

COMUNICACIÓN

Consideraciones generales sobre la hemorragia supracoroidea masiva

General considerations on massive suprachoroidal hemorrhage

Dra. Magalys Figueroa Padilla¹

Dra. Ledisleydy Cárdenas Monzón²

Dr. Yairan Negrin Caceres³

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: magalysfp@hamc.vcl.sld.cu

² Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Policlínico "XX Aniversario", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: marileydycardenas@gmail.com

³ Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Policlínico Universitario "Juan Bruno Zayas", Cifuentes, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: marileydycardenas@gmail.com

RESUMEN

La hemorragia supracoroidea masiva supone la ruptura de las ramas de las arterias ciliares posteriores largas y cortas luego de un período de hipotonía que aparece tras un traumatismo penetrante o una intervención quirúrgica intraocular y, con menos frecuencia, espontáneamente. Sus factores de riesgo pueden ser oculares y sistémicos (o ambos), muchos prevenibles y, en algunos casos, controlables previo a la intervención quirúrgica si se realiza una adecuada historia clínica oftalmológica. Cobra vital importancia para la visión del paciente una identificación oportuna de esta enfermedad y su adecuado manejo y evitar las fatales complicaciones que pudieran derivarse de ella.

Palabras clave: hemorragia de la coroides

ABSTRACT

Massive suprachoroidal hemorrhage involves the breaking of the branches of the long and short posterior ciliary arteries after a period of hypotonia that occurs after penetrating trauma or intraocular surgery and, less frequently, spontaneously. Risk factors may be ocular and systemic (or both), many

preventable and, in some cases, prior to controlled surgery by a suitable ophthalmic medical history is taken. Vital importance for the patient's vision timely identification of this disease and its proper handling and avoid fatal complications arising from it.

Key words: choroid hemorrhage

La hemorragia supracoroidea masiva (HSM) supone la ruptura de las ramas de las arterias ciliares posteriores largas y cortas tras un período de hipotonía que aparece secundariamente a un traumatismo penetrante o una intervención quirúrgica cirugía.¹ En esta enfermedad más de un 50% de la cavidad vítrea está ocupada por la hemorragia.

En la HSM se describen factores de riesgo oculares y sistémicos (o ambos) no relacionados con la intervención quirúrgica -miopía magna (50%), hipertensión arterial (39%), arteriosclerosis sistémica, diabetes mellitus, edad avanzada, afaquia, inflamación ocular intensa, presión intraocular elevada, trastornos de la coagulación y antecedentes de HSM en el ojo contralateral-, así como los transoperatorios -hipertensión arterial, hipotonía intraocular prolongada, manipulación escleral (reintervenciones), uso externo de crioterapia y fotocoagulación retiniana (más peligrosa la aplicación transescleral)-.²⁻⁴

Entre las etiologías más frecuentes se describen los traumatismos oculares (35%), la intervención quirúrgica de la catarata (30%) y la del glaucoma (17%), la queratoplastia penetrante (6%), la vitrectomía pars plana (3%) y el implante secundario de lente intraocular (3%). La de causa espontánea es una manifestación clínica rara y fue descrita por primera vez por Gräfenberg¹ y Parsons² a principios de siglo, que la definieron como la evisceración del contenido ocular por presencia de hemorragia retiniana y coroidea (o ambas) sin ningún tipo de antecedente traumático, infeccioso o quirúrgico reciente.

En la arteriosclerosis generalizada las arterias ciliares presentan una pared esclerosada y rígida que provoca una disminución de la circulación intramural y de su elasticidad, así como la formación de trombos.⁵⁻¹⁰ A su vez la presión intraocular elevada de manera continuada reduce el paso de sangre intravascular en las arterias ciliares y, si la presión de estas últimas tiende a ser cero, puede provocar una necrosis vascular.⁷ Esto crea unas condiciones de vacío intraocular que desencadena una ingurgitación de los plexos coroideos con desprendimiento súbito de coroides y ruptura brusca y masiva de las arterias ciliares posteriores.¹⁰

El diagnóstico clínico se basa en el cuadro de dolor ocular acompañado de colapso repentino de la cámara anterior, de hipertensión ocular y de la aparición, a través de la pupila, de una masa oscura que aumenta de tamaño; si el proceso es abrupto se expulsa el contenido ocular.¹¹

