

## CASO CLÍNICO

---

# Patología oftalmológica y embarazo: discusión de conducta actual frente a resolución del parto. Caso clínico

Jorge Varas C<sup>1</sup>, M. Loreto Godoy V<sup>a</sup>, Karen García A<sup>a</sup>, Emilia Zamora G<sup>1</sup>.

### RESUMEN

*Durante el embarazo se producen una serie de cambios que afectan los distintos órganos y sistemas, entre ellos el visual. El conocimiento de éstos y su mecanismo de producción nos permite evitar procedimientos innecesarios. Se presenta el caso clínico de una paciente embarazada con antecedente de alta miopía bilateral. El objetivo es discutir el manejo actual de estas pacientes durante el embarazo y parto. Es fundamental un control obstétrico y oftalmológico periódico, no existiendo contraindicación del parto vaginal a menos que exista alguna complicación o patología obstétrica que lo amerite.*

**Palabras claves:** Embarazo, alta miopía, parto.

### SUMMARY

*During the pregnancy many changes are produced in all systems, including the visual system. The knowledge of these changes and its production mechanism let us to avoid unnecessary procedures. We present a case of a pregnant woman with bilateral high myopia. The objective of this work is to discuss the contemporary management of these patients during the pregnancy and delivery. It's essential a periodic obstetric and ophthalmologic checking, without the contraindication of a vaginal delivery, unless another obstetric pathology or complication condition it.*

**Key words:** Pregnancy, high myopia, delivery.

### INTRODUCCIÓN

Los cambios que ocurren en los órganos de los sentidos durante el embarazo han sido poco

estudiados y, específicamente, las manifestaciones oculares que se producen durante la gestación.

Conocerlas resulta de gran importancia para evitar procedimientos innecesarios.

En el embarazo se produce una disminución de la presión intraocular, lo que se atribuye en parte a un incremento del flujo de salida del humor vítreo. La mayoría de las embarazadas presenta un leve, pero medible incremento del grosor corneano, que se piensa, se debe a la presencia de edema. También se observan opacidades castaño rojizas en la superfi-

---

<sup>1</sup> Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>2</sup> Internas de Medicina. Campus Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Correspondencia a: Dr. Jorge Varas C.

E mail: drjorgevaras@gmail.com

cie posterior de la córnea (espigas de Krukenberg) con una frecuencia mayor a la esperada. Se postula que este aumento de la pigmentación se debe a efectos hormonales. Además, se encuentra disminuida la sensibilidad corneana, puede existir una pérdida transitoria de la acomodación tanto en el embarazo como en la lactancia y en ocasiones un ligero ascenso de la tensión de la arteria central de la retina<sup>1</sup>. Pese a todos estos cambios, el fondo de ojo es normal y toda alteración del mismo es sospechoso de alguna patología<sup>2</sup>.

Funcionalmente se puede presentar fatiga visual por los trastornos de acomodación, acentuación de los trastornos de refracción, especialmente aumento de la miopía y más excepcionalmente hemianopsia bitemporal, así como parestesias musculares y amaurosis transitoria, las que ameritan mayor estudio<sup>2</sup>.

Los vicios de refracción, por otra parte, son un defecto óptico por el cual la imagen de un objeto no es proyectada en forma precisa en el plano retinal, incluyen la miopía, hipermetropía y astigmatismo. Nos referiremos a la miopía por ser la patología presente en nuestro caso clínico. Ésta corresponde al defecto refractivo en el cual los rayos paralelos procedentes del infinito se enfocan por delante de la retina. Se puede clasificar según su etiología en miopía axial, la más frecuente, producida por aumento del diámetro anteroposterior del globo ocular; miopía de curvatura, producida por aumento de la curvatura corneal o más raramente del cristalino, generalmente son poco intensas y miopía de índice, por aumento del índice de refracción del cristalino.

En cuanto a la clínica, la mala visión de lejos es el síntoma característico, pero hay que distinguir dos tipos de situaciones: la miopía simple, variante fisiológica de la normalidad de evolución limitada hasta los 22 ó 23 años y la miopía patológica, magna, progresiva o maligna, supone una situación patológica que se cree debida a una alteración del desarrollo del segmento posterior del globo ocular. Oftalmoscópicamente, se observa un cuadro denominado coriorretinosis miópica en el que existe una atrofia coriorretiniana generalizada, la cual puede afectar tanto a la mácula (reducción de la agudeza visual) como a la retina periférica, con la aparición de degeneraciones predisponentes al desprendimiento de retina (especialmente en alta miopía). El tratamiento consiste en la corrección del defecto óptico mediante gafas, lentes de contacto o métodos quirúrgicos.

