

# Archivos Argentinos de Oftalmología

N ° 21 - Diciembre, 2022



- Proptosis secundaria a meningioma del ala del esfenoides
- Presentación de un caso con quistes dermoides orbitarios bilaterales y múltiples
- Coriorretinopatía central serosa y H. Pylori
- Tumores corneo conjuntivales. ¿Qué hacer?
- Breve resumen de los tratamientos existentes y la quimioterapia tópica como tratamiento de elección. Serie de casos
- Degeneración Lattice en AO
- Desprendimiento de retina crónico autolimitado, con degeneración Lattice
- Desprendimiento de retina regmatógeno inferior asociado a una oclusión de la vena central de la retina

**Alcon**

*Johnson & Johnson* VISION




**casin**  
Oftalmología + innovación

CIRMÉDICA  NIDEK



**EssilorLuxottica**

 **Foucault**

 **IMPLANTEC**



ISKOWITZ 



## SUMARIO

### 1. Editorial

Palabras del Dr. Marcelo Zas | **Pág. 4**

### 2. Congreso SAO-ALACCSA-R 2022 | **Pág. 5**

### 3. Artículo de interés

Proptosis secundaria a meningioma del ala del esfenoides | **Pág. 6**

### 4. Comunicación breve

Presentación de un caso con quistes dermoides orbitarios bilaterales y múltiples | **Pág. 12**

Coriorretinopatía central serosa y H. Pylori | **Pág. 17**

Tumores corneo conjuntivales. ¿Qué hacer? Breve resumen de los tratamientos existentes y la quimioterapia tópica como tratamiento de elección. Serie de casos | **Pág. 22**

### 5. Iconografías

Degeneración Lattice en AO | **Pág. 28**

Desprendimiento de retina crónico autolimitado, con degeneración Lattice | **Pág. 29**

Desprendimiento de retina regmatógeno inferior asociado a una oclusión de la vena central de la retina | **Pág. 30**

#### Revista Archivos Argentinos de Oftalmología. Información general

La Revista "Archivos Argentinos de Oftalmología" de la Sociedad Argentina de Oftalmología se dedica a difundir los resultados de las investigaciones y conocimientos, por medio de la publicación de artículos originales que contribuyan al estudio de la Oftalmología y disciplinas relacionadas, y a su utilización como herramienta para mejorar la calidad de vida de la población. La audiencia de la revista la conforman profesionales que comparten intereses con la oftalmología. La publicación se inició en el año 1925 con el nombre de "Archivos de Oftalmología de Buenos Aires" y se editó hasta el 2009.

En el año 2013 la publicación cambió su nombre por el actual "Archivos Argentinos de Oftalmología", y se envía gratuitamente a todos los oftalmólogos miembros de la S.A.O. y a entidades (sociedades, universidades, clínicas, hospitales) designadas por el Comité Ejecutivo de la S.A.O. o el Consejo Editorial. También puede ser consultada en la página web de la Sociedad [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

El reglamento para publicar en Archivos Argentinos de Oftalmología está disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

#### Archivos Argentinos de Oftalmología N° 21 Diciembre, 2022

**Director:** Dr. Marcelo Zas

**Editores:** Dra. María José Cosentino - Dr. Daniel Domínguez - Dr. Eduardo Jorge Premoli - Dra. María Fernanda Sánchez - Dra. Ana Sanseau - Dr. Patricio Schlottmann

**Secretaría de redacción:** Dra. Paula Serraino Barberis

#### Comité Editorial Nacional

Dr. Arturo Alberto Alezzandrini  
Dr. Joaquín Bafalluy  
Dr. Guido Bregliano  
Dra. María José Cosentino  
Dr. Alejandro Coussio  
Dr. Martín Charles  
Dr. Leonardo D'Alessandro  
Dra. Mariana De Virgiliis  
Dr. Nicolás Fernández Meijide  
Dr. Pablo Javier Franco  
Dr. Guillermo Fridich  
Dr. Ramón Galmarini  
Dra. Carolina Gentile  
Dra. Rosana Gerometta  
Dr. Guillermo Iribarren  
Dr. Fabian Lerner  
Dr. José Luna Pinto  
Dra. Iole Inés Cristina Mariani  
Dr. Gabriel Masenga  
Dr. Alejo Peyret  
Dr. Fernando Prieto Diaz  
Dra. Lidia Sarotto  
Dr. Rafael Tissera  
Dra. María Cristina Ugrin de Ballester  
Dr. Daniel Weil  
Dr. Roberto Zaldivar

#### Comité Editorial Internacional

Dr. Fernando Arévalo (EE.UU.)  
Dr. José Manuel Benitez del Castillo (España)  
Dra. María Berrocal (Puerto Rico, EE.UU.)  
Dr. Virgilio Centurión (Brasil)  
Dr. Julián García Feijóo (España)  
Dr. André Gomes (Brasil)  
Dr. José Manuel Larrosa (España)  
Dra. Karina Julian (Emiratos Árabes)  
Dr. Mauricio Maia (Brasil)  
Dr. Eugenio Maul (Chile)  
Dr. José María Martínez de la Casa (España)  
Dr. Miguel Materín (USA)  
Dra. Andrea Molinari (Ecuador)  
Dr. Virgilio Morales Cantón (México)  
Dra. Cristina Muccioli (Brasil)  
Dr. Dino Natteri (Perú)  
Dr. Luis Pablo (España)  
Dr. Víctor Pérez (USA)  
Dr. José Antonio Roca (Perú)  
Dr. Francisco Rodríguez (Colombia)  
Dr. Remo Susana (Brasil)  
Dr. José Luis Tovilla Canales (México)  
Dra. Alejandra Valenzuela (USA)  
Dr. Eduardo Viteri (Ecuador)  
Dr. Lihteh Wu (Costa Rica)

#### Comité Ejecutivo SAO (2021-2022)

**Presidente:** Dr. Julio Fernández Mendy

**Vicepresidente:** Dr. Marcelo Zas

**Secretario:** Dr. Daniel Scorsetti

**Tesorero:** Dr. Patricio Grayeb

**Secretaría de Actas:** Dra. Carolina Gentile

**Vocales:** Dres. Ariel Biain, Guido Bregliano, Mariana De

Virgiliis y Rosana Gerometta

ISSN 2362-4736

Publicación semestral

Esta publicación es propiedad de la Sociedad Argentina de Oftalmología. Propiedad Intelectual Nro. 5208155  
Viamonte 1465 Piso 7º, C.A.B.A., Argentina  
Tel: (54 11) 4373-8826/27  
[www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar) - [info@sao.org.ar](mailto:info@sao.org.ar)  
Edición y diseño editorial: [dromdiseno@outlook.com](mailto:dromdiseno@outlook.com)



**EDITORIAL**

Estimados socios:

Nuestra Revista "Archivos Argentinos de Oftalmología" de la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) se dedica a difundir los resultados de las investigaciones y conocimientos por medio de la publicación de artículos científicos originales que contribuyan al estudio de la Oftalmología y constituye nuestra publicación de mayor relevancia como Sociedad Científica.

Escribir este editorial, mi último editorial como Director luego de 2 años, me llena de emoción y de orgullo, ya que seguimos trabajando con todo nuestro Comité Editorial nacional e internacional, en camino a lograr nuestra futura indexación y hemos logrado nuestro último volumen del año con trabajos de gran calidad, logrando así cumplir con nuestro objetivo anual.

Quiero agradecer mucho al excelente equipo de editores: Dra. María José Cosentino, Dr. Daniel Dominguez, Dr. Eduardo Jorge Premoli, Dra. María Fernanda Sánchez, Dra. Ana Sanseau y Dr. Patricio Schlottmann que me han acompañado este bienio y han trabajado con enorme dedicación y compromiso. Una mención especial de agradecimiento es para nuestra secretaria de redacción, la Dra. Paula Serraino Barberis que en forma incansable trabaja para cada volumen publicado.

Seguiremos invitándolos a escribir y publicar sus trabajos científicos en nuestra Revista, ya que desde la SAO siempre consideramos que la generación de contenido y material científico propio y luego publicado, es el mejor y más prestigioso de los caminos en el desarrollo de un profesional.

Finalmente, les deseo unas muy felices fiestas y un muy feliz fin de año nuevo 2023, en el cual seguiremos trabajando desde nuestra Sociedad, buscando siempre la actualización y capacitación permanente en cada colega de nuestro país.

Un gran abrazo.



Prof. Dr. Marcelo Zas

*Director de la Revista Archivos Argentinos de Oftalmología*

*Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología*

# Congreso SAO-ALACCSA-R 2022

El Congreso de la Sociedad Argentina de Oftalmología junto con ALACCSA-R, que se llevó a cabo los días 19, 20 y 21 de octubre de 2022 en el Sheraton Hotel and Towers, fue el fruto de una suma de voluntades y compromiso de un gran grupo de profesionales con el ánimo rotundo de priorizar la calidad científica por sobre todas las cosas.

Disertantes de diferentes países latinoamericanos concurren para combinar y compartir sus experiencias junto a los destacados colegas argentinos. Discusión, interpretación y debate son, para nosotros, sinónimo de ciencia y rigurosidad profesional. Todas las subespecialidades de la oftalmología fueron abarcadas en el marco de un amplio cronograma científico que contó con actividades de contenido básico, intermedio y avanzado. Asimismo, los oftalmólogos jóvenes desde la SAO Joven y Alacssa Joven..., habiendo desplegado diversas propuestas científico-lúdicas, tuvieron una convocatoria admirable que permitió combinar una audiencia numerosa y sostenida a través de un despliegue de actividades y presentaciones tanto dinámicas y entretenidas como plenas de contenido académico e innovación.

No podemos dejar de mencionar la fantástica exposición comercial, hecha con estilo y estética, que acaparó más de un gran comentario. Vaya desde aquí nuestro reconocimiento y agradecimiento por el apoyo permanente a la industria de venta de equipamiento y laboratorios nacionales e internacionales.

Las sociedades internacionales, como American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS) y European Society of Cataract and Refractive Surgery (ESCRS), también se reunieron conjuntamente en uno de los simposios, para robustecer el nivel internacional del encuentro, emulando cualquiera de los principales *meetings* internacionales a los que anualmente concurrimos. Quedamos también más que satisfechos y orgullosos por la alta concurrencia de colegas de todo el país y del exterior que participaron del Congreso. Así pues, no nos queda más que agradecer nuevamente a nuestros patrocinadores, que confiaron






**ALACCSA-R y SAO  
celebran en conjunto el**



**Buenos Aires, Sheraton Hotel, 19, 20 y 21 de octubre de 2022**

en nosotros, a nuestros coordinadores científicos, quienes generosamente donaron su tiempo y esfuerzo en pos del logro institucional del congreso, y también a todo el comité organizador, que semana a semana supo ver cada especial detalle, cada posible fisura, cada encantadora idea, para hacer de este evento un proyecto consolidado y a la altura de los grandes encuentros globales. ¡Brindamos por ello!

**Dr. Julio Fernández Mendy y Dr. Carlos Nicoli**  
(Presidentes del Congreso)

**Dr. Marcelo Zas y Dra. María José Cosentino**  
(Vicepresidentes del Congreso)

# Proptosis secundaria a meningioma del ala del esfenoides

## Autores:

Dres. María Alejandra Gómez \*, Martín Alejandro Paíz\*\* y Juan E. Aguirre\*\*\*

\* Consultorio oftalmológico Dra. Alejandra Gómez, Lavalle 741, Tucumán, Argentina; Hospital Ángel C. Padilla, Alberdi 550, Tucumán, Argentina.

\*\* Hospital Ángel C. Padilla, Alberdi 550, Tucumán, Argentina; Sanatorio 9 de julio, 25 de Mayo, Tucumán, Argentina.

\*\*\* Hospital Ángel C. Padilla, Alberdi 550, Tucumán, Argentina; Clínica Santa Lucía, Tucumán, Argentina.

Contacto: [m.alejandragomez@hotmail.com](mailto:m.alejandragomez@hotmail.com)

Recepción: 25/9/2022

Aprobación: 23/11/2022

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 6-11



## Objetivo

Presentación de caso clínico de paciente de sexo femenino con meningioma en ala del esfenoides con manifestaciones oftalmológicas. Los meningiomas esfeno-orbitario son tumores intracraneales raros que surgen en el ala esfenoidal. Estos tumores pueden invadir importantes estructuras neurovasculares haciendo la resección radical difícil, y los tumores residuales a menudo conducen a la recurrencia.

## Resumen

Paciente de sexo femenino de 44 años de edad derivada por médico clínico por proptosis de 6 meses de evolución. Al examen oftalmológico presentaba proptosis ojo derecho, con proyección inferior, motilidad ocular conservada en 9 cua-

drantes, con diplopía en mirada extrema superior y extrema lateral. Agudeza visual 10/10 ambos ojos. Campo visual computarizado OD alterado OI normal. Fondo de ojo normal al momento del examen. Se solicitan RMN cerebral donde se informa un marcado engrosamiento y señal heterogénea, predominantemente hipotensa en T2. Dicha alteración condicionaba compresión y desplazamiento del recto externo. Se realiza interconsulta con neurocirugía y se planea resección diagnóstica y terapéutica.

