

PLIEGUES COROIDEOS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

CHOROIDAL FOLDS. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND REPORT OF A CASE.

Barberá-Loustaunau E¹, Olivier-Pascual N³, García-Rozado A²

¹ Centro Oftalmológico Quirón A Coruña. A Coruña. ² Hospital Quirón A Coruña.

³ Servicio de Oftalmología. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol, España.

RESUMEN

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una paciente con pliegues coroideos unilaterales en el polo posterior en los cuales, tras un completo examen oftalmológico encontramos la causa subyacente.

Discusión: Los pliegues coroideos están presentes en una gran variedad de procesos oculares. Pese a que se han descrito frecuentemente asociados a un síndrome benigno consistente en hipermetropía adquirida, existen una gran variedad de procesos oculares y orbitarios que hay que tener en cuenta. Por ello, es muy importante realizar un correcto diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE

Pliegues coroideos, tumor orbitario, hemangioma cavernoso.

ABSTRACT

Case report: We present a case of a patient with unilateral choroidal folds in the posterior pole in which, after a complete ophthalmic examination, we found a subsequent cause.

Discussion: Choroidal folds are present in a variety of ocular disease. Despite there were associated as a benign condition consisted in acquired hyperopia, there are a variety of ocular and orbital disease that have to be considered. For that reason, an exhaustive differential diagnosis is essential.

KEY WORDS

Choroidal folds, orbital tumor, cavernous haemangioma.

CORRESPONDENCIA:

Emanuel Barberá-Loustaunau,
Centro Oftalmológico Quirón A Coruña,
Paseo Marítimo 1, • 15002-A Coruña, España.
emabarbera@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los pliegues coroideos son líneas, muescas o estrías en el polo posterior. Pueden ser verticales, horizontales, oblicuos o irregulares, y rara vez sobrepasan el ecuador. El primero en describir los pliegues coroideos fue Nettleship en 1884 en un paciente con papiledema(1,2). Un siglo más tarde se describe un síndrome benigno caracterizado por cambios hiperópicos, acortamiento del polo posterior y alargamiento del nervio óptico(3,4). Clásicamente los pliegues coroideos fueron considerados como un signo de tumores expansivos de la órbita, sin embargo existe una gran variedad de procesos que pueden producirlos(5,6).

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años que acude a revisión rutinaria. No refiere dolor ni diplopia ni disminución de AV. AV: OD: 1 con 0.25, -0.5 a 90°. OI: 1 con +3.25, -2.00 cil a 40°. V. Madox 1.5 Dp base inferior OI. En la exploración física se palpa prolapso de la grasa orbitaria a nivel de reborde orbitario infero-externo. No proptosis. MOE: ducciones y versiones conservadas, convergencia normal. Cover test: ligera hipertropía del ojo izquierdo de 1° (Figura 1).

LH: sin alteraciones en el polo anterior. PIO: 16mmHg AO.

FO: OD normal. OI: se aprecian pliegues coroideos radiales en cuadrante temporal inferior (Figura 2). La ecografía ocular fue normal, con longitud axial normal y sin aumento del espesor coroideo. Se realizan TC y RMN observándose una tumoración sólida homogénea, de densidad partes blandas, de tamaño 20x17x14mm en el compartimento extracónicotemporal inferior orbitario izquierdo.



FIGURA 1.- Se aprecia a la paciente con una ligera hipertropía del OI.

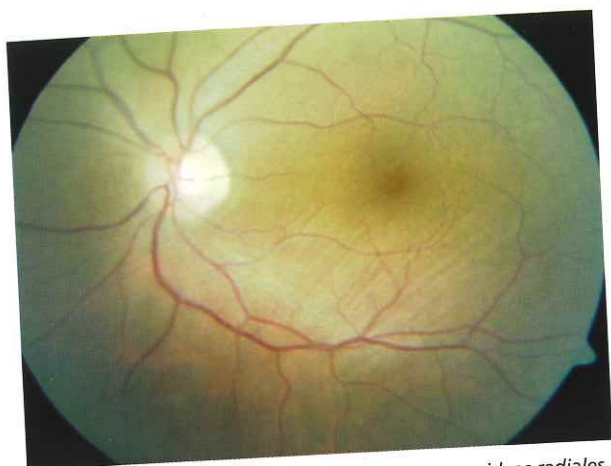


FIGURA 2.- Retinografía del OI: se aprecian pliegues coroideos radiales en el polo posterior.



FIGURA 3.- TAC orbitario: Corte sagital. Lesión ovalada en el espacio extracónico que empuja ligeramente el globo ocular.



FIGURA 4.- TAC orbitario: Corte axial. La lesión ocupa el espacio temporal inferior.

do, que contacta con el globo ocular sin apenas compromiso sobre la musculatura extraocular (Figuras 3 y 4), y que realza centripetamente tras la inyección de gadolinio, hallazgo que junto con las características de señal son muy sugestivas de hemangioma cavernoso intraorbitario (Figuras 5 y 6). Una vez confirmado el diagnóstico se programa la intervención quirúrgica. Bajo anestesia general, se accede a la órbita mediante un abordaje transpalpebral, a 2 mm bajo el borde libre del párpado inferior. Se continúa disecando por dentro del músculo orbicular, hasta acceder a la órbita a través del septum orbitario, y se extrae una tumoración ovalada pseudoencapsulada, con grasa adherida a la cápsula y muy vascularizada, de color rojo oscuro típico de los hemangiomas cavernosos. Los resultados de anatomía patológica confirman el diagnóstico.