Por su parte, el desprendimiento de retina se define como la separación entre la retina neurosensorial del epitelio pigmentario por líquido subretiniano. Existen tres tipos de desprendimientos:

regmatógenos (causados por roturas en la retina); exudativos (relacionados con procesos inflamatorios o tumorales); y traccionales (retinopatía diabética proliferante y traumatismos penetrantes)<sup>3</sup>.

En los desprendimientos regmatógenos la acumulación de líquido subretiniano produce separación de la retina originando una pérdida del campo visual correspondiente a la zona del desprendimiento. Entre los factores de riesgo tenemos: miopía, traumatismos, hemorragia vítrea, uveítis, glaucoma e historia familiar de desprendimiento de retina. El paciente debe ser referido al oftalmólogo para su valoración e intervención quirúrgica.

Los desprendimientos exudativos se deben a enfermedades sistémicas, retinovasculares o como respuesta a la inflamación de la retina o de la coroides. Producen una disminución de la función visual correspondiente al área de la retina afectada. La agudeza visual central puede permanecer intacta, o por el contrario, verse severamente afectada<sup>4-6</sup>. Entre las etiologías tenemos: causas oculares (coriorretinopatía serosa central, tumores coroideos, posquirúrgicos, retinocoroiditis infecciosa, etc.); causas sistémicas (alteraciones vasculares o hemodinámicas agudas: crisis hipertensivas, síndrome hipertensivo del embarazo, falla renal o vasculitis). En el diagnóstico pueden emplearse la ecografía ocular, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, angiografía fluoresceínica, angiografía con verde indocianina, y la tomografía de coherencia óptica. El tratamiento debe dirigirse a la corrección del proceso subyacente<sup>4-7</sup>.

Los desprendimientos traccionales se deben a bandas fibrosas en el vítreo que surgen de la organización de exudados inflamatorios y de hemorragias en el vítreo, siendo la causa más frecuente la retinopatía diabética. Otras causas son los cuerpos extraños intraoculares, las lesiones oculares perforantes, etc. El tratamiento consiste en la realización de una vitrectomía.

Las alteraciones retinianas en forma de desprendimiento de retina seroso constituyen una de las complicaciones infrecuentes de la preeclampsia<sup>8</sup>. Patogénicamente se relaciona con alteraciones en la circulación coroidea y del epitelio pigmentario de la retina (EPR), demostrable angiográficamente<sup>8,9</sup>.

La finalización de la gestación así como el control de la preeclampsia (hipertensión arterial, edema y proteinuria desarrollados en el tercer trimestre de gestación) permiten una mejoría del proceso retiniano alcanzándose agudezas visuales finales cercanas a la basal<sup>10,11</sup>.

Se presenta el caso clínico de una paciente con antecedente de alta miopía bilateral, cursando emba-

razo de 39 semanas. El objetivo de este trabajo es discutir el manejo actual de estas pacientes durante el embarazo.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, con antecedente de alta miopía bilateral. Multípara de 1, con cesárea anterior en el año 2001 por rotura prematura de membranas y dilatación estacionaria. Cursando embarazo de 39 semanas, ingresa a nuestro Servicio el día 24 de septiembre de 2006.

En agosto de 2006 fue evaluada por oftalmólogo, quien recomienda "evitar el trabajo de parto con el objeto de disminuir riesgos de desgarro y desprendimiento de retina".

La ecografía obstétrica muestra gestación de 39 semanas, percentil 50, con líquido amniótico moderadamente aumentado. Placenta alta en pared posterior.

El día 27 de septiembre se realiza operación cesárea sin incidentes, con diagnósticos de multípara de 1, embarazo de 39 +3 semanas, cicatriz de cesárea anterior, trabajo de parto y vicio de refracción severo. Se realiza laparotomía de Pfannenstiel, histerotomía segmentaria arciforme y amniotomía que da salida a líquido con meconio ++, extrayéndose feto por polo cefálico, de sexo femenino, 3.545 gr. Apgar 8-9. Alumbramiento dirigido, limpieza de la cavidad uterina, histerorrafia y peritonización. Inspección de anexos normales, cierre de pared por planos. La madre y el recién nacido presentan una buena evolución clínica.