Anatomía patológica informa meningioma meningotelomatoso intraóseo grado 1 del ala del esfenoides.

Al examen oftalmológico posoperatorio la paciente presenta ausencia de proptosis, motilidad conservada en 9 cuadrantes sin diplopía, AV 10/10, campo visual computarizado normal ambos ojos.

A los seis meses de posquirúrgicos no presenta signos de imagenológicos ni clínicos de recurrencia.

## Conclusión

La máxima resección segura con preservación de la función sigue siendo el factor pronóstico más importante asociado con tasas de recurrencia más bajas y la realización en el momento adecuado de la cirugía disminuye las alteraciones oftalmológicas permanentes.

Palabras clave: Meningioma esfenoidal, proptosis, discapacidad visual, meningioma en placa.

## Objective

*Presentation of a clinical case of a female patient with meningioma in the sphenoid wing with ophthalmological manifestations. Spheno-orbital meningiomas are rare intracranial tumors that arise in the sphenoid wing. These tumors can invade important neurovascular structures making radical resection difficult, and residual tumors often lead to recurrence.*

## Summary

*44-year-old female patient referred by a clinician for proptosis of 6 months of evolution. On ophthalmological examination, she presented right eye proptosis, with inferior projection, preserved ocular motility in 9 quadrants, with diplopia in extreme superior and extreme lateral gaze. Visual acuity 10/10 both eyes. Computerized visual field od altered oi normal. Normal eye fundus at the time of examination. Brain MRI is requested where a marked thickening and heterogeneous signal, predominantly hypotensive in T2, are reported. This alteration conditioned compression and displacement of the external rectum. Interconsultation with neurosurgery is performed and diagnostic and therapeutic resection is planned.*

*Pathological anatomy report grade 1 intraosseous meningotheliomatous meningioma of the sphenoid wing.*

*On postoperative ophthalmological examination, the patient presented no proptosis, preserved motility in 9 quadrants without diplopia, VA 10/10, normal computerized visual field in both eyes. Six months after surgery, she shows no imaging or clinical signs of recurrence.*



Imagen 1

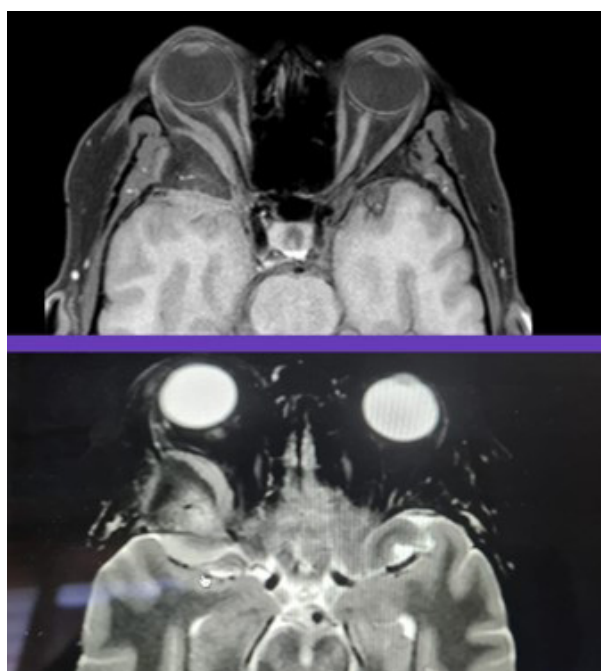


Imagen 2

## Conclusion

*The maximum safe resection with preservation of function continues to be the most important prognostic factor associated with lower recurrence rates and the performance at the right time of surgery reduces permanent ophthalmological alterations.*

Keywords: Sphenoid meningioma, proptoses, visual disability

## Introducción

Los meningiomas son tumores de base dural que surgen de células meningoteliales (células aracnoideas de la "capa"). Representan el 37,6% de todos los tumores primarios cerebrales en adultos, lo que los convierte en el tipo más común de tumor intracraneal. La incidencia de meningioma aumenta con la edad, con una mediana de edad de diagnóstico de 65 años. Los meningiomas suelen ser de crecimiento lento y no infiltrante, su sintomatología es variable y dependen de su ubicación. El meningioma en placa (MEP) es un raro tipo de meningioma definido por una lesión en forma de lámina que infiltra la duramadre y en ocasiones invade el hueso. La mayoría de los casos notificados de MEP son de grado I de la OMS, y muy pocos casos son de grado II o III.

A pesar de los grandes avances en los procedimientos quirúrgicos, el meningioma esfeno orbitario en placa aún representa un problema grave. MEP comprende entre el 2% y 9% de todos los meningiomas y hasta el 18% de los meningiomas del ala del esfenoides. Es 3 a 6 veces más prevalente en mujeres y suele aparecer en personas de 40 a 50 años. El meningioma en placa fue introducido por primera vez por Cushing y Eisenhardt en 1938 para describir el crecimiento de un tumor similar a una alfombra asociado con hiperostosis, que se observa con mayor frecuencia en la cresta del esfenoides con afectación orbitaria. La proptosis es el síntoma más común de la enfermedad, aunque también son frecuentes otros, como dolor de cabeza, ptosis, diplopía y discapacidad visual unilateral debido a la compresión del nervio óptico por estenosis del canal. El comportamiento biológico y el patrón de crecimiento del meningioma en placa del ala del esfenoides es variable y no se puede predecir. En algunos casos, el tumor es de lento crecimiento y se acompaña de síntomas clínicos leves, mientras que en otros casos muestra

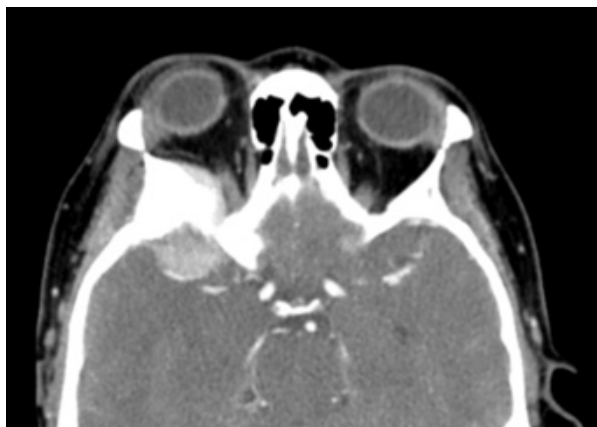


Imagen 3



Imagen 4

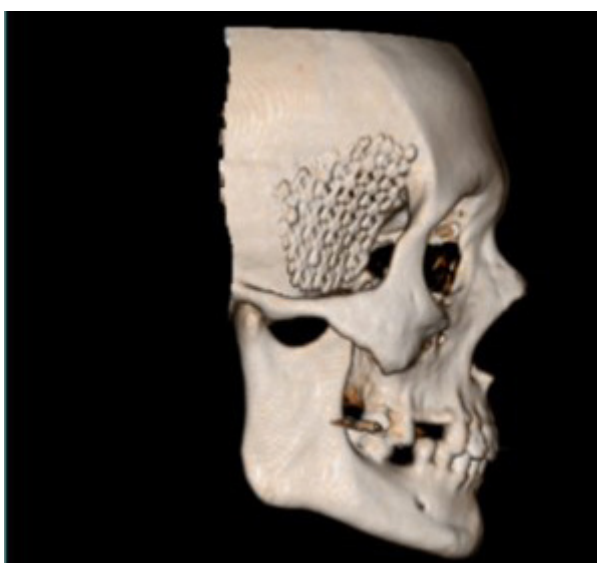


Imagen 5

un rápido crecimiento con considerables síntomas visuales.

El diagnóstico se realiza por medio de tomografía computarizada (TC) con cortes coronales y axiales, estas exploraciones son las mejores para observar la hiperostosis ósea. También se puede examinar la región intradural, el canal óptico y la parte superior comprometida de la fisura orbital (FO) mediante el uso de resonancia magnética imágenes (RMN). La cirugía es el mejor tratamiento para estas lesiones, utilizado para la resección total del tumor y de la duramadre afectada.

El tratamiento de MEP incluye observación con gammagrafías de seguimiento a intervalos, microcirugía, radiocirugía y/o radioterapia. Dada la creciente incidencia del descubrimiento incidental de estos tumores mientras se solicitan imágenes por otras razones, la mayoría de ellos son inicialmente seguidos simplemente hasta que haya: (1) crecimiento documentado o (2) desarrollo de síntomas específicos del sitio del tumor. En ausencia de antecedentes de otra afección tumoral sistémica, el intervalo para la obtención de imágenes es de dos exploraciones de 6 meses seguidas por imagen anual. En un paciente con otro cáncer sistémico se necesita una exploración más corta de 2 a 3 meses para ayudar a diferenciar un benigno de uno más agresivo, condición basada en la rapidez de crecimiento.

La resección quirúrgica con el objetivo de la extirpación total del tumor cuando sea factible es la principal estrategia terapéutica para el meningioma. La extensión de la resección tiene un gran impacto en la tasa de recurrencia.

Se ha introducido la radioterapia convencional o radiocirugía como terapia alternativa o auxiliar en los casos en que la resección del tumor total no es posible. Sin embargo, debido a la proximidad del tumor al nervio óptico y a los elementos vitales involucrados, existe un riesgo de complicaciones considerables.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 44 años de edad derivada por médico clínico por proptosis de 6 meses de evolución. Al examen oftalmológico presentaba proptosis ojo derecho de crecimiento progresivo, no dolorosa, con proyección inferior, no pulsátil (ver imagen 1). Motilidad ocular conservada en 9 cuadrantes, con diplopía en mirada extre-

ma superior y lateral. Agudeza visual 10/10 ambos ojos sin corrección. Campo visual computarizado OD defecto escotomatoso periférico OI normal. Fondo de ojo normal al momento del examen. Se solicitan RMN y TAC de órbita. La RMN cerebral informa un marcado engrosamiento y señal heterogénea, predominantemente hipotensa en T2 (ver imagen 2). Dicha alteración condicionaba compresión y desplazamiento del recto externo.

La TAC de órbita informa desestructuración ósea con alteración del ala mayor derecha del esfenoides que presenta lesión esclerosada y abombamiento de la pared orbitaria externa hacia medial y bordes irregulares de aspecto desflechado hacia posterior. Dicha lesión mide 27 x 31 x 19 mm (Long x AP x Tr) y genera proptosis del globo ocular ipsilateral por desplazamiento del recto lateral. Se extiende a la grasa extraconal orbitaria y a convexidad del lóbulo temporal derecho, mostrando marcado realce de tejidos blandos. Podría corresponder a proceso neofornativo maligno en primer término (ver imagen 3).

Se realiza interconsulta con neurocirugía y se planea resección diagnóstica y terapéutica.

Se realiza bajo anestesia general, decúbito supino, con la cabecera de la cama ligeramente por encima del corazón, abordaje pterional derecho, disección de plaqueta ósea y anclaje de duramadre, se observa en órbita, región esfenoidal con extensión a base del cráneo hiperostosis sangrante, se realiza una resección extensa, que involucra las alas mayor esfenoides hasta FO. A continuación, se extirparon las paredes lateral y superior de la órbita, hasta que la periórbita quedó completamente expuesta. Se exploró la periórbita y se resecó grasa orbitaria infiltrada. Se descomprimió el canal óptico para mejorar y preservar la función visual. Se visualiza hueso esponjoso friable en región pterional, se observa rotura de duramadre por el tumor con invasión intracaneana, dicha invasión se disecciona y se reseca con microcirugía y aspirador ultrasónico. Se descomprime cono orbitario, nervio óptico y pared lateral de la órbita. Se coloca malla de titanio para reconstrucción craneana. Se realiza una prueba de ducción forzada para garantizar que no se presente ningún impacto por la reconstrucción orbital en el músculo de la órbita (ver imagen 4).

La resección quirúrgica del meningioma del ala del esfenoides con invasión orbitaria es técnicamente exigente debido a la difícil eliminación de hiperostosis con suficiente margen de resección, reconstrucción de la estructura ósea y

duramadre, y conservación de importantes estructuras anatómicas como el nervio óptico, el nervio oculomotor, el nervio trigémino o la arteria carótida interna.

Según varios estudios, el grado de deterioro preoperatorio y la extensión total de la descompresión del nervio óptico son los indicadores pronósticos más importantes de la función del nervio óptico posoperatoriamente.

Anatomía patológica informa meningioma meningotelomatoso intraóseo grado 1 del ala del esfenoides.

Al examen oftalmológico posoperatorio, a los 15 días, la paciente presenta ausencia de proptosis, motilidad conservada en 9 cuadrantes sin diplopía, AV 10/10, campo visual computarizado normal ambos ojos.

A los seis meses de posquirúrgicos no presenta signos imagenológicos ni clínicos de recurrencia y la reconstrucción 3 d muestra malla en posición (ver imagen 5).

## Discusión

Los meningiomas del ala esfenoidal (MAE) son uno de los tres tumores más comunes entre los meningiomas intracraneales. Ellos más comúnmente ocurren en la cuarta década de la vida y como los meningiomas en otras localidades hay predominio femenino. Los síntomas más comunes en la presentación son dolor de cabeza, convulsiones y molestias visuales. Las formas de hiperostosis en placa ocurren casi exclusivamente en mujeres y se presentan con proptosis unilateral indolora.

