

ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO I. A. P.
"HOSPITAL DR. LUÍS SÁNCHEZ BULNES"

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



TÍTULO:

CORIORETINOPATÍA EN TIRO DE ESCOPETA.
REVISIÓN DE UN CASO DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Tesis de Postgrado para obtener el título de

OFTALMÓLOGO

Presenta:

DR. GILBERTO MORENO AHUMADA

México DF; a Agosto de 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CORIORETINOPATÍA EN TIRO DE ESCOPETA.
REVISIÓN DE UN CASO DE LA BIBLIOGRAFÍA

Dr. Daniel Ochoa Contreras
Jefe de Enseñanza

Dr. Abelardo A. Rodríguez Reyes
Jefe del Servicio de Patología Oftálmica

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, por que sin ellos, sin su apoyo y su fe en mi, jamás podría haber llegado hasta este punto.

A mis hermanos, por su compañía y cariño.

A mis amigos, por su comprensión y continuo entusiasmo que no me permitió detenerme.

A mis maestros, por enseñarme a tratar pacientes y personas, y no diagnósticos y enfermedades.

A mis compañeros, por ser amigos, hermanos, familia cuando la mía no estaba cerca.

A Dios... ¡gracias!

Gilberto Moreno Ahumada

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CASO CLÍNICO DE: CORIORETINOPATIA EN TIRO DE ESCOPETA.....	6
DISCUSIÓN.....	8
CONCLUSIONES.....	11
ANEXOS.....	12
FUENTES DE CONSULTA.....	16

RESUMEN

La coroidopatía en birdshot es una enfermedad bilateral, rara, crónica que afecta usualmente a mujeres caucásicas entre la cuarta y sexta década de la vida. Esta asociada en 95.7% de los casos, con el HLA A29. Se caracteriza por la presencia de parches color crema en patrón con tiro de escopeta. Típicamente las lesiones son menores de un diámetro papilar y se encuentran en el polo posterior pudiendo extenderse hacia la periferia. Se puede asociar con un edema de papila, adelgazamiento vascular y edema macular quístico.

INTRODUCCIÓN

La coroidopatía en birdshot es una enfermedad bilateral, rara, crónica que afecta usualmente a mujeres caucásicas entre la cuarta y sexta década de la vida. Esta asociada en 95.7% de los casos, con el HLA A29.

El primer reporte de esta patología fue hecho por Franceschetti y Babel en 1949, quienes la llamaron coroidorretinopatía “en gota de cera”; el término de retinocoroidopatía en perdigón o birdshot fue acuñado por Ryan y Maumenée en 1980 (1) para describir el patrón de las lesiones de esta enfermedad. Nosotros la denominaremos coroidorretinopatía en birdshot ya que hay evidencia histopatológica de que las lesiones primarias se encuentran en la coroides.

Esta coroidorretinitis se caracteriza por presentar parches color crema con un patrón en perdigonado, típicamente menores a un diámetro de disco, esparcidos por el polo

posterior, además de edema de papila, vasos retinianos adelgazados y edema macular quístico (2).

Los pacientes usualmente se quejan de visión borrosa, fotopsias, miodesopsias y posteriormente nictalopia. Casi siempre se puede presentar inflamación vítrea.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente femenino de 45 años de edad quien acude a consulta por presentar disminución de la agudeza visual de ambos ojos de tres meses de evolución y de manera progresiva. La paciente contaba con antecedente de insuficiencia vascular y cirugía vascular periférica de miembros pélvicos sin poder especificar el tipo de la misma en 1991. También había sido sometida a una queratectomía radiada en ambos ojos en el mismo año.

A su ingreso la paciente presentaba agudeza visual de 20/30 en ojo derecho y 20/40 en ojo izquierdo, presión intraocular de 12 mmHg en ojo derecho y de 11 mmHg en el ojo contralateral, posición primaria de la mirada en ortoposición, sin limitación de los movimientos de los músculos extraoculares. Los anexos, así como el segmento anterior de ambos ojos no presentaban datos patológicos. El cristalino tenía una opacidad cortical de ++ en el ojo derecho y de + en el ojo izquierdo. El humor vítreo presentaba células en una + y en el fondo de ojo encontramos edema de papila bilateral, lesiones en parche color crema distribuidas alrededor del nervio óptico y que se dirigían Radialmente hacia la periferia (figura 1). La angiografía con fluoresceína mostraba hiperfluorescencia tardía de las áreas hiperpigmentadas y edema macular quístico en el ojo izquierdo (figura 2). El

electroretinograma presentó disminución de amplitud de la onda b en todas sus fases (figura 3). La paciente no recibió tratamiento y permanece estable. No se le realizó identificación de HLA A-29, ya que la paciente se negó al ser informada de que no impactaría en el pronóstico.

