

Foveosquiosis no miópica

Autores:

Carlos Miguel Ortega* y Damián Ezequiel Pratto**

* Consultorios Oftalmológicos Dr. Carlos Miguel Ortega, Banfield, Buenos Aires, Argentina.

** Servicio de Oftalmología, Centro de Ojos Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Contacto: prattodamian9@gmail.com - drcarlosmiguelortega@gmail.com

Recibido: 6/9/2020

Aceptado: 29/11/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 16-21



Resumen

Objetivo: Describir el caso de una paciente, con foveosquiosis, en un ojo cuyo largo axil está dentro de la media poblacional.

Caso clínico: Concurrió al examen oftalmológico paciente femenina de 69 años, hipermetrope, presentando en su ojo izquierdo una membrana epirretinal con foveosquiosis. La biometría óptica revela un globo ocular con un largo axil en OD 23,49 OI 23,37. Luego de 5 años de seguimiento no se observan cambios significativos en la retina y mantiene una buena agudeza visual.

Conclusión: La foveosquiosis es una alteración que afecta ojos con miopía alta con estafiloma posterior según los datos que ofrece la literatura. Sin embargo nuestra paciente no es miope y el largo axil ocular está dentro de la media poblacional

Palabras clave: Foveosquiosis, miopía alta, estafiloma posterior, hipermetropía, largo axil normal

Non myopic foveoschisis

Abstract

Objective: To describe the case of a patient, with foveoschisis, in an eye whose axial length is within the population mean.

Clinical case: A 69-year-old female patient, hyperopic, attended the ophthalmological examination,

presenting an epiretinal membrane with foveoschisis in her left eye. Optical biometry reveals an eyeball with a long axial OD 23.49 LE 23.37. After 5 years of follow-up, no significant changes were observed in the retina and he maintained good visual acuity.

Conclusion: Foveoschisis is an alteration that affects eyes with high myopia with posterior staphyloma according to the data offered in the literature. However, our patient is not myopic and the ocular axial length is within the population mean.
Keywords: Foveoschisis, high myopic, posterior staphyloma, hyperopic, normal axial length

Introducción

La miopía es un trastorno común que afecta a miles de millones de personas en el mundo habiendo una relación directa entre su alto grado y complicaciones visuales.

Consideramos miopía alta cuando el equivalente esférico supera las 6 dioptrías o una longitud axial ocular mayor a 26,5 mm¹. Estos pacientes pueden desarrollar una elongación posterior del globo ocular, llamado estafiloma, que puede llevar a complicaciones más graves como desprendimiento de retina secundario a agujero macular, foveosquiosis miópica con o sin desprendimiento foveal y agujero macular asociado a foveosquiosis.

