

DESPRENDIMIENTO COROIDEO HEMORRÁGICO Y TRIÁNGULO DE ISQUEMIA DE AMALRIC COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA EN PACIENTE JOVEN CON NEFROPATÍA DE CAUSA DESCONOCIDA

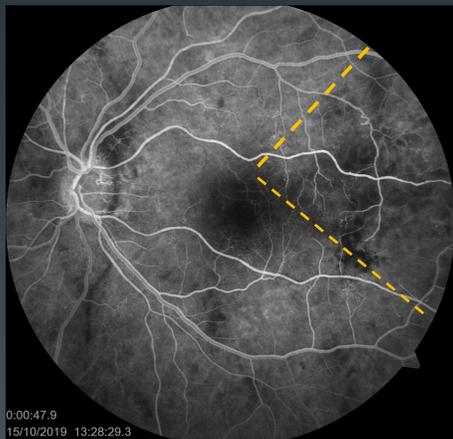
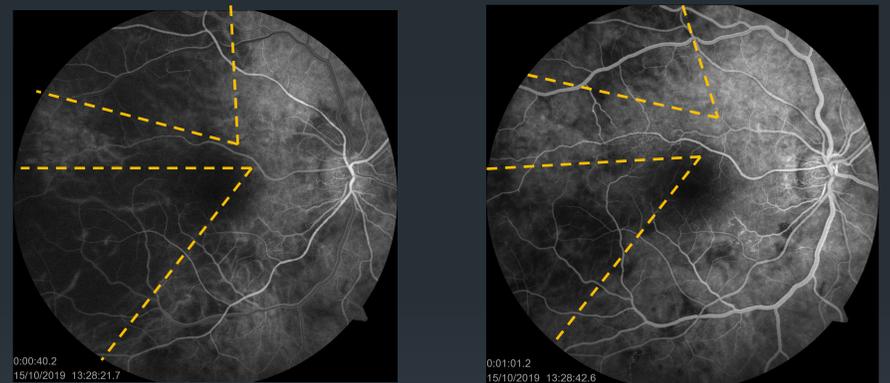
Andrés Romero Martínez, José Luis Sánchez Vicente, María Luque del Castillo, Loreto Sáez Ortega

OBJETIVO: La hemorragia supracoroidea secundaria a traumatismo o complicación quirúrgica es ampliamente conocida, pero que ocurra espontáneamente en paciente sin patología vascular conocida es menos común. Igualmente difícil es observar el signo de Amalric que corresponde a áreas triangulares de infarto coroideo que se aprecian en el fondo de ojo y en la angiografía de paciente con oclusión o hipoperfusión de arterias ciliares posteriores largas que vascularizan zonas triangulares de la coroides con ápex en polo posterior y base en periferia.

MÉTODOS: Paciente varón de 35 años que acude a consulta por visión borrosa de ojo derecho(OD).La agudeza visual era 20/40 en OD y 20/30 en ojo izquierdo (OI).En el polo anterior se observa una uveítis anterior leve en OD y nada en OI. En el fondo de ojo encontramos en OD algunas hemorragias dispersas y un desprendimiento coroideo (DC) hemorrágico nasal. En OI hay una hemorragia en mácula temporal .La OCT muestra algo de fluido en capas externas en mácula temporal de OI pero no se afecta perfil foveal. Solicitamos angiografía y angioOCT. Medimos TA y es de 220/150mmHg por lo que se deriva a urgencias. Pedimos serología infecciosa y despistaje autoinmune y pautamos corticoides.

