ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmo

Comunicación corta

Pliegues coroideos. A propósito de dos casos

J. Paz-Moreno^{a,*} y R. Jiménez-Parras^b

^aLicenciado en Medicina y Cirugía, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.

^bLicenciado en Medicina y Cirugía, Universidad Complutense, Madrid, España.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2007

Aceptado el 25 de enero de 2010

Palabras clave:

Hipermetropía adquirida

Pliegues coroideos

Resonancia magnética nuclear

Espacio subaracnoideo

Ecografía

R E S U M E N

Caso clínico: Presentamos dos pacientes de 29 y 50 años con pliegues coroideos en el polo posterior en los cuales, tras un examen oftalmológico completo, sospechamos un síndrome de hipermetropía adquirida. Tras realizar la angiofluoresceingrafía y la resonancia magnética diagnosticamos un aplanamiento del polo posterior de ambos ojos y un ensanchamiento del espacio subaracnoideo del nervio óptico.

Discusión: La hipermetropía adquirida con pliegues coroideos es una entidad benigna caracterizada por un cambio refractivo agudo hacia la hipermetropía unilateral o bilateral. Enfatizamos la importancia del diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden mimetizar este cuadro clínico.

© 2007 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

Choroidal folds. A presentation of two cases

A B S T R A C T

Keywords:

Acquired hyperopia

Choroidal folds

Magnetic resonance imaging

Subarachnoid space

Ultrasound

Clinical case: We report two patients of 29 and 50 years old presenting with unilateral choroidal folds in posterior segment in which, after a complete ophthalmic examination, we suspected an acquired hyperopic shift syndrome. Fluorescein angiography and magnetic resonance imaging revealed a flattening of posterior globes and distended perineural subarachnoid spaces.

Discussion: Acquired hyperopia with choroidal folds is a benign condition characterised by the acute development of a unilateral or bilateral hyperopic shift in refractive error. We emphasise the importance of a differential diagnosis from a wide variety of disorders that can mimic this syndrome.

© 2007 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.

All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier_paz_moreno@hotmail.com

Introducción

La hipermetropía adquirida con pliegues coroideos es una entidad benigna¹ caracterizada clínicamente por desarrollar de forma aguda una hipermetropía unilateral o bilateral que causa molestias visuales a los que la padecen^{1,2}. Tanto el error refractivo como los cambios oftalmoscópicos se suelen mantener estables a lo largo del tiempo. El fondo de ojo (FO) revela pliegues coroideos, que son mejor visualizados mediante angiofluoresceingrafía (AFG).

El FO es la pieza clave del diagnóstico de presunción, al apreciarse los pliegues coroideos debidos a un aplastamiento del polo posterior del globo. En la actualidad no existe un protocolo de tratamiento para esta entidad clínica.

Caso clínico

A continuación se presentan dos casos clínicos de hipermetropía adquirida asociada a pliegues coroideos.

Caso clínico 1

Varón de 29 años, sin antecedentes personales de interés, que refiere disminución de agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD) desde hace 1 año. Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) en el OD era de 0,4, y de 1 en el ojo izquierdo (OI). La exploración del segmento anterior fue normal. En el FO de ambos ojos se objetivaron pliegues coroideos peripapilares (figs. 1 y 2) que sólo fueron evidentes en la AFG del OD. En la ecografía modo B se apreció un ensanchamiento del espacio perineural del nervio óptico derecho (fig. 3). En la resonancia magnética nuclear (RMN) orbitaria se apreció un aplastamiento posterior del OD con discreto ensanchamiento de las vainas del nervio óptico derecho (fig. 4).