Los tumores de hiperostosis en placa, también denominados como los meningiomas esfenorbitario, son de crecimiento lento y la mayor parte de la carga tumoral está dentro el hueso con solo una fina alfombra de tumor adherida a la duramadre sobre el ala del esfenoides. Estos tumores requieren una craneotomía cigomática fronto-temporal-orbitaria más extensa con eliminación de hueso hiperostótico medialmente al foramen oval y rotundum, canal óptico, techo y pared lateral de la órbita, así como la periórbita infiltrada.

La presentación típica es la de una persona de mediana edad, sexo femenino con proptosis progresiva e indolora, al igual que en el caso por nosotros presentado. Se describe un dolor periorbitario sordo. Suele haber edema del párpado inferior y quejas de visión doble o visión borrosa, síntomas

también presentados por nuestra paciente. Para pacientes con compresión prolongada del nervio óptico puede haber pérdida de fibras del nervio óptico con agudeza visual reducida, deterioro de los campos visuales con anomalías, alteración de la visión cromática y tomografía de coherencia ocular (OCT) anormal, en nuestro caso la alteración campimetría se recuperó por completo después de la resección quirúrgica. En casos extremos puede haber problemas con la córnea queratitis por exposición y alteración de la agudeza visual, estos síntomas no se presentaron en el caso presentado. El meningioma en masa se define por su característica plana crecimiento "en forma de alfombra" a lo largo del contorno óseo. MEP también puede estar asociado con hiperostosis como en el caso de nuestra paciente.

MEP surge más comúnmente en el ala esfenoidal y regiones orbitarias y, con menos frecuencia, a lo largo de la convexidad cerebral, el hueso temporal y el agujero magno; como ya hemos mencionado, en nuestra paciente la afección era el ala del esfenoides, lo que concuerda con lo encontrado en la revisión bibliográfica.

La presentación clínica de la MEP depende de su localización y diseminación.

Los síntomas surgen ya sea debido a la compresión neural directa e invasión por el tumor o debido a la hiperostosis ósea que puede estrechar los forámenes y fisuras por donde pasan las estructuras neurales. En MEP del ala esfenoidal, tal compresión neural puede resultar en una disminución de la agudeza visual y defectos del campo visual. Hiperostosis de los huesos orbitarios puede resultar en proptosis, algunos pacientes también se quejan de presión retro bulbar, dolor orbitario y dolor de cabeza. El grado de proptosis puede ser medido por el oftalmólogo directamente, y las imágenes de resonancia magnética axial pueden ayudar a calcular el índice de exoftalmos, es decir, la relación entre la posición de los ojos del lado afectado con la del lado normal.

La distancia de la posición del ojo se mide desde la lente hasta una línea horizontal dibujada entre la parte posterior del proceso frontocigomático en el mismo nivel. Este índice se puede seguir después del tratamiento para evaluar la respuesta y buscar redesarrollo que podría sugerir un tumor recurrente. Al momento de la consulta, la paciente ya presentaba todos los síntomas de compresión y ocupación orbitaria, este fue el motivo por el que se decidió la intervención quirúrgica en lugar de los controles con tomografía y resonancia, como

recomiendan algunos autores que enfatizan la estrategia de “esperar y ver” debido a su tasa de crecimiento lenta 0.3 cm<sup>3</sup>.

MEP presenta un desafío diagnóstico debido a su inusual apariencia radiológica. Los estudios de diagnóstico por imágenes de primera línea incluyen la tomografía computarizada (TC) para delinear la afectación ósea y la hiperostosis, y las imágenes por resonancia magnética (RMN) para identificar el compromiso dural e intradural. La RM ponderada en T1 con supresión permite evaluar la invasión orbitaria y en la grasa con contraste. Hiperostosis a menudo se ve en un periostio patrón con irregularidad en la superficie de las estructuras involucradas y hacia adentro abultamiento de la lesión. La hiperostosis ósea se observa en 13 a 49% de MEP.

Las complicaciones de la resección del MEP encontradas fueron: ceguera, limitación de movimiento extraocular, entumecimiento facial, fuga de líquido cefalorraquídeo y exposición de la placa de fijación craneal con infección de la herida <sup>xiii</sup>. Hasta la fecha nuestra paciente solo refiere hiperestesia en cuero cabelludo.

A pesar de la naturaleza localmente invasiva, la mayoría de los casos de MEP todavía son clasificados como tumores de grado I de la OMS debido a un índice proliferativo bajo. El informe anatomopatológico de nuestra paciente fue grado 1.

## Conclusión

La máxima resección segura con preservación de la función sigue siendo el factor pronóstico más importante asociado con tasas de recurrencia más bajas y la realización en el momento adecuado de la cirugía disminuye las alteraciones oftalmológicas permanentes.

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R.A. Buerki, C.M. Horbinski, T. Kruser, P.M. Horowitz, C.D. James, R.V. Lukas, An overview of meningiomas, *Futur. Oncol.* 14 (2018) 2161-2177, <https://doi.org/10.2217/fo-2018-0006>.
2. K. Huntoon, A.M.S. Toland, S. Dahiya, Meningioma: a review of clinicopathological and molecular aspects, *Front. Oncol.* 10 (2020) 1-14, <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.579599>
3. O. Qt, C. G. H, P. N, W. K, K. C, B.-S. Js, CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2012- 2016, *neuro. Oncol.* 21, V1-V100, <https://doi.org/10.1093/NEUONC/NOZ150>, 2019
4. Baha'eddin A. Muhsen y col. En-plaque sphenoid wing grade II meningioma: Case report and review of literature. *Anales de Medicina y Cirugía Volumen 74* , febrero de 2022 , 103322. journal homepage: [www.elsevier.com/locate/amsu](http://www.elsevier.com/locate/amsu)
5. T.A. Elder, H. Yokoi, A.J. Chugh, C. Lagman, O. Wu, C.H. Wright, A. Ray, N. Bambakidis, En plaque meningiomas: a narrative review, *J. Neurol. Surg. Part B Skull Base* 82 (2021), <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402012>. E33-E44.
6. Mohammad Samadian. Surgical Outcomes of Sphenoorbital En Plaque Meningioma: A 10-Year Experience in 57 Consecutive Cases
7. Honeybul S, Neil-Dwyer G, Lang DA, Evans BT, Ellison DW. Sphenoid wing meningioma en plaque: a clinical review. *Acta Neurochir (Wien)*. 2001;143:749-758
8. Cushing H, Eisenhardt L. Meningiomas. Their classification, regional behavior, life history, and surgical end results. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1938.
9. Honig S, Trantakis C, Frerich B, Sterker I, Kortmann RD, Meixensberger J. Meningiomas involving the sphenoid wing outcome after microsurgical treatment: a clinical review of 73 cases. *Cent Eur Neurosurg*. 2010;71:189-198.
10. O. Sandalcioglu IE, Gasser T, Mohr C, Stolke D, Wiedemayer H. Interdisciplinary surgical approach, resectability and long-term results. *J Craniomaxillofac*. 2005;33:260-266.
11. STEPHEN T. MAGILLI y col, Sphenoid wing meningiomas *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 170 (3rd series) Meningiomas, Part II ,M.W. McDermott, Editor <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822198-3.00026-4>
12. Oya S, Sade B, Lee JH. Sphenoorbital meningioma: surgical technique and outcome. *J Neurosurg*. 2011;114:1241-1249.
13. Ga-On Park, Hyun Ho Park y col. Surgical Outcomes of Sphenoid Wing Meningioma with Periorbital Invasion. *J Korean Neurosurg Soc* 65 (3) : 449-456, 2022 <https://doi.org/10.3340/jkns.2021.0109>
14. Saeed P, van Furth WR, Tanck M, Kooremans F, Freling N, Streekstra GI, et al. : Natural history of sphenoorbital meningiomas. *Acta Neurochir (Wien)* 153 : 395-402, 2011
15. Xu G, Du JX, Ye M, Zhao RL, Ling F : Analysis of the causes of surgical complications of medial sphenoidal ridge meningioma. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 86 : 632-635, 2006

# Presentación de un caso con quistes dermoides orbitarios bilaterales y múltiples

## Autores:

Dra. C. Lesly Solís Alfonso\*, Dr. Odenis Fernández González\*\*, Dr. Lázaro Vigoa Aranguren\*\*\* y Lic. Bárbara González Pereira\*

\*Jefa del Servicio de Imagenología del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Doctora en Ciencias Médicas, especialista de II grado en Imagenología. Profesora titular e investigadora titular.

\*\*Especialista de II grado en Oftalmología del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Profesor asistente.

\*\*\*Especialista de I grado en Anatomía Patológica del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Profesor auxiliar.

\*Licenciada en Citohistopatología del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Profesora asistente.

Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Calle 114 y 51, Marianao, La Habana, Cuba.

Contacto: leslysa@nauta.cu

Recibido: 18/8/2022

Aceptado: 6/12/2022

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 12-16



## Resumen

El quiste dermoide constituye la tumoración benigna orbitaria más frecuente de la infancia. Su presentación bilateral es inusual sin encontrar, en la literatura revisada, ningún artículo publicado que reporte la coexistencia de más de dos lesiones orbitarias. Se presenta el caso de una paciente de 10 años con tres quistes dermoides, uno en cada ángulo temporal superior; y otro en el tercio externo del párpado superior izquierdo, con características clínicas e imagenológicas no habituales, el cual fue removido quirúrgicamente, lo que permitió confirmar el diagnóstico.

## Palabras claves

Quistes dermoides orbitarios, coristomas, bilaterales y múltiples.

## Abstract

*Dermoid cysts are the most frequent type of benign orbital tumor in children. Bilateral dermoid cysts are very rare, and in any case has been reported more than two orbital lesions. Here, we report a 10-year-old girl with three dermoid cysts,*

one on each upper temporal angle; and another one on the lateral ends of the left upper eyelid, with unusual clinical and radiological peculiarities, which was surgically removed, what made it possible to confirm the diagnosis.

### Keywords

Orbital dermoid cysts, choristoma, bilateral and multiple.

### Introducción

El quiste dermoide es un coristoma (acúmulo de tejido embrionario normal en una localización anormal) derivado del ectodermo en el mesénquima subyacente a las líneas de cierre embriológico. Representa del 3 al 5% de las afecciones congénitas de la órbita, donde constituye la tumoración benigna más frecuente de la infancia. No muestra predilección por sexo, y en su mayoría son aislados, unilaterales y superficiales<sup>1-3</sup>.

### Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 10 años que es seguida en el servicio de Oculoplastia por sospecha diagnóstica de quiste dermoide orbitario bilateral, los cuales fueron constatados alrededor de los dos años de edad, sin manifestar cambios relevantes con el paso del tiempo. En la revisión periódica refiere que desde hace aproximadamente dos meses nota un abultamiento adicional que ha crecido rápidamente. Al examen físico se corrobora la presencia de una lesión en cada ángulo temporal orbitario, así como de otro nódulo en tercio externo del párpado superior izquierdo, de  $\pm 20$ mm de diámetro, indoloro, blando, liso, bien delimitado, no adherido a planos profundos (reborde orbitario libre), y la piel que lo cubría no se encontraba fijada al tumor, ni mostraba alteraciones en la coloración (Fig.1). A continuación se practicó un ultrasonido donde las dos primeras lesiones se visualizaron como imágenes uniloculares, ovoideas, hipoeoicas, homogéneas, de márgenes nítidos y sin vascularidad, con aspecto característico de quistes dermoides. Sin embargo, la tercera lesión ecográficamente tradujo una imagen nodular de mayor tamaño, ecogénica

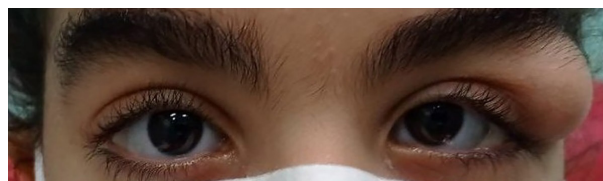


Figura 1: Imagen preoperatoria de la paciente en la cual se distinguen las tres lesiones orbitarias.



Figura 2: TC simple de órbitas: Corte axial donde se definen los tres quistes dermoides.

y heterogénea, pero igualmente bien delimitada y avascular. Seguidamente se realizó tomografía computada (TC) simple, la cual confirmó, a nivel de cada ángulo temporal, la presencia de una lesión extraconal, ovoidea e hipodensa (medias entre -105 y -125UH), de pared densa bien definida y regular, con la apariencia típica de quistes dermoides. Asimismo, en el tercio externo del párpado superior izquierdo se ratificó la otra lesión de mayor tamaño, heterogénea y con densidades internas superiores que oscilaban entre -19 y -71UH, la cual alcanzaba  $\pm 22 \times 16 \times 19$ mm. Las estructuras óseas adyacentes se comprobaron conservadas (Fig. 2).