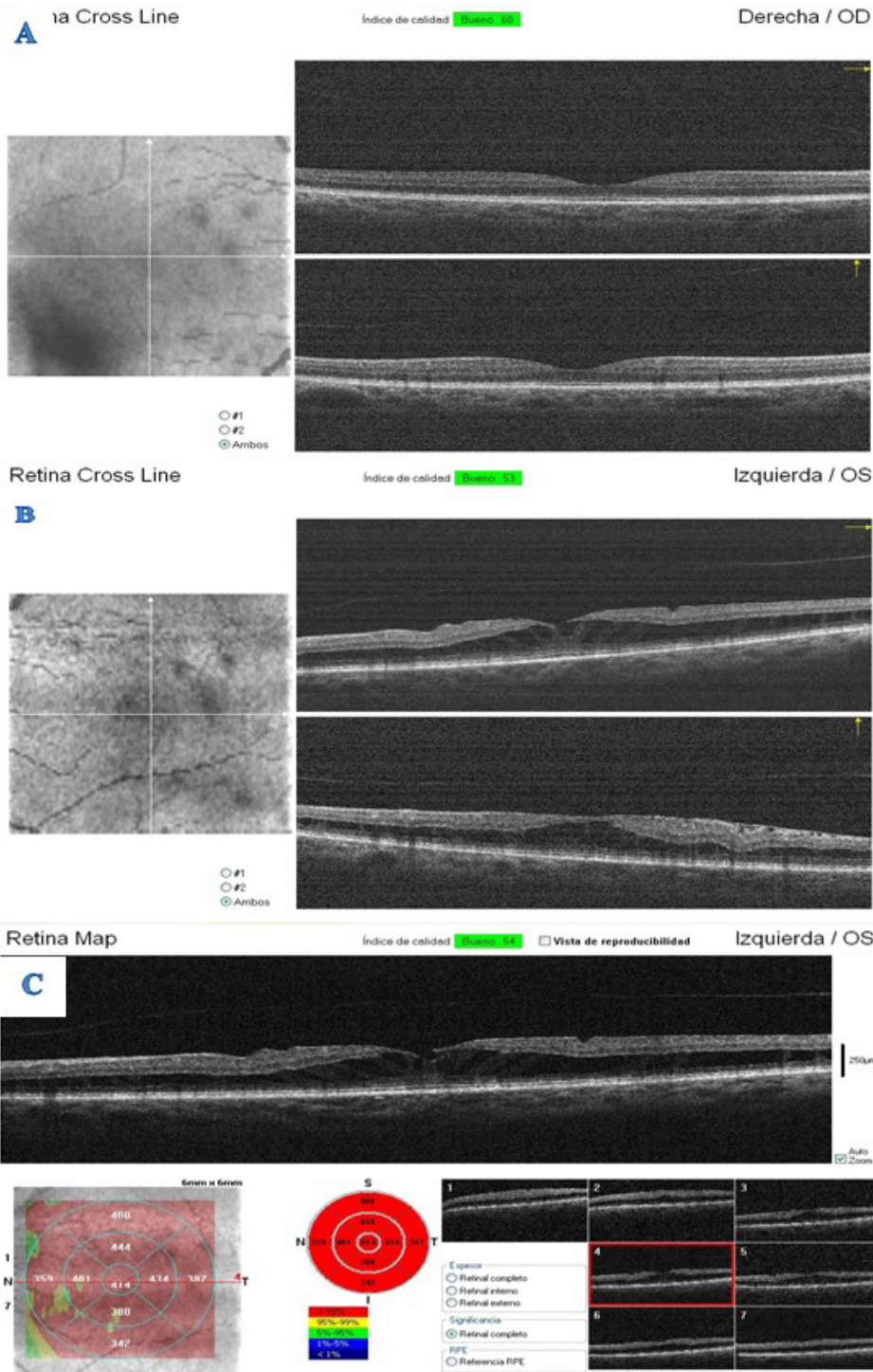


Figura 1: Primera consulta 2015. A. OCT macular OD. B. OCT macular OI. Se observa foveosquiosis con agujero lamelar. C. OCT macular OI mapa de espesores, central 414 um.

La foveosquiosis es descripta por primera vez por Calbert Phillips en 1958, pero es recién en 1999 donde Takano y Kishi² a través de la tomografía de coherencia óptica (OCT) demuestran en pacientes miopes altos con estafiloma posterior, un engrosamiento de la retina a nivel foveal y perifoveal, secundario a la división de la retina neurosensorial en una capa interna y otra externa, separadas por un espacio hiporreflectivo con formaciones co-

lumnares que corresponden a las células de Muller, asas de Henle y fibras nerviosas estiradas. Dicha patología afecta del 8% al 34% de los pacientes con estafiloma posterior de afectación macular^{3,4}, considerándose este último un factor clave para su desarrollo, pero no el único. Se considera que el crecimiento del largo escleral a nivel del polo posterior en la miopía alta, no es acompañado de la misma forma por el crecimiento

