

# Coriorretinitis esclopetaria: reporte de caso

Natalia Caffarelli, Agustín Fernández, Eden Belmont Wasserlauf, Jérica Florero Vallejos, Milena Varela

*Servicio de Oftalmología, Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín, La Plata, Argentina*

---

**Recibido:** 5 de febrero de 2024.

**Aprobado:** 9 de abril de 2024.

## **Autor corresponsal**

Dra. Natalia Caffarelli  
Servicio de Oftalmología  
HIGA General San Martín  
Calle 1 y 70  
(1900) La Plata, Argentina  
natalia.caff@gmail.com

**Oftalmol Clin Exp** (ISSNe 1851-2658)  
2024; 17(2): e255-e260.

## **Resumen**

**Objetivo:** Presentación de un caso de coriorretinitis esclopetaria unilateral.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 28 años de edad con antecedente de impacto con arma de fuego en región malar izquierda de 15 días de evolución concurre al servicio de oftalmología para evaluación completa previa a cirugía maxilofacial. Al examen físico su agudeza visual era de 10/10 en ojo derecho y movimiento de manos en ojo izquierdo mejor corregida. Al fondo de ojos no presentaba ninguna particularidad en ojo derecho; en cambio, en el izquierdo se evidenciaron hemorragias retinales y subretinales en sector inferior y temporal comprometiendo la mácula: pliegues maculares y restos de hemovítreo en retina inferior. La tomografía de coherencia óptica macular mostró una alteración completa de la arquitectura retinal. Ante el hallazgo de estas lesiones sumado al antecedente, se indicó conducta expectante con estrictos controles periódicos.

**Conclusión:** Descripción de un caso de coriorretinitis esclopetaria, entidad escasamente comunicada. El diagnóstico oportuno y el seguimiento estricto son de gran importancia a fin de detectar posibles complicaciones en forma temprana.

**Palabras claves:** coriorretinitis esclopetaria, ruptura coriorretinal, arma de fuego, traumatismos, polo posterior.

## **Chorioretinitis sclopetaria: a case report**

### **Abstract**

**Objective:** To present a case report of a patient with unilateral sclopetaria chorioretinitis.

**Case report:** A 28-year-old male patient with history of gunshot trauma in the left malar region of 15 days of evolution attended the ophthalmology department for a complete evaluation prior to maxillofacial surgery. On physical examination his visual acuity was 10/10 on the right eye and hand movement on the left eye best corrected. Fundus examination did not show any particularity in right eye, but in left eye there were retinal and subretinal hemorrhages in inferior and temporal sector, compromising macula; macular folds and remains of hemovitreous in inferior retina. Macular optical coherence tomography showed a complete alteration of the retinal architecture. Given the finding of these lesions and the history of firearm impact, expectant management with strict periodic controls was suggested.

**Conclusion:** Description of a case of chorioretinitis esclopetaria, a rarely reported entity. Timely diagnosis and strict follow-up is of great importance in order to detect possible complications early.

**Keywords:** chorioretinitis esclopetaria, chorioretinal rupture, gunshot wound, trauma, posterior pole.

## Coriorretinite esclopetária: relato de caso

### Resumo

**Objetivo:** Apresentação de um caso de coriorretinite esclopetária unilateral.

**Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 28 anos, com história de ferimento por arma de fogo na região malar esquerda há 15 dias, compareceu ao serviço de oftalmologia para avaliação completa prévia à cirurgia bucomaxilofacial. Ao exame físico apresentava acuidade visual de 10/10 no olho direito e movimentação da mão no olho esquerdo melhor corrigida. O fundo dos olhos não apresentava particularidades no olho direito; por outro lado, à esquerda, eram evidentes hemorragias retinianas e sub-retinianas nos setores inferior e temporal, comprometendo a mácula: pregas maculares e restos hemovitreos na retina inferior. A tomografia de coerência óptica macular mostrou alteração completa da arquitetura retiniana. Diante da descoberta dessas lesões somadas à história, foi indicada conduta expectante com rigorosos controles periódicos.

**Conclusão:** Descrição de um caso de coriorretinite esclopetária, entidade raramente relatada. O diagnóstico oportuno e o acompanhamento rigoroso são de grande importância para detectar precocemente possíveis complicações.

**Palavras-chave:** coriorretinite esclopetária, ruptura coriorretiniana, arma de fogo, trauma, polo posterior.

## Introducción

La coriorretinopatía esclopetaria —también conocida como retinitis esclopetaria o ruptura coriorretinal traumática— es una entidad poco frecuente resultante de la injuria causada por un proyectil de alta velocidad que ha pasado adyacente o a través de la órbita sin penetrar en el globo ocular. Este cuadro fue descrito por primera vez en 1901 por el oftalmólogo húngaro Wilhelm Goldzieher. No hay certeza del fundamento del nombre “esclopetaria”, que podría relacionarse con la palabra del latín *sclopetum*, que significa arma alargada italiana o escopeta. Otro posible origen etimológico podría ser el verbo del inglés antiguo o anglosajón *sclow*, que significa desgarrar<sup>1</sup>.