DISCUSIÓN

La coriorretinopatía en tiro de escopeta es una enfermedad infrecuente cuya incidencia es del 0.6 al 1.5% de todos los pacientes con uveitis y del 6 al 7.9% de los pacientes con uveitis posterior. Aunque no hay estudios que describan la prevalencia de la enfermedad, en una población del norte de California, un paciente con coroidorretinopatía en tiro de escopeta fue diagnosticado de entre 731,898 personas (0.14 casos por cada 100,000 personas).

A pesar de varios estudios publicados, reportes de casos, la enfermedad permanece pobremente entendida. La etiología es desconocida, se ha asociado al HLA A29 (95.7%) y se le ha relacionado con un proceso autoinmune. En estudios de histopatología se han encontrado focos de linfocitos T CD8+, T CD4+ y linfocitos B en coroides y alrededor de los vasos retinianos (2).

Con respecto a los criterios diagnósticos, se basan los hallazgos clínicos; un requerimiento absoluto son las lesiones en tiro de escopeta en ambos ojos que característicamente son hipopigmentadas, redondas u ovaladas ubicadas en la coroides

externa de un $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ de diámetro de disco, alrededor del nervio óptico y que se pueden extender Radialmente hacia la periferia. Se necesitan un mínimo de tres lesiones ubicadas nasalmente o inferiores al nervio óptico para hacer el diagnóstico. Debe estar presente inflamación intraocular de bajo grado tanto en segmento anterior ($\leq +$) como en segmento posterior (vitritis $\leq ++$) (3).

Es importante diferenciar las lesiones típicas de esta enfermedad para realizar el diagnóstico y así descartar los principales diagnósticos diferenciales entre los cuales se encuentran, el síndrome de puntos blancos evanescentes, epitelopatía placoide multifocal aguda anterior, la coroiditis multifocal, el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, el linfoma intraocular, la sarcoidosis, la sífilis y la tuberculosis (4).

Las indicaciones para el inicio del tratamiento no han sido establecidas. Se ha reportado el uso de esteroides peri oculares, orales, intravítreos y de inmunosupresores como la ciclosporina y la azatioprina (2). En un artículo que reporta los casos de la coriorretinopatía de tiro de escopeta en 5 familias que cumplían con todos los criterios diagnósticos clínicos así como identificación del antígeno leucocitario humano A-29, fueron tratados con corticoides vía oral e intravenosa con buenos resultados visuales a

corto plazo. Algunos de los pacientes presentaron una vasculitis oclusiva como complicación, la cual fue tratada con fotocoagulación retiniana laser (5).

En el caso presentado no indicamos tratamiento ya que la paciente no presentaba complicaciones como el edema macular quístico, permaneciendo estable durante el tiempo de seguimiento. Poco se conoce de la evolución natural de los pacientes no tratados; se piensa que hay varios espectros de la enfermedad, uno relativamente estable y otro con deterioro progresivo.

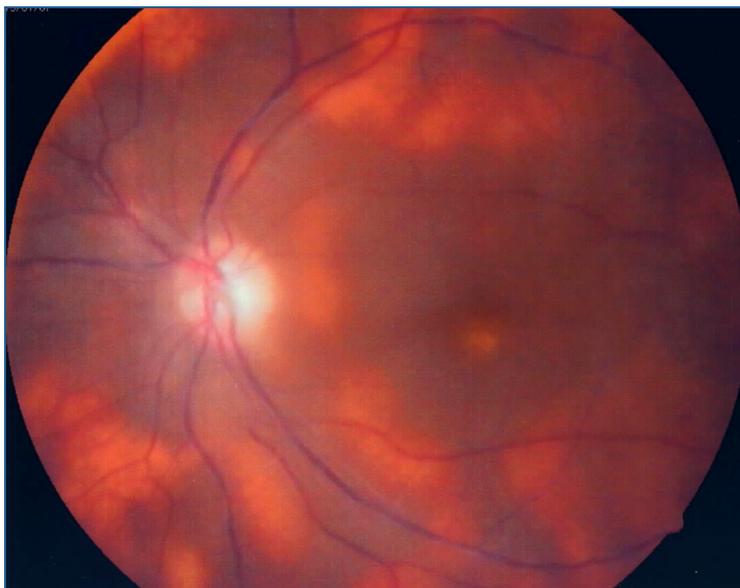
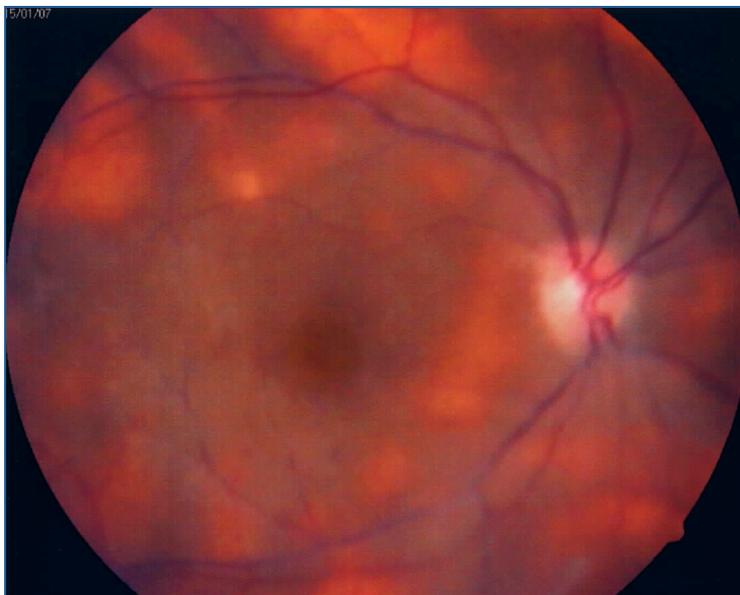
CONCLUSIONES.