Posteriormente se hizo una resonancia magnética (RM) donde las dos primeras imágenes mantuvieron el aspecto patognomónico de los quistes der-

moides, pero la tercera reveló una intensidad de señal diferente, comportándose en comparación a la grasa retro-orbitaria y al tejido celular subcutáneo, hipointensa en T1 y sutilmente hiperintensa en T2, sin modificar la intensidad de señal en T2 con supresión de grasa (Figs. 3a, 3b y 3c).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto se propuso como diagnóstico más probable al de quistes dermoides bilaterales múltiples, y se decidió la exéresis quirúrgica del tercero por su crecimiento acelerado y comportamiento imagenológico atípico (Fig. 4). El examen histopatológico confirmó el diagnóstico (Fig.5). La paciente evolucionó satisfactoriamente, se encuentra asintomática y en seguimiento, sin evidencias de recidiva (Fig.6).

### Discusión

El quiste dermoide es una lesión latente desde el nacimiento, que puede pasar mucho tiempo sin manifestarse clínicamente, aunque la mayoría se hace evidente en la primera década de la vida.

El tiempo de evolución es muy variable y su crecimiento es lento<sup>1</sup>. En la órbita usualmente son de localización anterior, donde el cuadrante más afectado es el superotemporal adyacente a la sutura frontocigomática (60,4%)<sup>4</sup>. Según la ubicación y el tamaño variarán la edad de aparición y las manifestaciones clínicas. Los superficiales se evidenciarán precozmente, y los síntomas y signos consistirán en aumento circunscrito de volumen (nódulos lisos y móviles de color de piel normal) y/o ptosis palpebral<sup>4</sup>; mientras que los profundos no se harán ostensibles hasta la edad adulta y podrán ocasionar proptosis, diplopia, estrabismo y/o restricción de los movimientos oculares<sup>5</sup>.

De forma ocasional se han publicado algunos quistes dermoides bilaterales en la cola de las cejas y sutura frontocigomática, así como un caso con dos quistes en la misma órbita<sup>5-8</sup>; sin embargo, en la literatura revisada no se encontró ninguno que reportara la coexistencia de más de dos lesiones orbitarias.

Por lo general son indoloros, pero pueden acompañarse de dolor ocular cuando se complican con una inflamación local, al sufrir hemorragia interna o rotura como consecuencia de un trauma. El contenido irritante del quiste liberado en la cavidad orbitaria genera un proceso inflamatorio que clínicamente puede simular un cuadro infeccioso agudo (celulitis), lo que histopatológicamente tra-

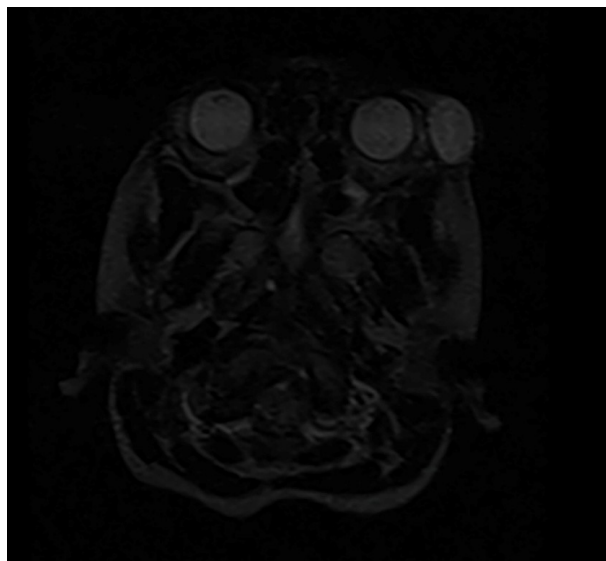
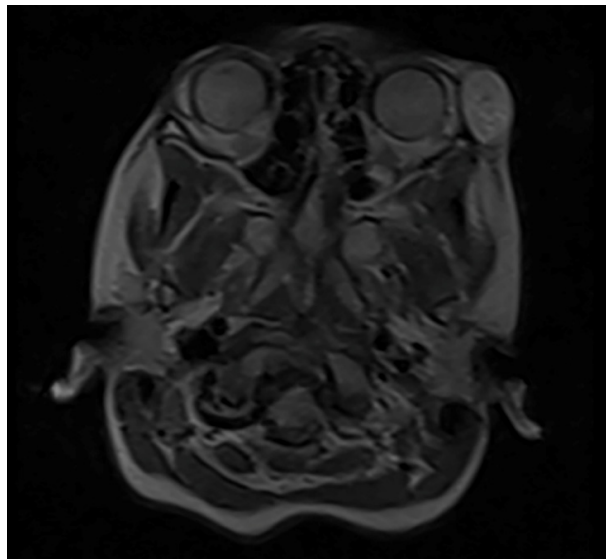
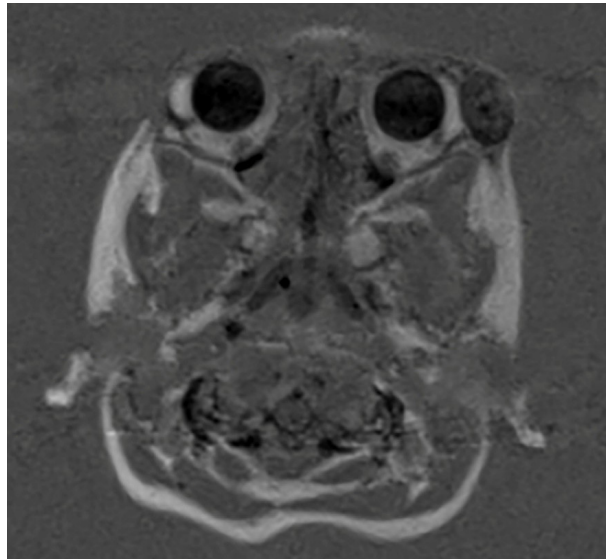


Figura 3 (a, b y c). RM de órbitas: Secuencias axiales potenciadas en T1, T2, y con supresión de grasa, donde se evidencia el comportamiento de señal de cada uno de los quistes.



Figura 4: Imagen intraoperatoria en la cual se aprecia el aspecto macroscópico de la lesión.

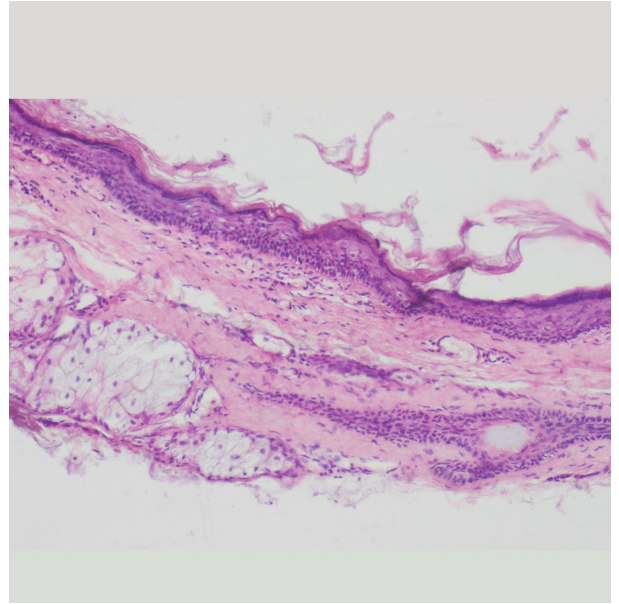


Figura 5: Examen histopatológico: Imagen microscópica que demuestra la pared del quiste revestida por un epitelio escamoso queratinizado y la presencia de folículos pilosebáceos.

duce un proceso inflamatorio crónico tipo granulomatoso <sup>3,5</sup>.

El diagnóstico inicial es clínico. Las técnicas imagenológicas confirman la presencia de la tumoración y valoran su localización y extensión, en tanto el examen histopatológico corrobora el diagnóstico definitivo <sup>1</sup>.

La ecografía es particularmente útil en el estudio de las lesiones focales superficiales de la órbita. Es un proceder seguro, rápido e indoloro que permite evaluar en la consulta las lesiones in vivo y controlar su evolución, lo que la convierte en la prueba complementaria idónea para el seguimiento estos casos <sup>3</sup>.

Los quistes dermoides ecográficamente suelen visualizarse como imágenes uniloculares bien delimitadas, de morfología redondeada u oval, uniformemente anecoicas o hipoecoicas, y con menor frecuencia ecogénicas y heterogéneas. Con la aplicación de Doppler son avasculares, pero se podrá constatar un aumento de la vascularización periférica cuando están inflamados <sup>3,9</sup>.

La TC es considerada la modalidad diagnóstica de preferencia, porque permite determinar el tamaño, forma, localización y posible extensión intracraneal o intraorbitaria del quiste. Además, ayuda a identificar cambios o defectos óseos secundarios <sup>2,3</sup>. No



Figura 6: Imagen posoperatoria de la paciente a los 6 meses de la cirugía.

obstante, su menor disponibilidad y mayor costo con respecto al ultrasonido, junto al empleo de radiaciones ionizantes, no la hacen recomendable para el seguimiento de estos pacientes.

Los quistes dermoides tomográficamente suelen ser hipodensos, aunque a veces pueden comportarse isodensos o heterogéneos en dependencia del contenido. Sus densidades internas oscilan entre -150 UH y 25 UH, relacionándose los valores negativos con el componente sebáceo y los positivos con la presencia de queratina <sup>2,3</sup>.

La RM revela la presencia del componente graso y tiene mayor resolución para los tejidos blandos, por lo que aporta mejores detalles anatómicos en

relación con la propia lesión y con las estructuras neuromusculares que la rodean. En adición, ayuda a la detección de complicaciones, especialmente de hemorragia y rotura del quiste <sup>10</sup>; pero se debe recordar que es el medio diagnóstico más caro y menos accesible de los tres, además de requerir sedación, sobre todo en los niños menores de 5 años.

La mayor parte de los quistes dermoides tienen un comportamiento de señal característico de material lipídico, lo que se debe a su contenido sebáceo; por lo que en las secuencias T1 y T2 aparecen hiperintensos al igual que la grasa orbitaria, mientras que en las imágenes de saturación de la grasa se tornan hipointensos al anularse o suprimir su intensidad de señal <sup>10</sup>.

La singularidad del caso que se reporta está dada por la coincidencia de varias manifestaciones inusuales, en particular, destaca la coexistencia de tres quistes dermoides orbitarios, y que uno de ellos presentara un crecimiento acelerado, sin lograr demostrar por resonancia magnética su componente graso.

El aspecto histopatológico de los quistes dermoides es variado y depende de la complejidad de la lesión. No obstante, en sentido general poseen una pared fibrosa revestida por epitelio escamoso, con un número variable de anexos cutáneos, y una cavidad central que puede contener queratina descamada, glándulas sebáceas o folículos pilosos <sup>7</sup>. El único tratamiento curativo y definitivo es la resección quirúrgica completa, y está indicado cuando: continúan creciendo, originan trastornos funcionales o deformidades y para prevenir las complicaciones por rotura o infección <sup>7,10</sup>. La exéresis debe realizarse con la pared o cápsula intacta, ya que incluso una pequeña cantidad de epitelio residual puede dar origen a una recidiva <sup>1</sup>.

En conclusión, los quistes dermoides clínicamente sospechados deben ser confirmados y seguidos por ultrasonido. Sin embargo, ante la evidencia de atipicidades, sospecha de complicaciones o necesidad de planificar un tratamiento quirúrgico, se deberá complementar el estudio con TC y/o RM.