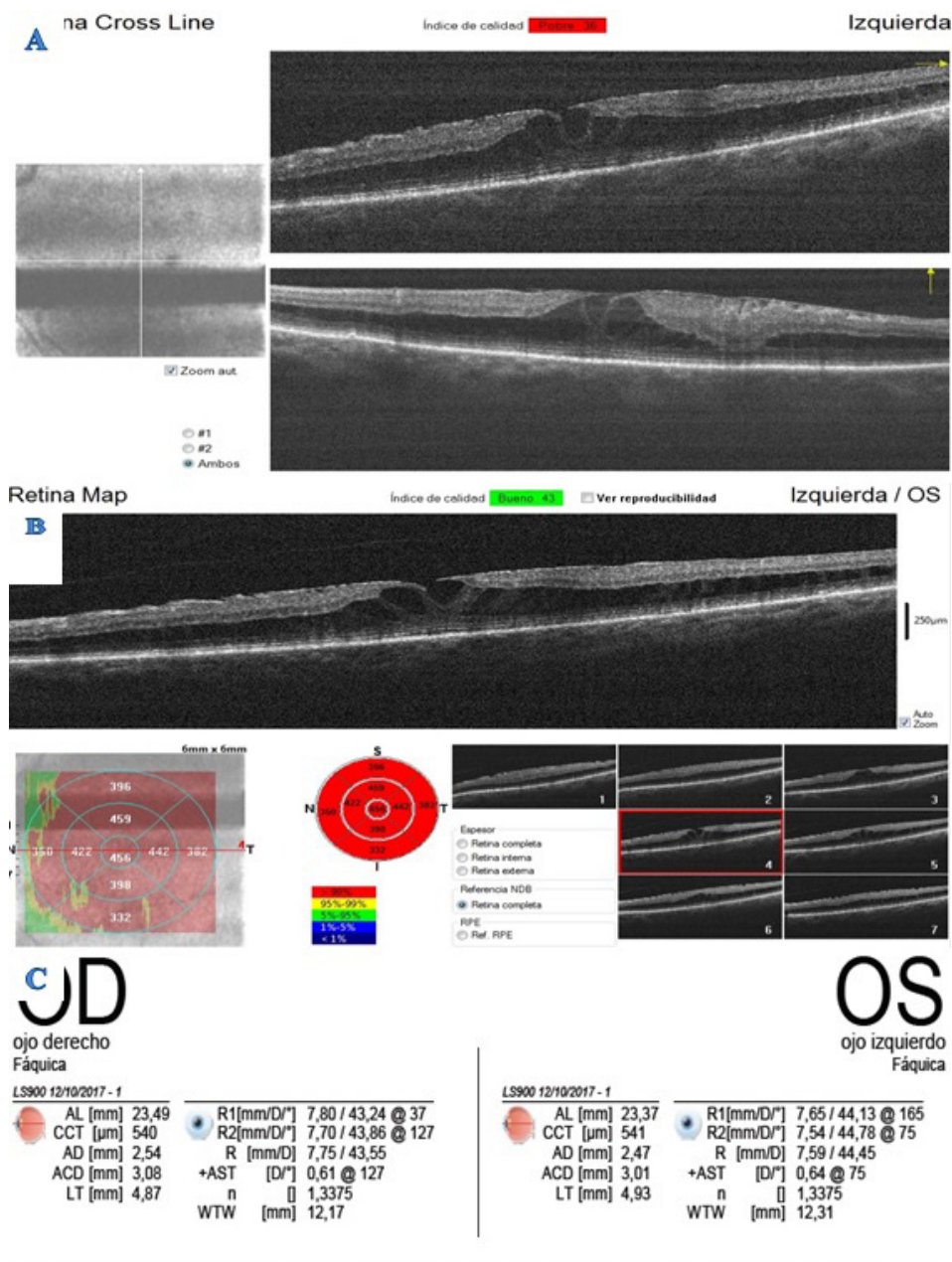


Figura 2: Imágenes pre cirugía de cataratas 2019. A. OCT macular OI. B. OCT macular OI con mapa de espesores, central 456 µm. C. Lenstar OD LA 23,49, OI LA 23,37.

de la retina y los vasos que la constituyen, produciéndose así la esquisis a nivel foveal. Además jugarían un rol la presencia de fuerzas tangenciales a nivel de la interfaz vítreo-retinal, como membranas epirretinianas y la misma rigidez de la membrana limitante interna.