Cuando aparece la HSM se impone el cierre inmediato de la herida quirúrgica; una vez cerrada se reforma la cámara anterior y se administra manitol intravenoso al 20% (1-1.5 mg/kg). Se evita realizar esclerotomía de drenaje urgente porque induce hipotalamia transitoria, resangrado, rotura e incarceration retiniana. El abordaje quirúrgico es distinto si la hemorragia es sectorial o masiva. En el caso de la sectorial (no afecta retina ni coroides posterior) el tratamiento consiste en la intervención quirúrgica vitreoretiniana cuando hay

vítreo en herida escleral, restos cristalineanos, hemorragia vítrea o desprendimiento de retina; el seguimiento se realiza mediante ultrasonido ocular y angiografía fluoresceínica. El pronóstico en todos los casos siempre es desfavorable. Si no se aplica tratamiento adecuado con elevada frecuencia pueden aparecer: desprendimiento de retina, proliferación vítreo-retiniana, glaucoma neovascular y ptisis bulbi, entre otras.^{3,11}

En el Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" esta complicación es poco frecuente lo que puede explicarse, en parte, por el adecuado manejo de los factores de riesgo y por el cuidado con el manejo de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Triviño A, Corredera E, Salazar JJ, Ramírez AI, Llanes F, Ramírez J, Hemorragia expulsiva espontánea: estudio histopatológico. Casos Clínicos [Internet]. Madrid: Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo. Universidad Complutense de Madrid; 1997 [citado 27 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/studium/studium1997/stud97-1/a-08.htm>
2. Pérez Salvador García E, Piñón Mosquera R, Pérez Salvador JL. Hemorragia expulsiva espontánea tras perforación corneal: queratoplastia. Caso clínico. Rev Mex Oftalmol [Internet]. 2006 [citado 27 Jun 2013]; 80(2): 93-6. Disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35827&id_seccion=851&id_ejemplar=3701&id_revista=31
3. Medidas para evitar hemorragia expulsiva durante cirugía ophthalmology [Internet] Latin America: Ocular Surgery; 2011 Nov-Dec. [citado 27 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.healio.com/ophthalmology/practice-management/news/print/ocular-surgery-news-latin-america-edition/%7B0fecbb3a-5529-42fe-ac68-c28836aff2ae%7D/medidas-para-evitar-hemorragia-expulsiva-durante-cirugia>
4. Trope GE. The Failing Bleb: Diagnosis and management. In: Glaucoma Surgery. United States: Taylor & Francis; 2005. p. 159-78.
5. Hemorragia expulsiva. Preguntas frecuentes [Internet]. Montevideo: Consultores Oftalmológicos; 2012 [actualizado 23 Mar 2012; citado 27 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.consultoresoftalmologicos.com/afecciones.php?id=89>
6. Cambas Andreu AA. Hemorragia expulsiva tardía incompleta. Presentación de un caso clínico Rev Electron PortalesMedicos.com [Internet]. 2009 [actualizado 25 Sep 2009; citado 27 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1709/1/Hemorragia-expulsiva-tardia-incompleta-Presentacion-de-un-caso-clinico.html>
7. Pastor JC, Baílez C, Aragón J, Rodríguez de la rúa El. Tratamiento de las hemorragias supracoroideas masivas [Internet]. 2007 [actualizado 2 Oct 2010; citado 16 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/seo/archivos/maquetas/2/559F47BD-D052-5849-5B99-000007EE8212/articulo.html>
8. Ibañez-Hernández MÁ, González-de la Rosa A, Navarro-Partida J. Hemorragia expulsiva, Reporte de un caso y revisión de la literatura Rev Mex Oftalmol [Internet]. 2012 Abr-jun [citado 16 feb 2013]; 86(02): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-mexicana-oftalmologia-321/hemorragia-expulsiva-reporte-un-caso-revision-literatura-90145462-casos-clinicos-2012>

9. Tonelli Júnior E, Pereira Maria VC, Nery Júnior F, Pimentel A R. Hemorragia expulsiva espontânea durante crise hipertensiva: relato de dois casos. Arq Bras oftalmol. 1998 may-jun; 61(3):266-70.
10. Pesin SR, Katz LJ, Augsburger JJ, Chien AM, Eagle RC Jr. Acute Angle-closure glaucoma from spontaneous massive hemorrhagic retinal or choroidal detachment. An updated diagnostic and therapeutic approach. Ophthalmology. 1990 Jan; 97(1):76-84.
11. Fernández AL, Piloto DI, Domínguez RM. Glaucoma. Temas quirúrgicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.

Recibido: 18-3-13

Aprobado: 24-1-14

Magalys Figueroa Padilla. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: magalysfp@hamc.vcl.sld.cu