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez García LK, Ortiz Ramos DT, Gómez Cabrera CG, Vigoa Aranguren L, Rojas Rondón I, Abreu Perdomoll FA. Quiste dermoide en la cola de la ceja. *Rev Cubana Oftalmol* 2014; 27 (1): 168-74. Disponible en: <http://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/241/html>.
2. Rajenda P Maurya, Sashikant UC Patne, Virendra P Singh, Mahendra K Singh, Ritika, Manisha Dwivedi, et al. Presentation pattern and management outcome of ocular and periocular dermoid cyst. *Int J Ocular Oncol Oculopalast* 2016; 2 (2): 95-105. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/306012897\\_Presentation\\_pattern\\_and\\_management\\_outcome\\_of\\_ocular\\_and\\_periocular\\_dermoid\\_cyst](https://www.researchgate.net/publication/306012897_Presentation_pattern_and_management_outcome_of_ocular_and_periocular_dermoid_cyst).
3. Chun Min L. CT and UltraSound in the diagnosis of orbital dermoid cyst - A retrospective study at the University Teaching Hospital in Lusaka. *Med J Zambia* 2008; 35 (2): 58-61. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/mjz/article/view/46515/32910&ved=2ahUKEWjstafovJn5AhVeK0QIHRVICjEQFnoECAkQAQ&usq=AOvVaw1INwxXqvrR-Pel12bcfQ-NO>.
4. Correa Pérez ME, Sánchez-Tocino H, Blanco Mateos G. Quiste dermoide en la infancia bajo el diagnóstico de ptosis. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2010; 85 (6): 215-17. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/aseo/v85n6/comunicacion.pdf>.
5. Kang KR, Lim H, Jung SW, Koh SH. Bilateral dermoid cysts on the lateral ends of eyebrows. *Arch Plast Surg* 2016; 43(6): 608-09. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/310737596\\_Bilateral\\_Dermoid\\_Cysts\\_on\\_the\\_Lateral\\_Ends\\_of\\_Eyebrows&ved=2ahUKEWjxxv7dn735AhXQRzABHW5ICR8QFnoECCIQAQ&usq=AOvVaw3ZHe-Z2ajAnIX3V1duqdN\\_](https://www.researchgate.net/publication/310737596_Bilateral_Dermoid_Cysts_on_the_Lateral_Ends_of_Eyebrows&ved=2ahUKEWjxxv7dn735AhXQRzABHW5ICR8QFnoECCIQAQ&usq=AOvVaw3ZHe-Z2ajAnIX3V1duqdN_).
6. Montolio-Marzo S, Casas-Gimeno E, Prat-Bartomeu J. An Unusual Case of Unilateral Multiple Periorbital Dermoid Cyst. *Ophthalmology* 2020; 127 (3): 304. Disponible en: [https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420\(19\)32355-3/fulltext#relatedArticles](https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(19)32355-3/fulltext#relatedArticles).
7. Albornoz López del Castillo C, Cabrera Villalobos Y, Machado Pina A, Siré Gómez A. Quiste dermoide bilateral en cola de ceja. Presentación de una paciente. *AMC* 2003; 7 (5): 600-05. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v7n5/AMC08503.pdf>.
8. Elahi MM, Glat PM. Bilateral frontozigomatic dermoid cysts. *Ann Plast Surg* 2003; 51 (5): 509-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14595189/&ved=2ahUKEWjPkuCG0qv5AhUcSDABHYCfDHcQFnoECAQQAQ&usq=AOvVaw3W6mtWkEqG8NjXfP39ubDP>.
9. Pushker N , Meel R, Kumar A, Kashyap S, Sen S , Bajaj MS. Orbital and periorbital dermoid/epidermoid cyst: a series of 280 cases and a brief review. *Can J Ophthalmol* 2020; 55 (2):167-71. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31712044/&ved=2ahUKEwi90NDR0av5AhUifTABHX9pA3Y-QFnoECAkQAQ&usq=AOvVawOG1MrWQV1\\_FIRRG5xMRBt](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31712044/&ved=2ahUKEwi90NDR0av5AhUifTABHX9pA3Y-QFnoECAkQAQ&usq=AOvVawOG1MrWQV1_FIRRG5xMRBt).
10. Jiménez-Morales ML, Gómez-Garza G, Criales-Cortés JL, Mora-Tiscareño MA. Patología orbitaria en la población pediátrica: revisión de hallazgos mediante resonancia magnética. *An Radiol Mex* 2015; 14 (2):191-208. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2015/arm152h.pdf&ved=2ahUKEWjm5tHkzqv5AhURRTABHfoPB5MQFnoECAQQAQ&usq=AOvVaw0yQZLIFP1Nao3LfnZd40j>.

# Coriorretinopatía central serosa y H. Pylori

## Autores:

Dres. Macarena Gutiérrez, Saskia Meyer, Fiorella Medioli, Lucía Ábalos, Martina Fara, Lucas Zielinski, Daniela Fernández, Mariano Siverino y María Judith Albanese

Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich – Av. Luis María Campos 726, CABA, C1426BOS, Argentina.

Contacto: [maca.gutierrez07@gmail.com](mailto:maca.gutierrez07@gmail.com)

Recibido: 5/5/2022

Aceptado: 21/12/2022

Disponibile en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 17-21



## Resumen

La coriorretinopatía central serosa es una patología de etiopatogenia desconocida, relacionada a factores de riesgo tales como personalidades tipo A, hombres jóvenes, entre otros. En los últimos años, se encuentra en estudio la relación de CSC con H. Pylori<sup>1</sup>.

Se presenta a nuestro servicio un paciente masculino de 34 años de edad, que concurre por presentar alteración en agudeza visual. Al interrogatorio, refiere presentar síntomas gástricos, compatibles con gastritis. Se realiza examen oftalmológico completo y, junto a los exámenes complementarios, se llega al diagnóstico de coriorretinopatía central serosa, lo que da lugar a nuestro estudio. Se observó que individuos que recibieron tratamiento erradicador tuvieron mejoría de la agudeza visual, pero que no llega a ser estadísticamente significativa como para relacionar esta mejoría al tratamiento erradicador.

Parece existir una correlación entre la colonización por H. Pylori y la CSC, y el tratamiento podría beneficiar a los pacientes con dicho cuadro, como ha ocurrido en nuestro caso, pero en el momento actual no hemos encontrado suficiente evidencia que justificaría su aplicación en la práctica clínica.

## Resume

*The Central serous Chorioretinopathy it's a pathology with not yet determined etiopathogenesis but related to risk factors as type A personalities and young aged patients. In the latest years the relationship between this pathology and H. Pylori is on the center of further studies.*

*A masculine patient of 34 years old attended to our Institution referring loss of visual acuity and declared he had compatible symptoms with a gastritis diagnose. After a detailed ophthalmological control along with complementary studies a diagnostic of Central Serous Chorioretinopathy is achieved, which is the start point of our study. H. Pylori colonization and CSC might be related to each other and a precise treatment might be beneficial in order to solve such cases, even though there's still not enough scientific evidence to justify this clinical procedure*

## Keywords

*Central Serous Chorioretinopathy, Helicobacter Pylori*

## Introducción

La coriorretinopatía serosa central, clásicamente, se define como un desprendimiento seroso neurosensorial de la retina de origen desconocido que afecta a la mácula generalmente durante episodios de estrés emocional y típicamente a varones jóvenes entre 25 y 45 años <sup>1</sup>.

La etiopatogenia de la CSC es desconocida <sup>1-2</sup> aunque siempre se ha relacionado con personalidades tipo A, personas ansiosas y estresadas, considerando que en la fase aguda se produce una liberación de cortisol y adrenalina. La adrenalina puede causar daño en la coriocapilar e incrementar su permeabilidad. El cortisol puede potenciar la acción vasoconstrictora de las catecolaminas. La inhibición de la síntesis de colágeno por el cortisol puede producir adelgazamiento de la pared capilar resultando en un aumento de su fragilidad favoreciendo la permeabilidad de la coriocapilar <sup>1-3</sup>. El *Helicobacter pylori* es una bacteria gram negativa gástrica de aspecto espiral que se asocia a múltiples patologías digestivas y extradigestivas. Realizamos una revisión bibliográfica para conocer la evidencia actual sobre la asociación de dichas entidades patológicas, posible relación causal.

## Objetivo

Este trabajo tiene por objeto establecer una revisión bibliográfica sobre la relación entre la infección gástrica por *Helicobacter pylori* con la coriorretinopatía serosa central, y evaluar el efecto que presenta el tratamiento erradicador para dicha bacteria sobre la coriorretinopatía serosa central.

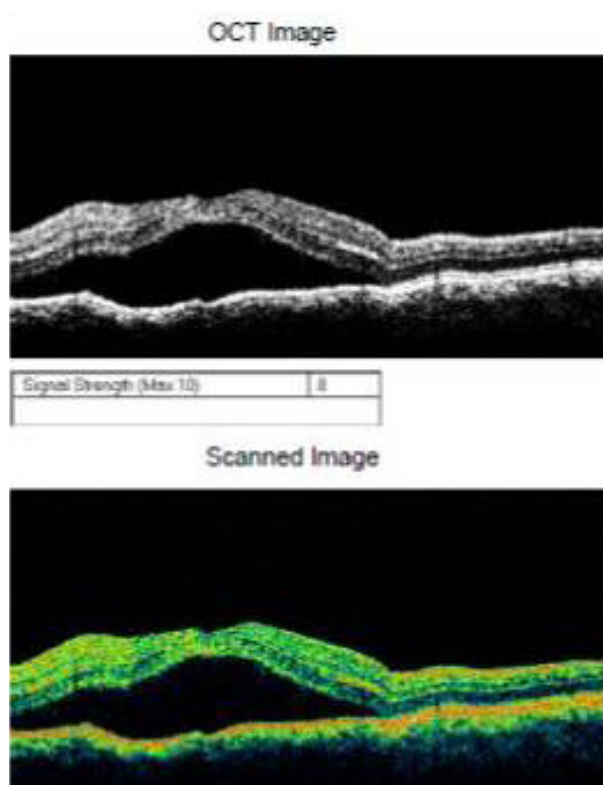
## Discusión

Paciente masculino de 34 años concurre al servicio de oftalmología por presentar disminución en su agudeza visual.

Como antecedentes personales refiere haber presentado gastritis tratados con omeprazol y que actualmente presentaba síntomas compatibles con dicha patología.

Al momento del interrogatorio, menciona estar en periodo de exámenes demostrando gran ansiedad por los mismos.

Examen oftalmológico: AV 10/10 sin corrección ambos ojos, BMC dentro de parámetros normales,



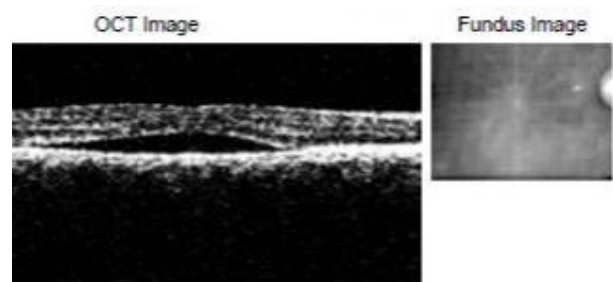
Pio 12 mmhg ambos ojos. Test de Amsler OD patológico, menciona observar “mancha grisácea” en la región superior al punto central asociado a irregularidad en líneas rectas centrales, OI normal.

Se realiza fondo de ojos OD: se observa desprendimiento seroso en región macular compatible con coriorretinopatía central serosa, asociado a línea blanquecina perilesional, resto dentro de parámetros normales. OI normal.

Se realiza OCT donde se puede observar aumento del espesor macular con desprendimiento de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario de la retina.

Se decide iniciar tratamiento con acetazolamida 250 mg/día<sup>4</sup>, se solicita RFG, la cual informa punto de fuga perimacular, al presentar buena agudeza visual y localizarse punto de fuga cercano a la región macular, se decide esperar y ver evolución con tratamiento oral. Se realiza interconsulta a servicio de gastroenterología por síntomas gástricos. Se suspende omeprazol para toma de biopsia para H. Pylori. El paciente concurre nuevamente al servicio donde se evalúa AV 8/10 sc, y se recibe informe con diagnóstico positivo para H. Pylori, iniciando tratamiento con claritromicina 500 mg cada 12 hs., amoxicilina 1 g cada 12 hs., metronidazol 500 mg cada 12 hs., omeprazol 40 mg cada 12 hs., por 14 días.

Se lo vuelve a evaluar en el servicio al mes de haber comenzado el tratamiento gástrico: AV 10/10 sc AO. Fondo de ojos s/p AO. Se realiza OCT que indica gran reabsorción del líquido subretinal y en nueva RFG solicitada no se observan signos patológicos.

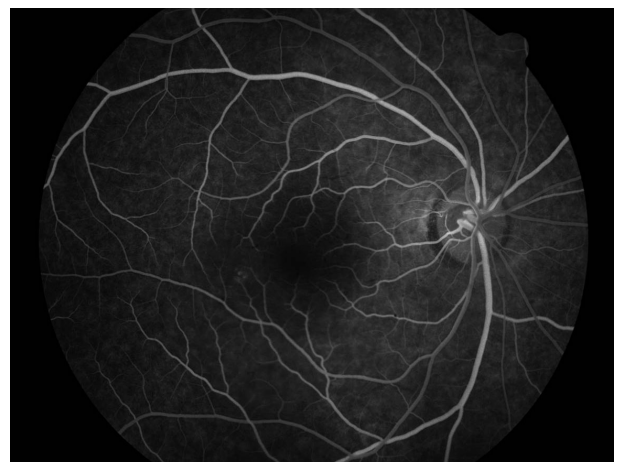


### Materiales y Métodos

Palabras claves: Coriorretinopatía central Serosa, helicobacter pylori

Realizamos una revisión bibliográfica para conocer la evidencia actual sobre la asociación de dichas entidades patológicas, posible relación causal y el efecto del tratamiento erradicador en el curso evolutivo de la CSC.

Se postuló desde hace más de 20 años la colonización de la mucosa gástrica por H. Pylori y la CSC, sugiriendo que el tratamiento erradicador podría tener algún efecto sobre la CSC<sup>5</sup>. La prevalencia de H. Pylori en los pacientes de CSC se ha observado que puede llegar a ser el doble respecto a la población general. En un metaanálisis



reciente, que incluyó 17 estudios de un total de 9839 pacientes diagnosticados de CSC, el H. Pylori figura como un factor de riesgo para la CSC<sup>6</sup>. Una hipótesis que podría explicar dicha observación es una alteración microvascular a nivel coroidal, desencadenada por la respuesta inflamatoria frente a antígenos de la bacteria<sup>5-7</sup>.