Caso clínico 2

En el segundo caso clínico presentamos el de un varón de 50 años de edad que acude a la consulta refiriendo episodios recurrentes de cefaleas y visión borrosa en el OI sin disminución de la AV desde hacía 2 meses. Además, refería miodesopsias sin metamorfopsias en el OI. A la exploración, la MAVC fue de la unidad en el OD y de 0,5 en el OI. El examen del segmento anterior no fue relevante; en el FO del OI se evidenció una hiperemia papilar con pliegues radiados retinocoroideos en el polo posterior (fig. 5). Se realizó una AFG en la cual se apreciaron mejor los pliegues coroideos del OI. La ecografía modo B mostró un ensanchamiento del espacio perineural del nervio óptico izquierdo. Mediante la tomografía axial computarizada (TAC) se confirmó el aplastamiento escleral posterior.

A ambos pacientes se les realizó un seguimiento mediante tomografías de coherencia óptica (OCT), que mostraron ondulaciones de grosor normal localizadas a nivel del epitelio pigmentario retiniano, definiéndose los pliegues coroideos.

Los dos pacientes rechazaron la realización de una punción lumbar que había sido recomendada por los neurólogos para descartar una posible hipertensión intracraneal como causa del cuadro clínico.

Figura 1 – Caso 1: pliegues retinocoroideos en polo posterior del fondo de ojo derecho.

Figura 2 – Caso 1: pliegues retinocoroideos en polo posterior del fondo de ojo izquierdo.

Figura 3 – Ecografía modo B del ojo derecho con ensanchamiento de las vainas del nervio óptico (flecha).

Figura 4 – Aplanamiento del polo posterior derecho y ensanchamiento de las vainas del nervio óptico en resonancia magnética nuclear (flecha).

Figura 5 – Caso 2: pliegues coroides a nivel del fondo de ojo izquierdo.

Discusión

La hipermetropía adquirida con pliegues coroides es un cuadro clínico de etiología desconocida que afecta predominantemente a varones (ratio 14:1) y que fue descrito por primera vez en 1884 por Nettleship³. Una vez establecida, no parece que progrese. En el fondo de ojo los pliegues coroides se visualizan como estriaciones paralelas entre sí, en sentido temporal, las cuales se acentúan en la imagen anérita. En algunos casos pueden representar una anomalía congénita, pero también son considerados como un signo no específico de tumores orbitarios o coroides, hipotonía, papiledema, papilitis, coroiditis, síndrome de efusión uveal, oclusión venosa, neovascularización subretiniana, hipertensión intracraneal, inflamación ocular u orbitaria, hipermetropía o cirugía escleral previa, como por ejemplo el cerclaje escleral⁴.

La identificación mediante TAC o RMN orbitaria de un aplanamiento del polo posterior del globo y una zona hipointensa entre el nervio óptico y sus vainas, sugiere un ensanchamiento del espacio subaracnoideo en la longitud del nervio que hace sospechar la posibilidad, al menos inicialmente, de un proceso edematoso en dicha zona.

Jacobson⁵ planteó que la asociación de pliegues coroides e hipermetropía puede preceder al papiledema. Por ello, se debe pensar en la punción lumbar a la hora de evaluar a estos pacientes, a pesar de la supuesta benignidad de esta enfermedad.

Ante la situación clínica estable de ambos pacientes, la exploración quirúrgica para confirmar la acumulación de líquido subaracnoideo perineural no ha sido planteada, sino que se ha adoptado una actitud expectante, con revisiones oftalmológicas y neurológicas periódicas. La causa de ambos cuadros actualmente sigue siendo desconocida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma M, Volpe NJ, Patel T, Kimmel A. Intracranial hypertension associated with acquired hyperopia and choroidal folds. *Retina*. 1999;19:260-2.
2. Murdoch D, Merriman M. Acquired hyperopia with choroidal folds. *Clin Exp Ophthalmol*. 2002;30:292-4.
3. Nettleship E. Peculiar lines in the choroid in a case of post-papilitic atrophy. *Trans Ophthalmol Soc UK*. 1884;4:167-8.
4. Steuhl KP, Richard G, Weidle EG. Clinical observations concerning choroidal folds. *Ophthalmologica*. 1985;190:219-24.
5. Jacobson DM. Intracranial hypertension and the syndrome of acquired hyperopia with choroidal folds. *J Neuroophthalmol*. 1995;15:178-85.