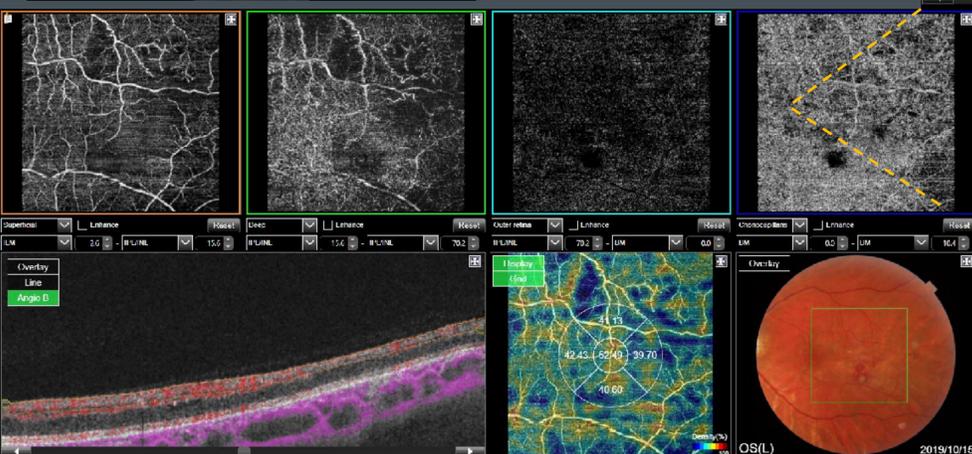
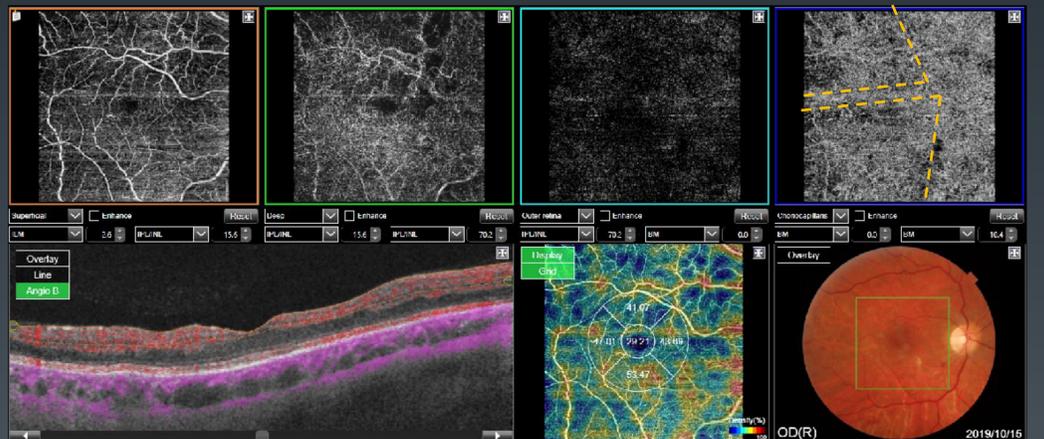


RESULTADOS: La angiografía mostró en ambos ojos áreas triangulares de hipofluorescencia coroidea precoz y tinción tardía en periferia temporal.En zona nasal de OD se confirma la presencia de hemorragia coroidea masiva.En la angioOCT se apreciaba un flujo reducido de la coriocapilar con la misma distribución triangular de las áreas de isquemia coroidea vistas en la angiografía (triángulo de Amalric).Una semana después ha mejorado visión de OD, ya no presenta uveítis anterior y ha disminuido el DC, pero se aprecia hemovitreo .El paciente ha sido diagnosticado de hipertensión arterial acelerada y está siendo estudiado por daño renal.Los marcadores autoinmunes y la serología son todos negativos a excepción del HLA B51.



BIBLIOGRAFIA

1. THE SPECTRUM OF AMALRIC TRIANGULAR CHOROIDAL INFARCTION
Julia Nemiroff, MD,* Nopasak Phasukkijwatana, MD, PhD,†
Veronika Vaclavik, MD,‡§¶
Aaron Nagiel, MD, PhD,* Eric R. Holz, MD,** David Sarraf, MD*††
2. SPONTANEOUS BILATERAL HEMORRHAGIC CHOROIDAL DETACHMENTS ASSOCIATED WITH MALIGNANT HYPERTENSION Albert Y. Cheung, MD,* James A. David, BS,†Michael D. Ober, MD, FACS‡§
3. SWEEP SOURCE OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY EVALUATION OF CHORIORETINAL CHANGES IN HYPERTENSIVE CHOROIDOPATHY RELATED TO HELLP SYNDROME
Daniel Velazquez-Villoria, PhD,* Pablo Martí Rodrigo, MD,* María L. DeNicola, MD,* Miguel A. Zapata Vitori, PhD,* Antonio Segura García, MD,* Jose García-Arumi††
4. HYPERTENSIVE CHOROIDOPATHY
Karyn Bourke, AB;† Milan R. Patel, MD;‡ L. Michael Prisant, MD;‡ Dennis M. Marcus, MD‡



CONCLUSIONES: A pesar de no poder descartar totalmente la causa autoinmune en la etiología del daño renal o que incluso esté relacionado con la afectación ocular, si podemos decir que la mayoría del cuadro oftalmológico es debido a un daño vascular hipertensivo.Es bastante inusual encontrar un cuadro tan llamativo de causa hipertensiva y es fácil pensar en una vasculitis, por eso es importante no olvidar la medición de la tensión arterial.