En un estudio realizado en pacientes con CSC, se ha observado que en aquellos individuos con colonización por H. Pylori que no recibieron tratamiento erradicador, la agudeza visual empeora significativamente a los 6 meses después de la primera consulta; por otro lado, en aquellos individuos que recibieron tratamiento erradicador se observó mejoría de la agudeza visual el primer mes, igual que en pacientes con CSC sin infección por H. Pylori<sup>8</sup>. Los autores sugieren que dichas diferencias se podrían atribuir a un enlentecimiento en la completa reabsorción del fluido subretiniano en los pacientes no tratados. Observaciones similares se han postulado también por Casella *et al.*<sup>9</sup> en donde hubo mejoría, teniendo en cuenta una población de 17 personas. Rahbani-Nobar *et al.* refieren ligera mejoría en la agudeza visual en individuos con CSC infectados por H. Pylori que habían recibido tratamiento erradicador, pero que no llega a ser estadísticamente significativa<sup>10</sup>.

Otros estudios, como Dang *et al.*<sup>11</sup> concluyeron que la correcta erradicación de H. Pylori en pacientes con CSC mejora la sensibilidad retinal central luego de las 12 semanas de tratamiento.

Sin embargo, según Salehi *et al.*, que realizó una revisión de 25 publicaciones con un total de 1098 participantes, refiere que el efecto del tratamiento erradicador sobre la mejoría clínica de la agudeza visual en el contexto de una CSC no se ha demostrado, sobre todo por la existencia de varios factores de confusión.

La CSC sigue siendo una condición enigmática, en gran parte debido a una historia natural de mejoría espontánea en una alta proporción de personas y también porque ningún tratamiento único ha proporcionado evidencia abrumadora de eficacia. No está claro si hay un beneficio clínicamente importante en el tratamiento de la CSC aguda que a menudo se resuelve espontáneamente como parte de su evolución natural<sup>12</sup>.

## Resultados

En conclusión, existiría una correlación entre la incidencia de colonización por H. Pylori y la in-

cidencia CSC. El tratamiento erradicador podría beneficiar a los pacientes con dicho cuadro, como ha ocurrido en nuestro caso, pero creemos que es preciso realizar más estudios prospectivos que investiguen posibles indicaciones de dicha terapia en la mejoría clínica de la CSC que justificaría su aplicación en la práctica clínica, puesto que en el momento actual no existe suficiente evidencia. Hay nivel de incertidumbre sobre el tratamiento erradicador, no habiendo eficacia demostrada. Es por esto que, en nuestro hospital, se están estudiando dichos casos en forma conjunta con el servicio de gastroenterología, de forma prospectiva, para obtener mayor caudal de pacientes y procurar mayor perspectiva en cuanto al tratamiento erradicador del H. Pylori y su relación con la CSC. Por lo que se decidió dividir en dos grupos: uno, que realizará tratamiento por H. Pylori, y otro grupo control.

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lamkin J. C., Singerman L. J., Addiego R. Laser treatment of macular diseases. In: Grossniklaus H. E., Kincaid M. C.. Ophthalmology Clinics of North America. Macular Diseases. Philadelphia: Saunders; 1993; 317-337.
2. Gass J. D., Little H. Bilateral bullous exudative retinal detachment complicating idiopathic central serous chorioretinopathy during systemic corticosteroid therapy. Ophthalmology 1995; 102: 737-747.
3. Keltikangas-Jarvinen L. The prevalence and construct validity of type A behaviour in patients with duodenal ulcers. Br J Med Psychol 1987; 60: 163-167.
4. Pikkil, J. (2002). Acetazolamide for central serous retinopathy. Ophthalmology, 109(9), 1723-1725.
5. L. Cotticelli, M. Borrelli, A. C. D'Alessio, M. Menzione, A. Villani, G. Piccolo, *et al.* Central serous chorioretinopathy and Helicobacter pylori. Eur J Ophthalmol, 16 (2006), pp. 274-278.
6. B. Liu, T. Deng, J. Zhang. Risk factors for central serous chorioretinopathy: A systematic review and meta-analysis. Retina, 36 (2016), pp. 9-19.
7. C. Giusti. Association of Helicobacter pylori with central serous chorioretinopathy: Hypotheses regarding pathogenesis. Med Hypotheses, 63 (2004), pp. 524-527.
8. O. Zavaloka, P. Bezditko, I. Lahorzhevskaya, D. Zubkova, Y. Ilyina. Clinical efficiency of Helicobacter pylori eradication in the treatment of patients with acute central serous chorioretinopathy. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 254 (2016), pp. 1737-1742.

**9.** A. M. Casella, R. F. Berbel, G. L. Bressanim, M. R. Malaguido, J. A. Cardillo. Helicobacter pylori as a potential target for the treatment of central serous chorioretinopathy. Clinics (Sao Paulo), 67 (2012), pp. 1047-1052.

**10.** M. B. Rahbani-Nobar, A. Javadzadeh, L. Ghojazadeh, M. Rafeey, A. Ghorbanihaghjo. The effect of Helicobacter pylori treatment on remission of idiopathic central serous chorioretinopathy. Mol Vis, 17 (2011), pp. 99-103.

**11.** Yalong Dang, Yalin Mu, Manli Zhao, Lin Li, Yanning Guo, Yu Zhu. The effect of eradicating Helicobacter pylori on idiopathic central serous chorioretinopathy patients. Therapeutics and Clinical Risk Management 2013;9 pp. 355-360.

**12.** M. Salehi, A. S. Wenick, H. A. Law, J. R. Evans, P. Gehlbach. Intervention for Central Serous Chorioretinopathy: A network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev, (2015), CD011841.

# Tumores corneo conjuntivales. ¿Qué hacer?

## Breve resumen de los tratamientos existentes y la quimioterapia tópica como tratamiento de elección.

### Serie de casos

#### **Autores:**

Dres. Matías Galgano y Rocío Yoguel

Hospital Oftalmológico Santa Lucía (CABA)

Contacto: [galganomatias@gmail.com](mailto:galganomatias@gmail.com)

Recibido: 25/10/2022

Aceptado: 27/12/2022

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 22-27



#### **Resumen**

Los tumores de conjuntiva y córnea son el grupo más común de tumores del globo ocular. Aún hoy, el tratamiento *gold standard* continúa siendo la técnica de remoción “no touch” del tumor asociada a crioterapia del lecho y bordes conjuntivales, y el uso de quimioterápicos locales, en algunos casos.

En esta serie de casos, demostramos que el uso de quimioterápicos tópicos sin intervención quirúrgica es una alternativa efectiva en el tratamiento de este grupo de tumores.

**Palabras claves:** tumores corneo conjuntivales, quimioterapia, interferón alfa.

#### **Abstract**

*Conjunctival and corneal tumors are the most common group of eye tumors. Even today, the gold standard treatment continues to be the “no touch” tumor removal technique associated with cryotherapy and the use of local chemotherapy. In this case series, we demonstrate that the use of topical chemotherapy without surgical intervention is an effective alternative in the treatment of this group of tumors.*

**Key words:** conjunctival and corneal tumors, chemotherapy, alfa interferon.

## Introducción

Los tumores de conjuntiva y córnea son el grupo más común de tumores del globo ocular. Dentro de esta categoría de tumores, los más frecuentes son los papilomas y las neoplasias escamosas de la superficie ocular (OSSN por sus siglas en inglés)<sup>1</sup>. A su vez, dentro de este último grupo, el más habitual de diagnosticar es la neoplasia intraepitelial conjuntival (CIN) o Enfermedad de Bowen, lesión que se considera precursora del carcinoma de células escamosas<sup>1</sup>. Por lo general son hallazgos dentro de una consulta de rutina con el oftalmólogo o, en algunos casos, se presentan con ciertos síntomas relacionados a alteraciones de la superficie ocular, como ojo rojo o irritación ocular que no cede con tratamiento convencional.

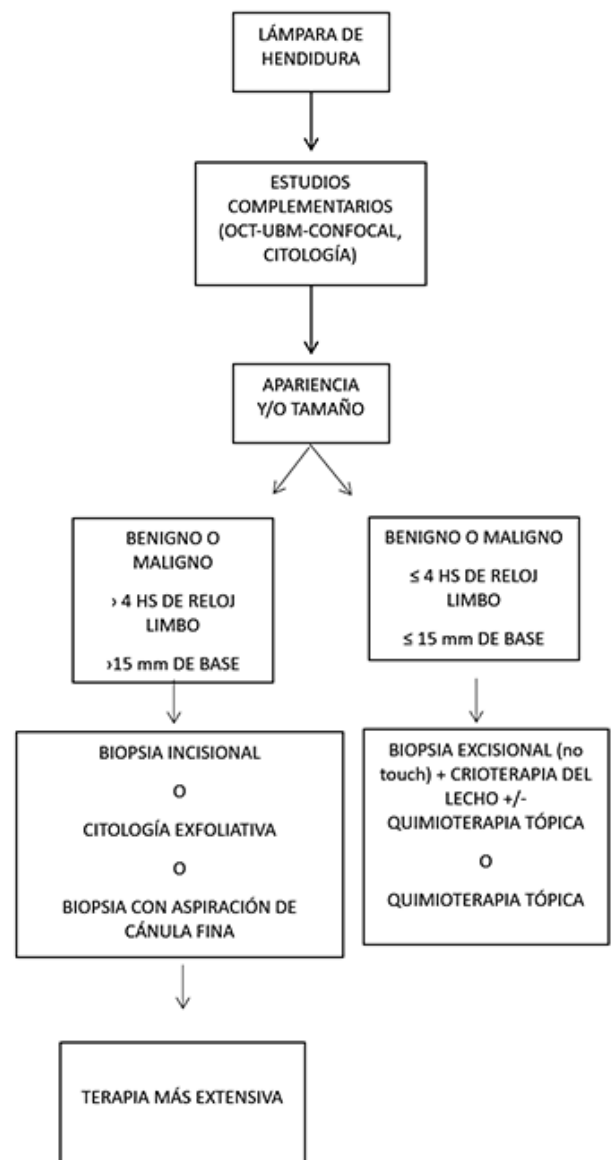
Si bien la sospecha diagnóstica se basa en el examen bajo lámpara de hendidura, muchas veces son necesarios estudios complementarios para determinar la naturaleza del tumor y su extensión, datos indispensables para la elección terapéutica. Entre ellos se encuentran la tomografía de coherencia óptica de cámara anterior, ultrabiomicroscopía, citología de impresión o microscopía confocal<sup>1</sup>. Históricamente el tratamiento de elección ha sido la técnica de remoción “no touch” del tumor asociada a crioterapia del lecho y los bordes conjuntivales, y al uso de quimioterápicos locales<sup>1</sup>. A pesar de esto, en numerosos trabajos se exhiben esquemas de tratamiento donde se utilizan quimioterápicos locales como monoterapia. En dichos trabajos se nombra el uso de 5-fluorouracilo al 1% (5-FU), Mitomicina-C al 0.02% (MMC) e Interferón  $\alpha 2\beta$  1.000.000 UI (INF)<sup>2,3</sup>; si bien los resultados obtenidos con las distintas terapias son similares (tiempo promedio de resolución de 11,6 semanas<sup>4</sup>), los tratamientos con 5-FU y MMC demostraron mayores tasas de recurrencia y, sobre todo, efectos adversos más graves (melting corneal y deficiencia de células madre) en comparación al tratamiento con INF<sup>3,5,6,9</sup>.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es realizar un algoritmo diagnóstico y tratamiento no invasivo de las lesiones córneo-conjuntivales compatibles con papiloma y OSSN, a través de la ejemplificación con casos clínicos.

Materiales y métodos: Se presentan tres casos de lesiones tumorales de conjuntiva y córnea (compatibles por su aspecto clínico con dos papilomas y un OSSN) en pacientes de sexo masculino entre 55 y 75 años.

Dichas lesiones fueron diagnosticadas mediante examen de lámpara de hendidura, de acuerdo con

sus características clínicas y sospechas diagnósticas. Una biopsia diagnóstica no suele ser necesaria en casos de tumores más pequeños ( $\leq 4$  horas reloj tumor limbar o  $\leq 15$  mm de base) que parecen benignos. Si un tumor más pequeño requiere una biopsia, a menudo es mejor extirpar completamente la lesión en una sola operación (biopsia por escisión). En casos de lesiones más grandes ( $> 4$  horas reloj tumor limbar o  $> 15$  mm de base), puede ser apropiado quitar una porción del tumor (biopsia incisional) para un estudio histopatológico diagnóstico antes de embarcarse en una terapia más extensa. Ocasionalmente, la citología exfoliativa o la biopsia por aspiración con aguja fina pueden proporcionar información útil sobre la base de unas pocas células<sup>2</sup>.



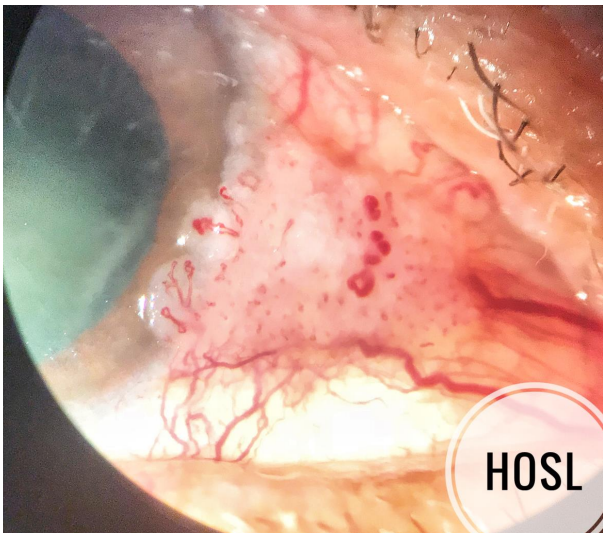
Esquema diagnóstico y tratamiento

En los siguientes casos clínicos, el esquema terapéutico aplicado fue interferón tópico a dosis de 1 M  $\alpha 2\beta 1$  UI/ml con controles mensuales mediante iconografía hasta la resolución clínica de las lesiones. Está descrito que dicha dosis consigue el mismo resultado con menores tasas de efectos adversos que las de mayor concentración<sup>7</sup>. Se aplica cada 6 horas, con un primer control a las 2 semanas y luego mensual hasta la resolución. Debe instilarse hasta 1 mes después de la resolución (o

como mínimo 6 meses) y realizar un control semestral luego de su resolución<sup>3</sup>.

