

diagnóstico

por la imagen

Pérdida brusca de visión: oclusión de la arteria central de la retina

M. Teresa Gómez Rodríguez y M. Dolores Mugarza Hernández

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud La Chopera I. Alcobendas. Área 5. Madrid.

La oclusión de la arteria central de la retina o de una de sus ramas puede considerarse un verdadero accidente vascular agudo que amenaza la visión del paciente. Su incidencia se estima en 0,5-1 por mil de las visitas oftalmológicas. Es la causa más frecuente de pérdida brusca e indolora de la visión.

En general es unilateral (bilateral, 3%), sin diferencias entre sexos, siendo más frecuente la obstrucción de la arteria central que de sus ramas.

ETIOPATOGENIA

Se distinguen tres mecanismos:

1. Embolígeno

Más frecuente en jóvenes. El émbolo suele tener su origen en *cavidades cardíacas izquierdas* (excepción en la CIA y foramen oval). Los émbolos pueden ser de colesterol (en ancianos), calcio, plaquetarios, celulares, grasos (complicación de fracturas, cirugía ortopédica, pancreatitis), gaseosos, fluido amniótico (embarazo). La fibrilación auricular es la causa más frecuente de embolización sistémica.

2. Trombótico

Más frecuente en mayores de 65 años. HTA, arteriosclerosis, vasculitis (en jóvenes, LES, PAN...), infecciones (sífilis, herpes zoster), síndrome de hiperviscosidad (mieloma múltiple, leucemias, hiperlipemias), hemoglobinopatías, estados de hipercoagulabilidad (anticoagulante lúpico, deficiencias de proteína S y C, anticuerpos antifosfolípido, uso de anticonceptivos orales) destacan como causas que siempre se deben descartar ante un episodio de pérdida brusca de visión.

3. Espasmo vascular

Poco frecuente; en jóvenes con alteraciones vasomotoras (Raynaud, migraña) o graves traumatismos oculares.

Correspondencia: Dra. M.T. Gómez Rodríguez.
Ruperto Chapí, 59, 2.º puerta 8.
28100 Alcobendas. Madrid.

SEMERGEN 2000; 26: 159-160.

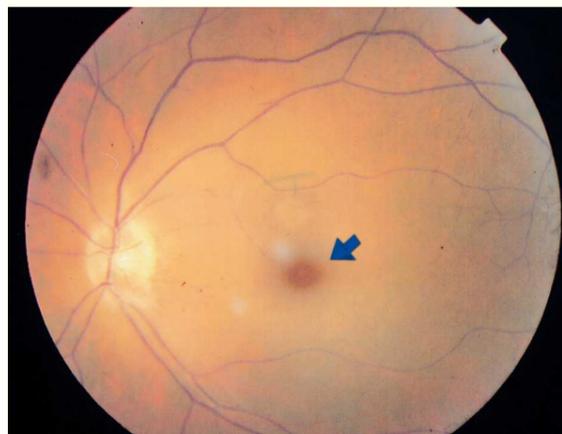


Figura 1. Oclusión de la arteria central de la retina en paciente de 65 años con HTA. Opacidad blanquecina de la retina, mancha rojo cereza en mácula y arterias retinianas adelgazadas.

CLÍNICA

Pérdida súbita de visión total o casi total, indolora, en ocasiones pérdida completa de la percepción luminosa y descripción de episodios de amaurosis fugaz previos (embolización).

EXPLORACIÓN

Pupila midriática y arrefléjica. Inmediatamente al episodio, con el oftalmoscopio indirecto se observan arterias estrechadas y filiformes invisibles en su trayecto periférico. A las 2 o 3 horas, la retina se muestra blanquecina en toda su extensión, la papila pálida y ligeramente borrosa y en la mácula, la típica mancha rojo cereza por transparencia de la coroides (fig. 1). Este cuadro evoluciona hacia la desaparición de la opacidad blanco lechosa en 2 o 3 semanas, a la vez que se instaura una atrofia de la papila. Pueden presentarse hemorragias en llama alrededor de la papila al restablecerse la circulación en la arteria.

En un 20% de los casos hay varias arterias cilioretinianas funcionantes que nutren la mácula manteniendo la agudeza visual.

En un 1-5% se produce una neovascularización iridiana, induciendo la formación de un glaucoma neovascular

DIAGNÓSTICO

Ante un episodio de pérdida brusca e indolora de visión se deben explorar: la agudeza visual lejana y cercana a 6 metros con corrección, la movilidad ocular intrínseca, realizar una campimetría por confrontación y visualizar la retina a través de la oftalmoscopia indirecta. Una vez realizadas estas exploraciones, y con la sospecha de una oclusión de la arteria central de la retina, se remitirá a oftalmología de forma urgente para tratamiento.

En todos los casos se realizará un examen completo con el fin de encontrar la causa de la oclusión (embólica, trombótica o espástica); éste consistirá en una historia clínica detallada, exploración física y estudio inmunológico, hematológico y bioquímico (perfil lipídico, VSG). Se incluirán ECG, Doppler, troncos supraaórticos y ecocardiograma. Este estudio lo puede llevar a cabo el médico de atención primaria y/o el especialista de medicina interna. En jóvenes, cabe pensar en la asociación con los estados de hipercoagulabilidad y las vasculitis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un cuadro de pérdida de visión brusca, indolora total o parcial, pensaremos en uno de los siguientes cua-

dros: oclusión de la arteria central de la retina o de sus ramas, oclusión de la vena central o de sus ramas, desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, amaurosis fugaz, neuritis óptica, ceguera cortical, migraña o simulación.

TRATAMIENTO

Se han propuesto diferentes tratamientos para restaurar la circulación retiniana lo antes posible, pero ninguno es totalmente eficaz. Entre ellos destacamos: masaje ocular, paracentesis de cámara anterior, inhalación de oxígeno al 85% y CO₂ al 15% (vasodilatador), antiagregantes plaquetarios, fibrinolíticos...

El tratamiento más eficaz consiste en la prevención de las causas que precipitan un episodio de oclusión de las arterias retinianas, control de la HTA, dislipemias, arritmias cardíacas, etc.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Gómez Ulla F, Rodríguez Cid MJ, González García F. Oclusión vascular de la retina. *Medicine* 1998; 102: 4791-4798.
- Hondeghem K. Branch retinal artery occlusion in systemic disease: a case report. *Bull Soc Belge Ophtalmol* 1999; 271: 9-15.
- Montehermoso A. Association of antiphospholipid antibodies with retinal vascular disease in systemic LES. *Semin Arthritis Rheum* 1999; 28: 326-332.
- Sagripan A. Blood coagulation parameters in retinal arterial occlusion. *Graefes Arc Clin Exp Ophthalmol* 1999; 237: 480-483.