examen de autofluorescencia que puso de manifiesto la presencia de lesiones hiper e hipofluorescentes sobre el recorrido del pliegue retiniano existente previamente, que se correspondían a una disrupción de las capas externas de la retina en esa misma localización (Figura 7a y 7b).

Conclusión

Los pliegues maculares son una complicación poco frecuente que ocurre tras la cirugía del desprendimiento de retina debido a un insuficiente drenaje del fluido subretiniano con deslizamiento inferior de la retina (sobre todo en desprendimientos muy bullosos y/o desgarros superiores grandes) y posiblemente a un posicionamiento inadecuado del paciente tras la cirugía².

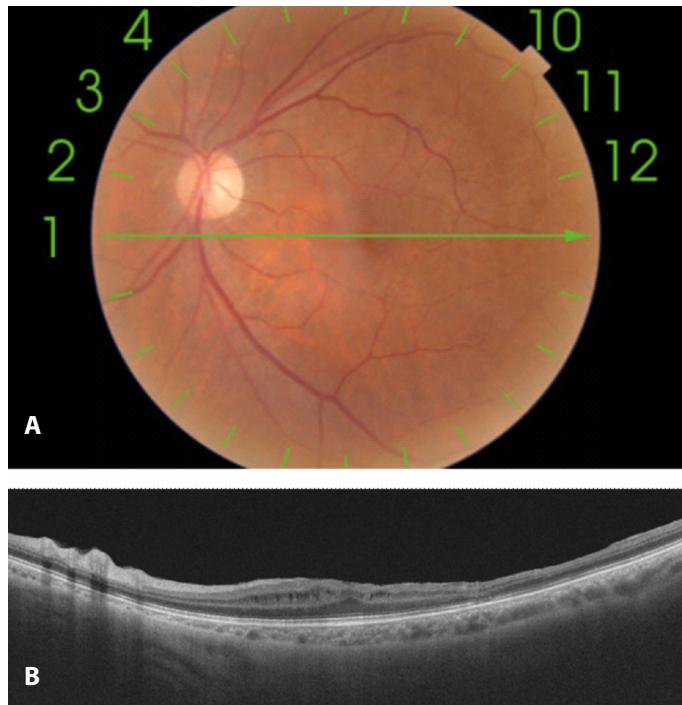


Figura 6. Imagen de retinografía (A) y OCT (B) tras 11 meses de la intervención: se observa la persistencia de quistes intrarretinianos en capas internas de la retina, con preservación de capas externas.

En nuestro caso, el paciente presentaba una afectación foveal indirecta por la tracción y el desplazamiento retiniano ejercidos por el pliegue. Las lesiones encontradas en la autofluorescencia parecen indicar que si la afectación foveal hubiese sido causada de forma directa por el pliegue (el recorrido del pliegue hubiese transcurrido por el área macular), las lesiones irreversibles de las capas externas de la retina podrían haber producido cambios irreparables en la AV del paciente.

A pesar de que se han descrito casos de migración o resolución espontánea de los pliegues retinianos^{3,4}, los casos en los que estos pliegues se presentan en configuración de "taco", con aposición directa de la retina externa en ambos lados del pliegue, conllevan un mal pronóstico funcional.

La técnica quirúrgica que presentamos, ha demostrado buenos resultados tanto anatómicos como funcionales, no obstante, cabe destacar que la habilidad y destreza del cirujano juegan un papel importante. Como posibles complicaciones a esta maniobra destacamos la creación de desgarros retinianos yatrogénicos,

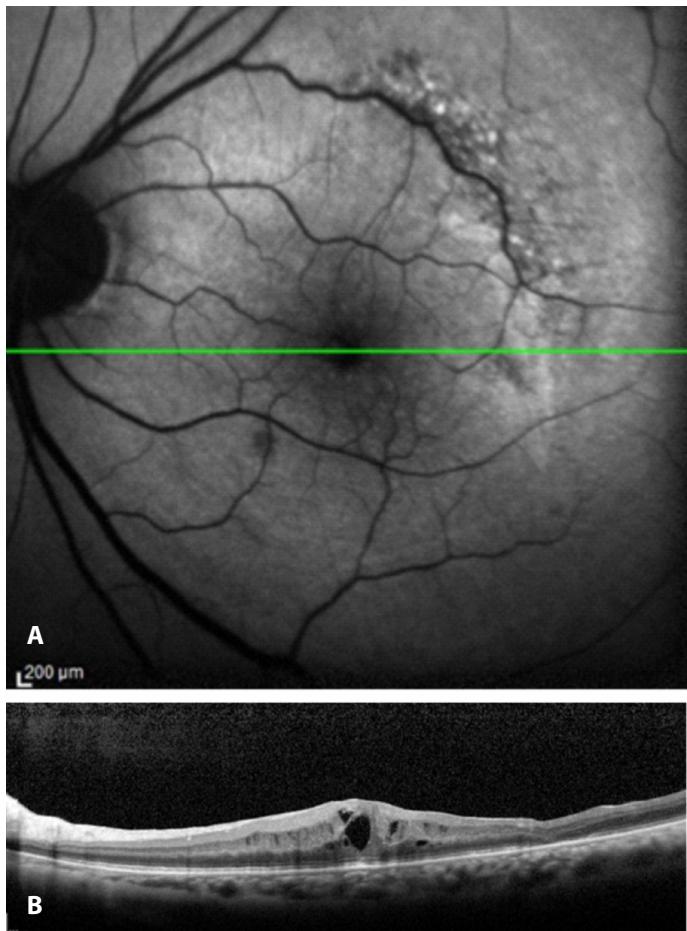


Figura 7. Imagen de la autofluorescencia (A) y OCT (B) tras 11 meses de la intervención: se observan lesiones hiper e hipoauflorescentes que siguen el recorrido del pliegue paramacular previo. Estas lesiones se corresponden a una disrupción en las capas externas de la retina en la OCT.

agujero macular de espesor completo o cicatrices maculares por una mala manipulación intraquirúrgica, así como la persistencia o aparición de un nuevo pliegue retiniano en el post-operatorio.

Con todo ello, recomendamos un tratamiento quirúrgico precoz cuando la afectación directa o indirecta de la mácula conlleva a un empeoramiento significativo de la visión del paciente, ya sea por la disminución de AV, la aparición de diplopia monocular o metamorfopsias.

Bibliografía

1. Witkin AJ, Hsu J. Surgical repair of macular fold after vitrectomy for bullous rhegmatogenous retinal detachment. *Retina*. 2012; 32(8):1666-9.
2. Isaico R, Malvitte L, et al. Macular folds after retinal detachment surgery: the possible impact of outpatient surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2013;251(1):383-4.
3. Ruiz-Moreno JM, Montero JA. Sliding macular fold following retinal detachment surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2011; 249(2):301-3.
4. El-Amir AN1, Every S, et al. Repair of macular fold following retinal reattachment surgery. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2007; 35(9):791-2.