### Caso clínico 1

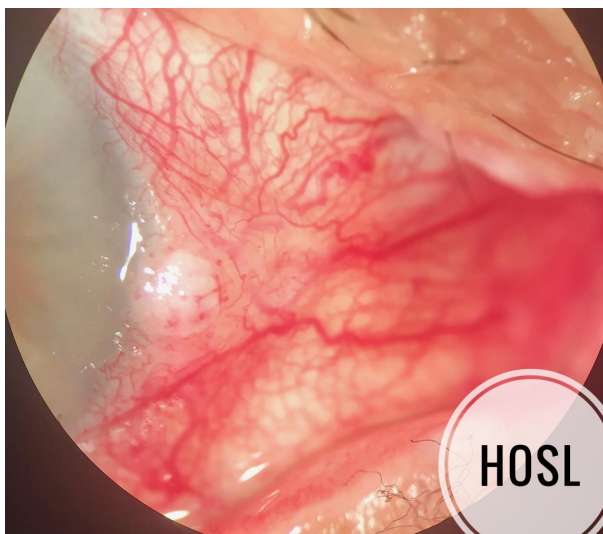
Hombre de 73 años se presenta a control por consultorios. Diagnóstico presuntivo: papiloma



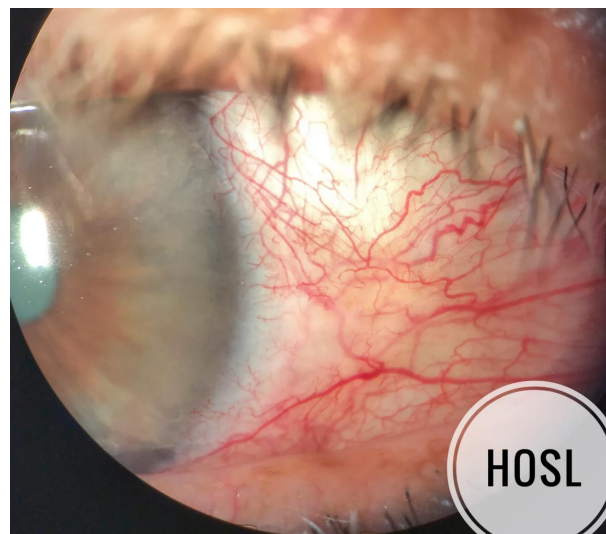
Día 0 (Fig. 1)



Mes 1 (Fig. 2)



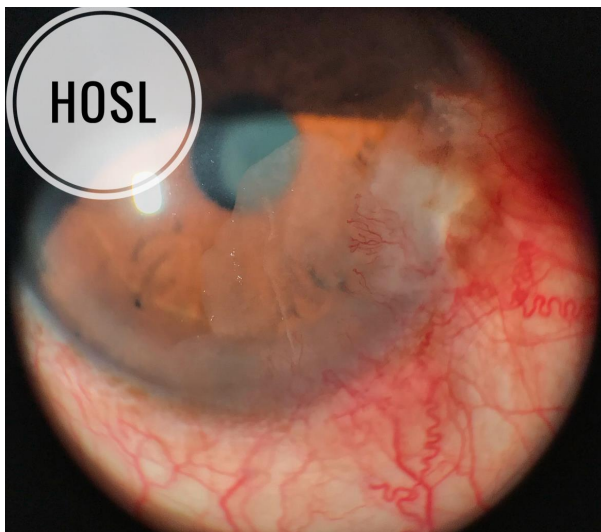
Mes 2 (Fig. 3)



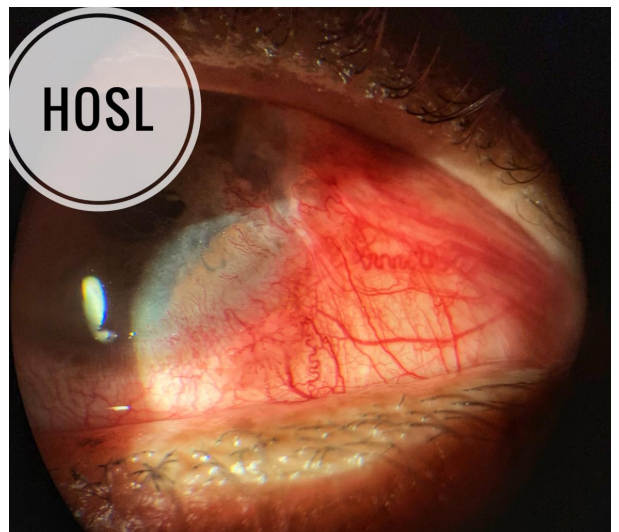
Mes 6 (Fig. 4)

**Caso clínico 2**

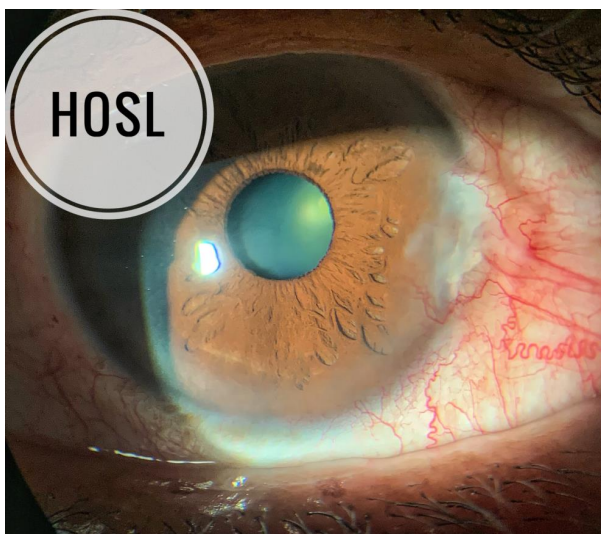
Hombre de 56 años consulta por guardia con diagnóstico errado de queratitis herpética en tratamiento tópico con ganciclovir. Diagnóstico presuntivo luego de la consulta: Neoplasia escamosa de la superficie ocular.



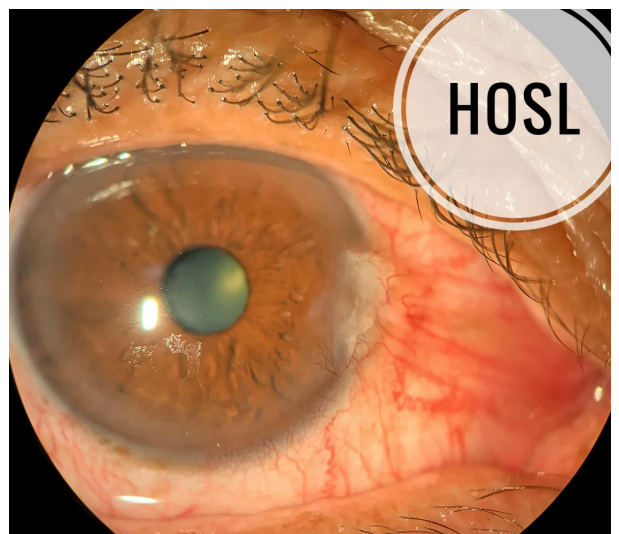
Día 0 (Fig. 5)



Mes 1 (Fig. 6)



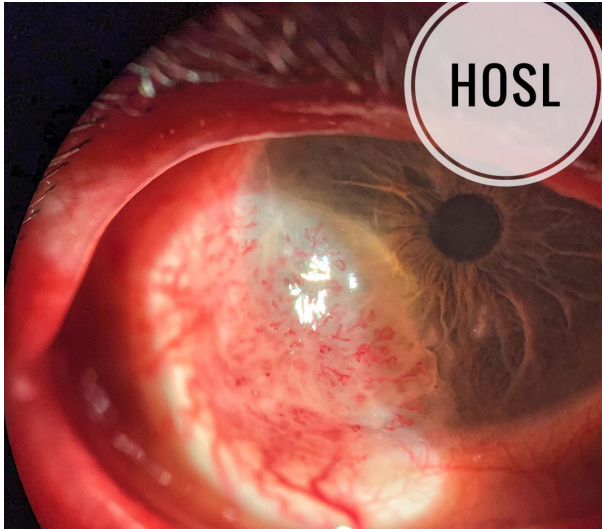
Mes 2 (Fig. 7)



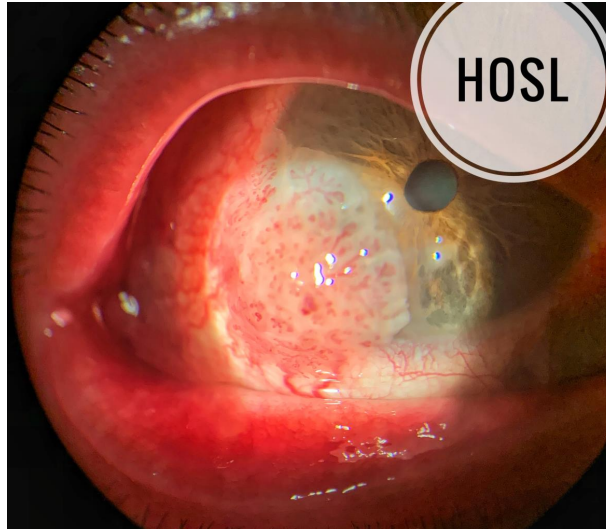
Mes 6 (Fig. 8)

### Caso clínico 3

Hombre de 64 años derivado por un tumor conjuntival con compromiso corneal al servicio de córnea. Diagnóstico presuntivo luego de la consulta: Neoplasia escamosa de la superficie ocular.



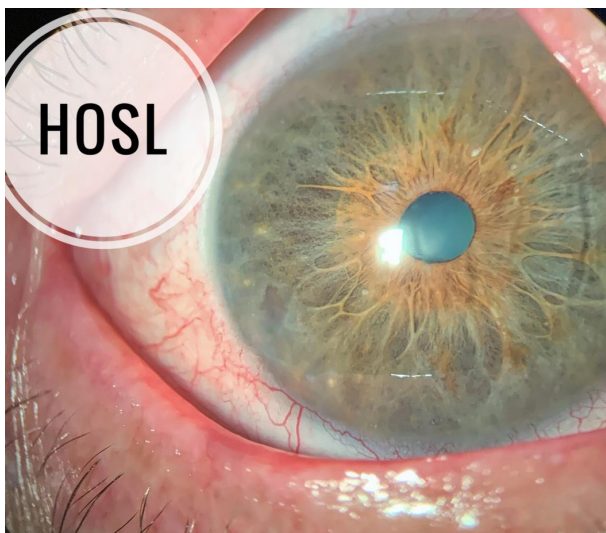
Día 0 (Fig. 9)



Mes 1 (Fig. 10)



Mes 2 (Fig. 11)



Mes 6 (Fig. 12)

Conclusiones: Hasta el día de la fecha, ninguno de los pacientes presentó efectos adversos al tratamiento o recurrencias del tumor de base. Por lo tanto, se considera que el tratamiento tópico con Interferón  $\alpha 2\beta 1$  1 M UI/ml es una opción válida con resultados similares a los quirúrgicos y menos efectos adversos.

### Limitaciones del trabajo

Se encontraron limitaciones para realizar estudios complementarios como tomografía de coherencia óptica de cámara anterior, ultrabiomicroscopía, citología de impresión o microscopía confocal, que hubiesen sido de gran importancia para determinar la extensión de los tumores.