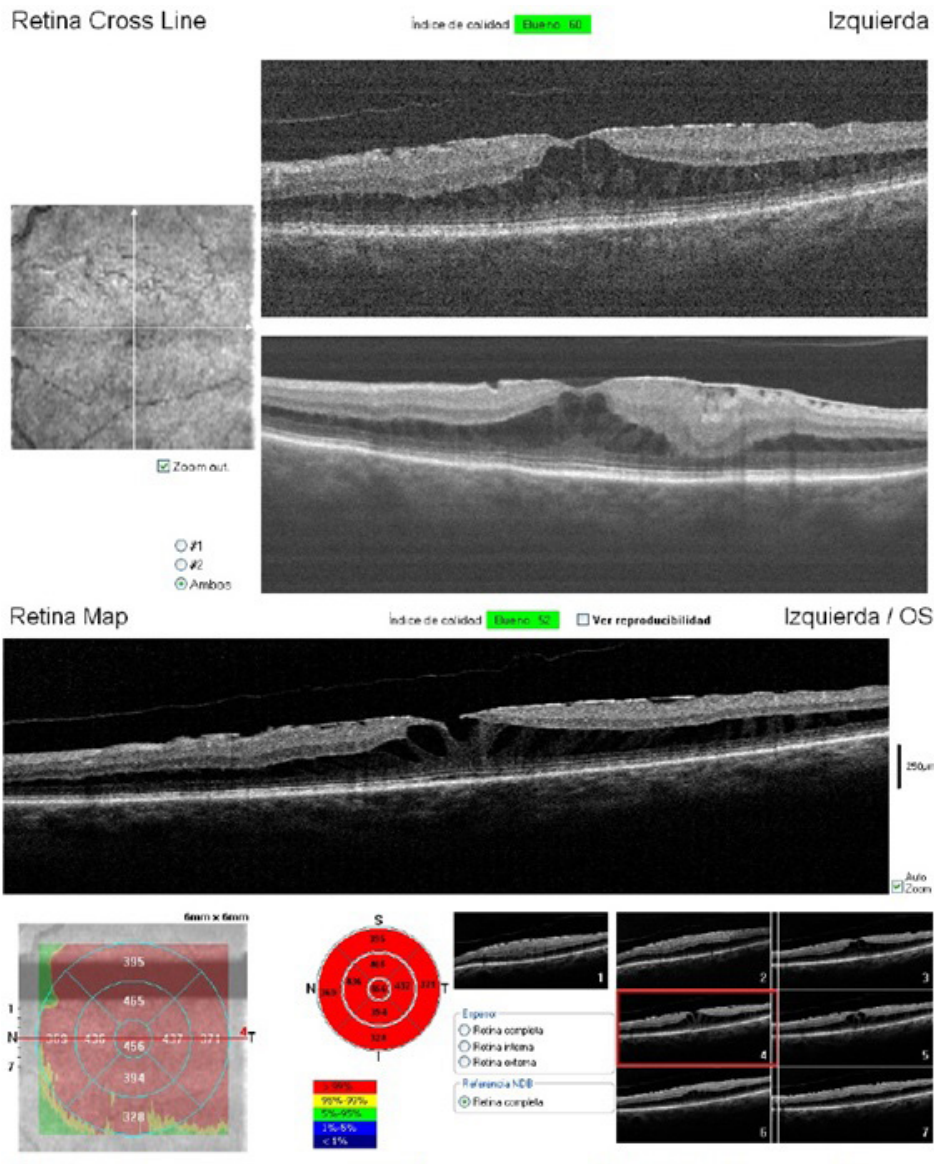
A menudo la foveoesquisis es asintomática inicialmente, pero progresa lentamente, lo que lleva a la pérdida de la visión central por desprendimiento foveal o formación de agujero macular.

Actualmente, existe un buen nivel de consenso en cuanto a que la intervención quirúrgica debe considerarse cuando hay una disminución visual progresiva. En algunos casos se resuelve espontáneamente.

Caso clínico

Paciente de 69 años, femenina, con antecedente de hipertensión ocular en tratamiento con brimonidina+timolol c/12 hs. Concorre a control a nuestra institución. Presentaba agudeza visual mejor corregida (AVMC) en ojo derecho (OD) 20/25 (Esf +1.75 Cil +0.25 x 136), ojo izquierdo (OI) 20/20 (Esf +1.50); biomicroscopía (BMC) cámara amplia ambos ojos (AO), resto sin particularidades. Presión intraocular (PIO) 16 AO.

Fondo de ojos (FO) OD papila 0.2 bordes netos, mácula de aspecto normal OI papila 0.2, bordes netos, membrana epiretinal (MER).



El estudio del campo visual computarizado (CVC octopus 1-2-3. Programa G1, estrategia TOP) resultó sin particularidades, la paquimetría ultrasónica (modelo DGH 550-Pachette 2) OD 548 um, OI 539 um, la OCT de capa de fibras y nervio óptico (OCT OPTOVUE) dentro de límites normales.

En la OCT macular del OD se evidencian perfiles anterior y posterior conservado, en OI se observa membrana epirretiniana con foveosquiosis, de espesor central 414 um (Fig. 1).

Se realizaron controles cada 3 o 4 meses de examen oftalmológico completo, cartilla de Amsler, CVC y OCT macular arrojando en los resultados estabilidad clínica.