FIGURA 5.- RMN orbitaria: imagen ponderada en T₁. Hiposeñal de la lesión.



FIGURA 6.- RMN orbitaria: imagen ponderada en T₂. Hiperseñal de la lesión.

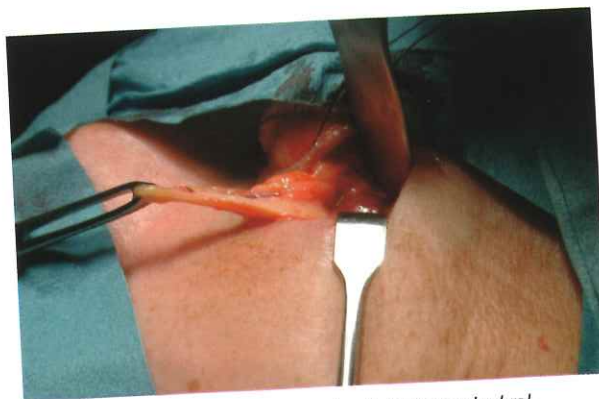


FIGURA 7.- Acceso orbitario mediante abordaje transpalpebral.

DISCUSION

Ante la presencia de pliegues coroideos es necesario descartar de forma precoz una posible etiología. Aunque existe una forma benigna asociada a hipermetropía, es necesario descartar otras causas subyacentes como son: los tumores orbitarios u oculares, hipotanasia postquirúrgica, neovascularización subretiniana, cirugía escleral del desprendimiento de retina, traumatismos, orbitopatía tiroidea, escleritis posterior, uveítis, coroiditis, papilitis, síndrome de efusión uveal, hipertensión intracraneal y por último idiopáticos⁽¹⁻⁷⁾.

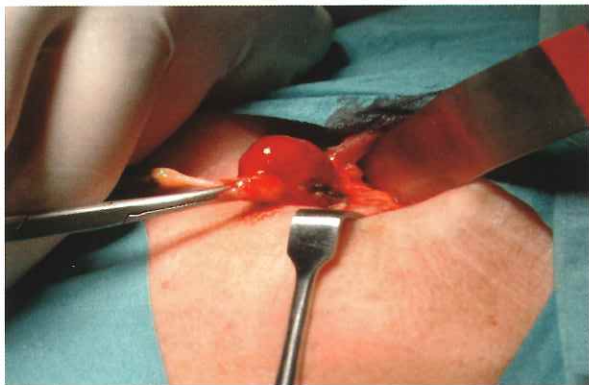


FIGURA 8.- Acceso orbitario mediante abordaje transpalpebral.

En el caso que presentamos, los pliegues coroideos pueden ser el signo de presentación hasta en el 16% de los casos, ya que los hemangiomas cavernosos producen muy poco exoftalmos a pesar de su gran tamaño y volumen⁽⁶⁾. Una historia clínica minuciosa y una exploración ocular completa es primordial para orientar el caso. Tanto la OCT como la AGF nos pueden ayudar a diferenciar entre pliegues coroideos y retinianos^(9,10). Por último, las pruebas de imagen como TC y RMN nos ayudarán a descartar la presencia de un tumor orbitario. Es importante señalar que una vez tratada la causa subyacente los pliegues coroideos pueden permanecer durante mucho tiempo⁽¹¹⁾. Nuestra paciente evolucionó favorablemente sin evidencia de recidiva. Sin embargo los pliegues coroideos todavía persisten en el polo posterior un año después de la extirpación del tumor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nettleship E. Peculiar lines in the choroid in a case of post-papilliticy. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1884;4:167-8.
2. Cangemi FE, Trempe CL, Walsh JB. Choroidal folds. *Am J Ophthalmol* 1978;86:380-7.



FIGURA 9.- Aspecto macroscópico de la lesión pseudoencapsulada y con grasa adherida a la cápsula.

3. Dailey RG, Mills RP, Stimac GK, Shults WT, Kalina RE. The Natural history and CT appearance of acquired hyperopia with choroidal folds. *Ophthalmology* 1986;93:1336-42.
4. Murdoch D, Merriman M. Acquired hyperopia with choroidal folds. *Clin Exp Ophthalmol* 2002;30:292-4.
5. Newell FW. Choroidal folds. *Am J Ophthalmol* 1973; 75:930-42.
6. Wolter JR. Parallel horizontal choroidal folds secondary to an orbital tumor. *Am J Ophthalmol* 1974;77:669-73.
7. Lavinsky J, Lavinsky D, Lavinsky F, Frutuoso A. Acquired choroidal folds: a sign of idiopathic intracranial hypertension. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2007;245:883-8.
8. Pérez Moreira JV, Prada Sánchez MC, Pérez Becerra E. Angioma cavernoso. En: Pérez Moreira JV. *Patología orbitaria*. 2ª ed Barcelona: Edika Med; 2000. pp:243-8.
9. Giuffr G, Distefano MG. Optical coherence tomography of chorioretinal and choroidal folds. *Acta Ophthalmol Scand* 2007; 85:333-6.
10. Norton E.W.D: A characteristic fluorescein angiographic pattern in choroidal folds. *Proc R Soc Med* 1969;62:119-28.
11. Kroll AJ, Norton EW. Regression of choroidal folds. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1970;74: 515-26.