---

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

### BIBLIOGRAFÍA

1. Siedlecki, A. N., Tapp, S., Tosteson, A. N., Larson, R. J., Karp, C. L., Lietman, T., & Zegans, M. E. (2016). Surgery versus interferon Alpha-2b treatment strategies for ocular surface squamous neoplasia: a literature-based decision analysis. *Cornea*, 35(5), 613.
2. Shields, C. L., & Shields, J. A. (2019). Tumors of the conjunctiva and cornea. *Indian journal of ophthalmology*, 67(12), 1930.
3. Nanji, A. A., Sayyad, F. E., & Karp, C. L. (2013). Topical chemotherapy for ocular surface squamous neoplasia. *Current opinion in ophthalmology*, 24(4), 336-342.
4. Karp, C. L., Moore, J. K., & Rosa Jr, R. H. (2001). Treatment of conjunctival and corneal intraepithelial neoplasia with topical interferon  $\alpha$ -2b. *Ophthalmology*, 108(6), 1093-1098.
5. Galor, A., Karp, C. L., Chhabra, S., Barnes, S., & Alfonso, E. C. (2010). Topical interferon alpha 2b eye-drops for treatment of ocular surface squamous neoplasia: a dose comparison study. *British journal of ophthalmology*, 94(5), 551-554.
6. Schechter, B. A., Rand, W. J., Velazquez, G. E., Williams, W. D., & Starasoler, L. (2002). Treatment of conjunctival papilloma with topical interferon Alfa-2b. *American journal of ophthalmology*, 134(2), 268-270.
7. Sepulveda, R., Pe'er, J., Midena, E., Seregard, S., Dua, H. S., & Singh, A. D. (2010). Topical chemotherapy for ocular surface squamous neoplasia: current status. *British Journal of Ophthalmology*, 94(5), 532-535.
8. Midena, E., Degli Angeli, C., Valenti, M., De Belvis, V., & Boccato, P. (2000). Treatment of conjunctival squamous cell carcinoma with topical 5-fluorouracil. *British Journal of Ophthalmology*, 84(3), 268-272.
9. Theotoka, D., Morkin, M. I., Galor, A., & Karp, C. L. (2019). Update on diagnosis and management of conjunctival papilloma. *Eye and Vision*, 6(1), 1-17.

# Degeneración Lattice en AO

---

**Autores:**

Dres. Adriana Nieva, Madelaine Saint Martin, Eugenia Páez Soria, Mariano Cotic, María de los Ángeles Cenoz, Agustina Piczman y Marcelo Zas

---

Consultorio Prof. Dr. Marcelo Zas

---

Contacto: [adriananieva12@gmail.com](mailto:adriananieva12@gmail.com)

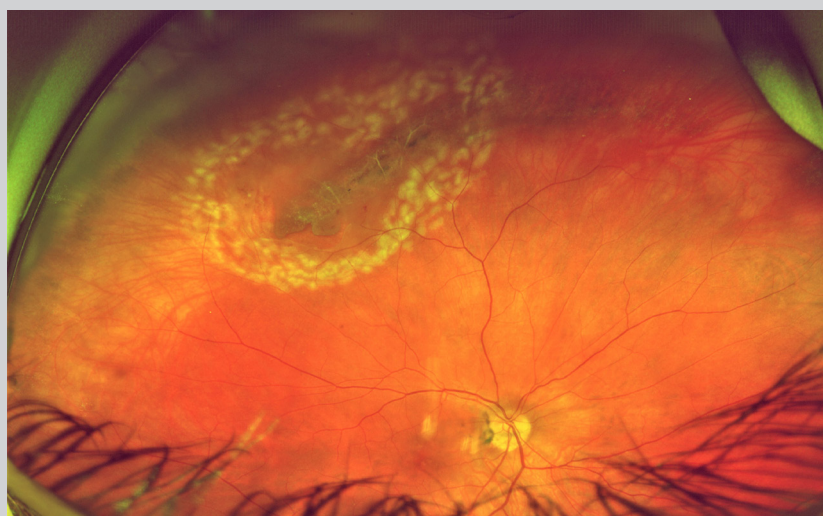
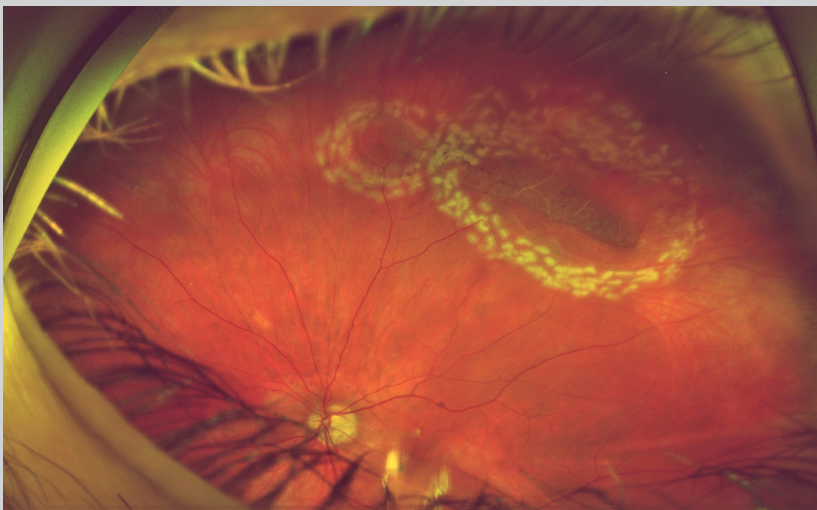
Recepción: 9/11/2022

Aprobación: 20/12/2022

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 28

---



*Paciente masculino de 64 años, que presenta en ambos ojos una degeneración Lattice, que fue tratada con fotocoagulación láser.*

# Desprendimiento de retina crónico autolimitado, con degeneración Lattice

## Autores:

Dres. Adriana Nieva, Madelaine Saint Martin, Eugenia Páez Soria, Mariano Cotic, María de los Ángeles Cenoz, Agustina Piczman y Marcelo Zas

Consultorio Prof. Dr. Marcelo Zas

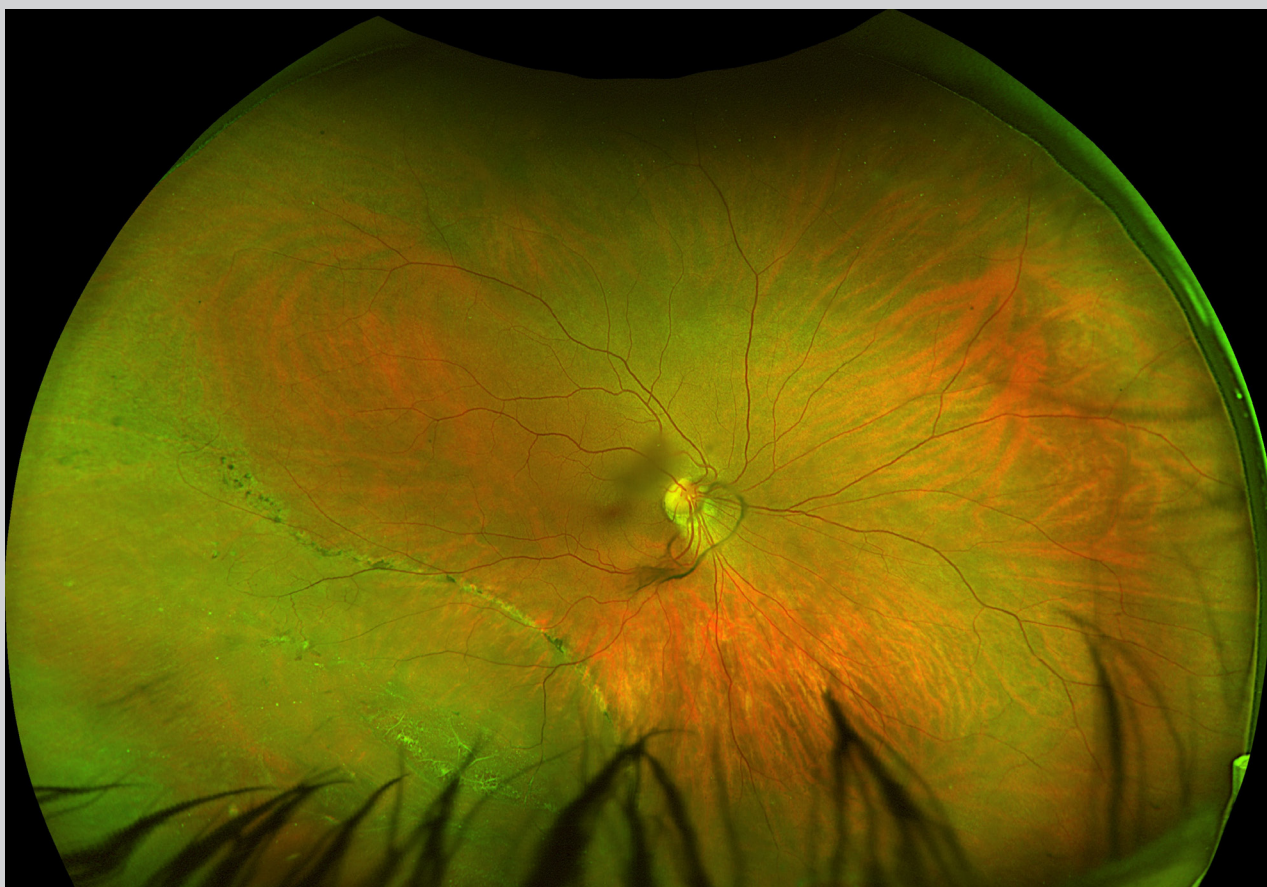
Contacto: [adriananieva12@gmail.com](mailto:adriananieva12@gmail.com)

Recepción: 9/11/2022

Aprobación: 20/12/2022

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 29



*Paciente femenina de 44 años, miopía axial de ambos ojos, antecedentes de DR.*

*Se observa en su OD un desprendimiento de retina retinogénico, crónico, autolimitado con mácula ON, asociado a Lattice, en el cuadrante temporal inferior. Se observan línea de demarcatoria, y desprendimiento de vitreo posterior completo, con la presencia del anillo de Weiss.*

# Desprendimiento de retina regmatógeno inferior asociado a una oclusión de la vena central de la retina

## Autores:

Dres. Adriana Nieva, Elio Dilascio, Marcos Mendaro, Mariano Cotic, Juan Manuel Cortallezzi, Alejandro Tau, Pablo Chiaradía y Marcelo Zas

Cátedra de Oftalmología, Sección Retina, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

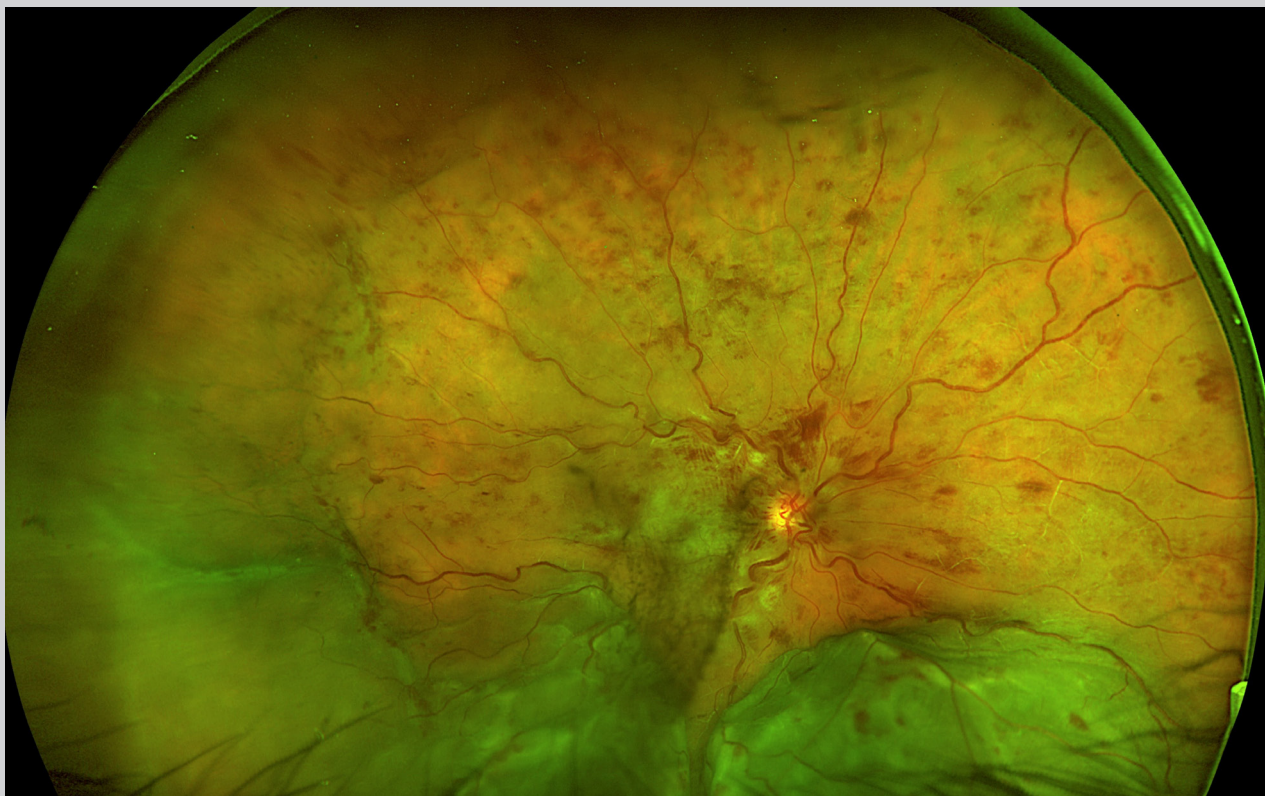
Contacto: [adriananieva12@gmail.com](mailto:adriananieva12@gmail.com)

Recepción: 9/11/2022

Aprobación: 20/12/2022

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2022; 21: 30



Paciente masculino de 51 con antecedente de hipertensión arterial sistémica tratada, presenta desprendimiento de retina inferior en su OD, mácula OFF, asociado a oclusión de vena central de la retina.



SAO