La coriorretinopatía en tiro de escopeta es una forma de uveítis posterior caracterizada por lesiones coroideas en patrón de tiro de escopeta, muy bien definidas en la literatura, que esta frecuentemente asociada al HLA A-29, aunque este último no es criterio absoluto para realizar el diagnóstico, ya que se encuentra de manera frecuente en la población general caucásica sana. Sin embargo, su escasa incidencia y la falta de una etiopatogenia clara dificultan la búsqueda de un tratamiento óptimo. Para una enfermedad que típicamente afecta a pacientes en la edad media de la vida y en los cuales, la incidencia de ojos con ceguera legal a los 10 años de casi 40% (4). Debemos esperar para ver el efecto que las últimas incorporaciones al arsenal terapéutico oftalmológico (inmunomoduladores, *inserts* intraoculares e coroides) pueden tener en el curso de esta enfermedad.

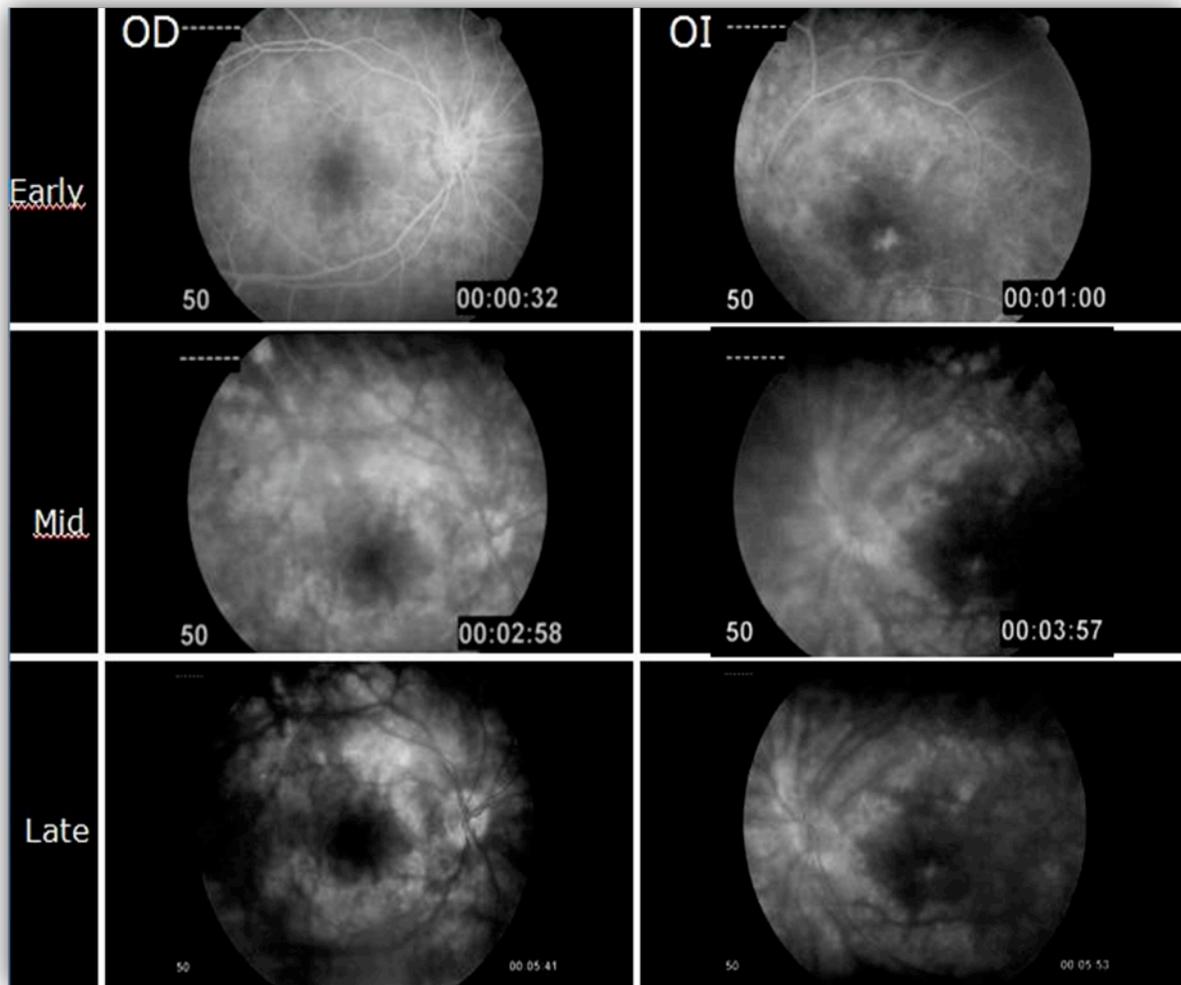
ANEXOS:

IMÁGENES

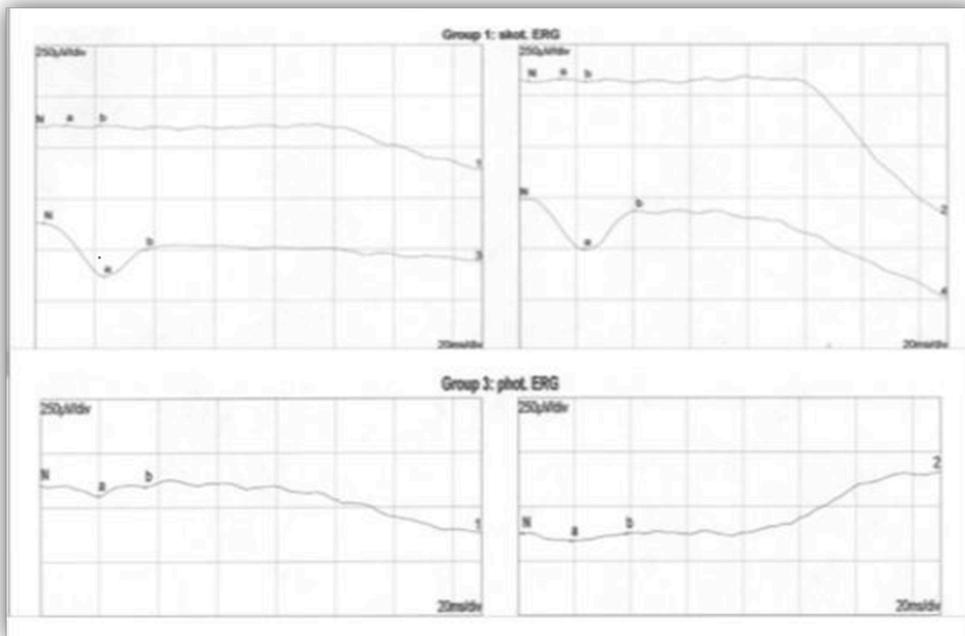
a)



b)



c)



PIE DE IMAGEN

- a) Figura 1: Lesiones hipopigmentadas en patrón de tiro de escopeta (Birdshot), múltiples, bilaterales, ubicadas en coroides y distribuidas alrededor de nevio óptico. Palidez de papila y leve tortuosidad vascular

- b) Figura 2: La angiografía con fluoresceína muestra una hiperfluorescencia tardía en las áreas hipopigmentadas según las fotos clínicas del fondo de ojo.

- c) Figura 3: El electroretinograma estándar muestra una disminución de la amplitud de la onda B en todas sus fases.

REFERENCIAS

1. Ryan S J, Maumenée A E. Birdshot retinocoroidopathy. Am J Ophtalmol 1980; 89:31-45
2. Shah KH y cols. Birdshot corioretinopathy. Surv Ophtalmol 2005; 50:519-541
3. Levinson RD y cols. Research criteria for the diagnosis of birdshot corioretinopathy: results of an international consensus conference. Am J Ophtalmol 2006; 141: 185-187
4. Aranda A y cols. Coriorretinopatía en perdigonada (birdshot). Annals d'oftalmología 2005; 13(3): 141-149
5. Trinh L, Bodaghi B y cols. Clinical Features, treatment methods, and evolutions of Birdshot Chorioretinopathy in 5 different Families . Am J Ophthalmol Jun 2009;147:1042-1047