A los 4 años de la primera consulta presentaba una AVMC de OD 20/60, OI 20/50. BMC OD catarata cortical y subcapsular posterior. BMC OI catarata cortical que afecta eje visual. Se solicitó biometría óptica (Lenstar LS-900) para cálculo de lente intraocular donde constatamos un largo axil (LA) en OD 23,49 mm y en OI 23,37 mm. La OCT macular del OD con perfiles conservados y en OI foveosquiosis con grosor central de 456 um (Fig. 2). Se programó cirugía de cataratas, primero en OD y al mes en OI. Los controles post quirúrgicos fueron normales en AO.

A los 3 meses de la segunda cirugía presentaba al examen oftalmológico AVMC de OD 20/20 (esf +0.25 cil -1.00 x 20), de OI 20/30 (cil -0.75 x 160).

La OCT macular de OD sin particularidades, en OMER con foveosquiasis, con grosor central de 456 um. Sin cambios significativos respecto a las consultas anteriores (Fig. 3).

Continúa controles cada 3 meses.

Discusión

La foveosquiasis es fácilmente reconocible en la exploración por OCT, pero el diagnóstico temprano a menudo puede ser un desafío ya que la mayoría de los pacientes a menudo son asintomáticos. Puede permanecer estable (incluida la AVMC) durante largos períodos. Aunque se han informado sujetos con mejoría espontánea⁵ debe hacerse un seguimiento obligatorio ya que la enfermedad puede progresar⁶.

En nuestro caso, la paciente se mantuvo estable por 5 años observándose mínimos cambios estructurales en su retina y poca repercusión en la agudeza visual, por lo cual no realizó ningún procedimiento quirúrgico vítreo-retinal. Solamente se realizó cirugía de cataratas.

Numerosos estudios revelan la relación entre foveosquiasis y ojos con miopía alta comprobada mediante la medición de la longitud axial o la refracción de las poblaciones adultas en varios países. En 2003, Baba et al. estudiaron con OCT 134 ojos de 78 pacientes con miopía alta mayor de 8 dioptrías y encontraron que los siete ojos con foveosquiasis estaban en el grupo que tenían estafiloma, pero en el grupo sin estafiloma posterior, no había. Postularon que el desprendimiento foveal y la foveosquiasis ocurrieron secundariamente al agrandamiento escleral y la incapacidad de la retina para estirarse³.

Sin embargo, aunque se ha demostrado que el alargamiento del globo ocular está asociado con el aumento de la edad, la longitud axial en los ojos altamente miopes se estabiliza antes de los 30 años de edad, mientras que la aparición de foveosquiasis miópica ocurre a edades más avanzadas en la vida, generalmente después de los 50 años⁷. Por lo tanto, es más probable que los cambios de la foveosquiasis se deban a un desprendimiento

vítreo posterior parcial o patológico que conduce a la separación de las capas retinianas en varios planos, dejando una capa externa delgada y una capa interna más gruesa.

Panozzo y Mercanti (2007)⁸ realizó vitrectomía a 24 ojos miopes altos con foveosquiasis, mostrando una mejoría anatómica y funcional que permaneció estable en el seguimiento, por lo cual consideran que la liberación de la tracción es la principal causa, siendo el estafiloma y el estiramiento de la retina insuficientes para generar esta anomalía. Además proponen el nombre de maculopatía miópica traccional a esta entidad.

Sea cual fuere la causa, son ampliamente numerosos los trabajos encontrados en la bibliografía que mencionan a la foveosquiasis como una entidad que solo ocurre en miopes altos. Sin embargo no fue el caso de nuestra paciente, que presenta un largo axil dentro del rango medio.

Recientemente (abril 2020)⁹ Denise Vogt et al., realizó un estudio comparativo entre dos grupos (ambos con foveosquiasis). El grupo 1 con miopía alta y grupo 2 con largo axil del globo ocular dentro del rango medio, acuñando el nombre a este último grupo de foveosquiasis por membrana epiretiniana idiopática (IERM-FS, siglas en inglés). Sin embargo, creemos que en realidad la patología registrada en el segundo grupo corresponde a hole macular laminar¹⁰, y difiere del caso por nosotros presentado.