#### DISCUSIÓN

Con respecto a este tema existe escasa información actual publicada. Sin embargo, se sabe que la miopía y el desprendimiento de retina se ven influenciados durante el embarazo, principalmente en pacientes con factores de riesgo asociados. En la miopía el edema corneal desencadenado por el mismo embarazo predispone a su aparición o la intensifica. En cuanto al desprendimiento de retina, se sabe que la preeclampsia es un factor de riesgo importante para

el desprendimiento seroso. A su vez las pacientes con alta miopía tienen mayor riesgo de presentar un desprendimiento de retina<sup>3</sup>.

En el síndrome hipertensivo del embarazo se produce una hipertensión arterial acelerada, brusca e intensa que lleva a necrosis arteriolar precapilar con exudación al epitelio pigmentado llegando a producir un desprendimiento de retina seroso, usualmente bilateral y buloso que se acompaña de compromiso de visión, reversibles durante las primeras semanas posparto, pudiendo recurrir en el mismo ojo en embarazos subsecuentes. En estadio severo, y en eclampsia, se puede producir oclusión arterial, neuropatía óptica isquémica, papiloflebitis isquémica, neovascularización periférica y ceguera cortical, causando pérdida visual.

La preeclampsia por lo general responde satisfactoriamente a la finalización de la gestación, así como al control adecuado de la presión arterial mediante reducción del peso, y medicación antihipertensiva<sup>12</sup>.

La coriorretinopatía central serosa es una alteración macular caracterizada por desprendimiento retinal seroso localizado (foveal), que afecta gestantes primíparas o multíparas sanas (se observan exudados serosos subretinianos en 90% de pacientes embarazadas en comparación con menos del 20% en la población general). La aparición del cuadro es en el tercer trimestre del embarazo, resolviéndose en el primer trimestre posparto. Es posible encontrar exudados subretinianos que se piensa son por fibrina y en casos severos se aprecia fibrosis subretiniana residual<sup>4-6</sup>.

El manejo de estas pacientes se basa principalmente en un control tanto obstétrico como oftalmológico periódico, detectando precozmente cualquier complicación. La resolución del parto puede efectuarse mediante parto vaginal siempre que no exista otra patología asociada que condicione operación cesárea.

En nuestro caso clínico se recomendó evitar el trabajo de parto, sin embargo, esta conducta actualmente es discutida por el solo hecho de presentar alguna de estas alteraciones oftalmológicas. Se acepta el concepto de lograr un buen control clínico, indicando la resolución del parto mediante cesárea en aquellos casos en que exista alguna patología obstétrica que lo amerite.

REFERENCIAS

1. CUNNINGHAM F, GRANT N, LEVENO K, GILSTRAP L, HAUTH J, WENSTROM K. *Williams Obstetricia*. Editorial Panamericana. 2002. Capítulo 8: 166.
2. SCHWARCZ R, FESCINA R, DUVERGES C. En: *Obstetricia*. Editorial El Ateneo, 2005; Capítulo 4: 63.
3. RAY F, GARIANO, CHANG-HEE KIM. Evaluation and Management of Suspected Retinal Detachment. *Am Fam Physician* 2004; 69:1691-8.
4. OFFRET H, BLANCHARD M, SARAUX H, PIQNE A. Ophthalmologic pathology in the pregnant women. *Jfr Ophthalmol* 1980; 3(11): 679-89.
5. GASS J. Central serous retinopathy and pregnancy. *Am J Ophthalmol* 1974; 78:152.
6. SUNNESS J, HALLER J, FINE S. Central serous chorioretinopathy and pregnancy. *Arch Ophthalmol* 1993; 111: 360-4.
7. GASS J. Central serous chorioretinopathy and white subretinal exudation during pregnancy. *Am J Ophthalmol* 1991; 109 (5).
8. GITTER KA, HOUSER BP, SAURIN LK, JUSTICE J. Toxemia of pregnancy. *Arch Ophthalmol* 1968; 80: 449-54
9. WANG CL. Exudative retinal detachment in the pregnancy induced hypertension syndrome. *Chung-Hua-Yen-Ko-Tsa-Chih* 1992; 28: 77-9.
10. BRISMAR G, SCHIMMELPFENNIG W. Bilateral exudative retinal detachment in pregnancy. *Acta Ophthalmol Copenb* 1989; 67: 699-702.
11. SINGALAVANIJA A, DANGOSINTR N, NAMATRA C. Retinal detachment in toxemia of pregnancy. *J Med Assoc Thai* 1989; 72: 597-600.
12. WALSH JB. Cardiovascular Disorders. In: Tasman W, Jaeger EA. *Duane's Clinical Ophthalmology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1992; Vol 5: Chap 22, 8.