Queremos destacar además que luego de un seguimiento de 5 años, nuestra paciente no requirió cirugía debido a su estabilidad anatómica y funcional, a diferencia de los casos presentados en el trabajo mencionado en el párrafo anterior (Vogt), donde todos requirieron cirugía por la progresión del cuadro clínico y reducción significativa de la AVMC.

Nos encontramos entonces con una patología con muchas teorías sobre su fisiopatología, que puede darse en pacientes no miopes, y abre las puertas a nuevas investigaciones.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS

- 1-Ohno-Matsui, K. (2017). What is the fundamental nature of pathologic myopia?. *Retina*, 37(6), 1043-1048.
- 2-Takano, M., & Kishi, S. (1999). Foveal retinoschisis and retinal detachment in severely myopic eyes with posterior staphyloma. *American journal of ophthalmology*, 128(4), 472-476.4.
- 3-Baba, T., Ohno-Matsui, K., Futagami, S., Yoshida, T., Yasuzumi, K., Kojima, A. & Mochizuki, M. (2003). Prevalence and characteristics of foveal retinal detachment without macular hole in high myopia. *American journal of ophthalmology*, 135(3), 338-342.
- 4- Benhamou, N., Massin, P., Haouchine, B., Erginay, A., & Gaudric, A. (2002). Macular retinoschisis in highly myopic eyes. *American journal of ophthalmology*, 133(6), 794-800.
- 5-Hoang, Q. V., Chen, C. L., Garcia-Arumi, J., Sherwood, P. R., & Chang, S. (2016). Radius of curvature changes in spontaneous improvement of foveoschisis in highly myopic eyes. *British Journal of Ophthalmology*, 100(2), 222-226.
- 6- Gaucher, D.; Haouchine, B; Tadayoni, R., Massin, P., Erginay, A., Benhamou, N., & Gaudric, A. (2007). Long-term follow-up of high myopic foveoschisis: natural course and surgical outcome. *American journal of ophthalmology*, 143 (3), 455-462.
- 7- Gohil, R., Sivaprasad, S., Han, L. T., Mathew, R., Kioussis, G., & Yang, Y. (2015). Myopic foveoschisis: a clinical review. *Eye*, 29(5), 593-601.
- 8-Panozzo, G., & Mercanti, A. (2007). Vitrectomy for myopic traction maculopathy. *Archives of Ophthalmology*, 125(6), 767-772.
- 9-Vogt, D., Stefanov, S., Guenther, S. R., Hagenau, F., Wolf, A., Priglinger, S. G., & Schumann, R. G. (2020). Comparison of vitreomacular interface changes in myopic foveoschisis and idiopathic epiretinal membrane foveoschisis. *American Journal of Ophthalmology*.
- 10- Govetto A, Dacquay Y, Farajzadeh M, et al. Lamellar Macular Hole: Two Distinct Clinical Entities? *Am J Ophthalmol* 2016;164:99-109.

ASOCIATE A LA SAO. CONOCÉ NUESTROS BENEFICIOS

 BENEFICIOS Y DESCUENTOS

- Seguro de mala praxis sin cargo (Convenio SEGUROS MÉDICOS-SAO)
- Consultorio Móvil: Historia Clínica Computada (Convenio Novartis)
- Recertificación del CRAMA
- Descuentos WOC - CCO - ICO

 PUBLICACIONES

- Revista "Archivos Argentinos de Oftalmología"
- Revista "SAOxPress"

 EDUCACIÓN Y ACTIVIDAD ACADÉMICA

- Carrera de Médico Especialista UBA-SAO
- Diplomatura a distancia UNNE-SAO
- Exámenes ICO
- Cursos de Actualización presenciales y de modalidad streaming
- Certificado de Especialidad con el Ministerio de Salud de la Nación
- Congreso Anual de Perfeccionamiento con precio diferencial
- Sesiones Científicas, Ateneos Interhospitalarios, Conferencias y Temas de Actualización

NUESTRAS VÍAS DE COMUNICACIÓN

- Nueva página web: www.sao.org.ar
- Nueva Aplicación iSAO
- Whatsapp +5491167981330
- Redes Sociales:
Facebook: @SociedadArgentinadeOftalmologia
Twitter: @saofthalmologia
Instagram: @sao.org.ar
YouTube: @SociedadArgentinadeOftalmologia



Viamonte 1465, 7° piso (C1055ABA) CABA
Buenos Aires, Argentina - info@sao.org.ar
Tel: (54 11) 4373 8826/7