Las lesiones producidas en estos casos se generan por la onda expansiva del proyectil al ingresar en la órbita sin penetrar en el globo ocular. Estas ondas de choque, por la misma velocidad del proyectil, producen daño al causar disrupción y retracción tisular provocando la ruptura simultánea y completa de la capa coroidea, membrana de Bruch y capas retinales, pero la esclera queda íntegra sin perforar.

El daño coriorretinal de espesor completo suele acompañarse de hemorragias coroideas y retinales extensas, resultado de la ruptura de diferentes vasos causada por las fuerzas de conmoción del proyectil. El vítreo puede presentarse claro o hemorrágico y frecuentemente puede hallarse tejido fibroso proliferativo de coloración blanquecina con alteración pigmentaria asociada<sup>2-3</sup>.

La energía de estas fuerzas de choque será proporcional al tamaño y a la velocidad del proyectil, lo que condicionará, en última instancia, el daño que se produzca. En lesiones más graves

puede encontrarse afectación tanto periférica como macular con pronóstico reservado para la recuperación visual.

El objetivo de este trabajo es describir el caso de un paciente con coriorretinitis esclopetaria, sus características clínicas y la progresión del cuadro en el curso de su seguimiento.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 28 años de edad se presenta a la consulta derivado del departamento de cirugía para evaluación oftalmológica completa previo a realizarse una cirugía maxilofacial debido a pérdida de campo visual en ojo izquierdo (OI). Presenta antecedente de impacto con arma de fuego con orificio de entrada en región malar izquierda y orificio de salida en región preauricular derecha de 15 días de evolución.

Al examen físico presentaba una agudeza visual (AV) de 10/10 en ojo derecho (OD) y movimiento de manos en OI mejor corregida. Presentaba pupilas isocóricas y reactivas, los movimientos oculares estaban conservados, sin referir dolor ni diplopía. Al momento del examen se encontraba con signos compatibles con parálisis facial derecha con signo de Bell positivo. La biomicroscopía y la presión intraocular no arrojaron hallazgos significativos.

El fondo de ojos se presentó sin particularidades en OD; sin embargo, en OI se evidenciaron hemorragias retinales y subretinales en sector inferior y temporal que comprometían la mácula; pliegues maculares y restos de hemovítreo en retina inferior. Se evaluó cuidadosamente la retina restante, incluida retina periférica, por oftalmoscopia binocular indirecta sin encontrar ninguna otra lesión o desgarro. En cuanto a la papila, se encontraba con bordes netos y coloración rosada, impresionando de características normales (fig. 1).

Ante estos hallazgos se solicitó una serie de estudios complementarios. Se realizó una tomografía en la que se encontraron múltiples trazos de fractura en las paredes del seno maxilar y piso de la órbita izquierda, etmoides y pared pósteroin-

terna sin evidencia de cuerpo extraño intraorbitario. En la tomografía de coherencia óptica macular se observó el perfil retinal anterior alterado, irregular y asimétrico; contorno foveolar ausente; ausencia de paralelismo en las capas retinales con interrupción de la capa elipsoides; sectores con hemorragias a nivel subretinal e imágenes hipereflectivas en sector foveolar sin sombra acústica posterior (fig. 2).

Se realizó una ecografía en modo B donde se evidenciaron ecos puntiforme de mediana reflectividad con posmovimientos fluidos e imágenes compatibles con hemovítreo en cuadrante inferior.

Al realizar un campo visual computarizado se constató el defecto altitudinal superior en OI correspondiente a la localización de las lesiones.

En presencia de este cuadro compatible con coriorretinitis esclopetaria se decidió conducta expectante con estrictos controles periódicos a fin de detectar posibles complicaciones tales como desgarros retinales o desprendimiento de retina.

En los controles sucesivos se evidenció la paulatina reabsorción de las diferentes hemorragias y el desarrollo de una proliferación fibrogliar reactiva en camino a conformar una gran área de fibrosis cicatricial (fig. 3).

## Discusión

La coriorretinitis esclopetaria es una entidad poco frecuente con escasos reportes en la literatura. Se produce por un proyectil de alta velocidad que ha pasado adyacente a la órbita y al globo ocular sin atravesarlos. En estos casos se produce una ruptura simultánea y completa de la capa coroidea, las capas retinales y la membrana de Bruch dejando visible la esclera íntegra. En el transcurso de las semanas se puede observar la formación de bandas fibróticas y tejido de proliferación glial con movilización de pigmento en sus bordes<sup>2-3</sup>. Los hallazgos clínicos y patológicos luego de un traumatismo de estas características resultan de las diferencias en la elasticidad de los tejidos. Por un lado, la membrana de Bruch es inelástica y se rompe con facilidad por fuerzas de compresión, junto a parte de la coriocapila-

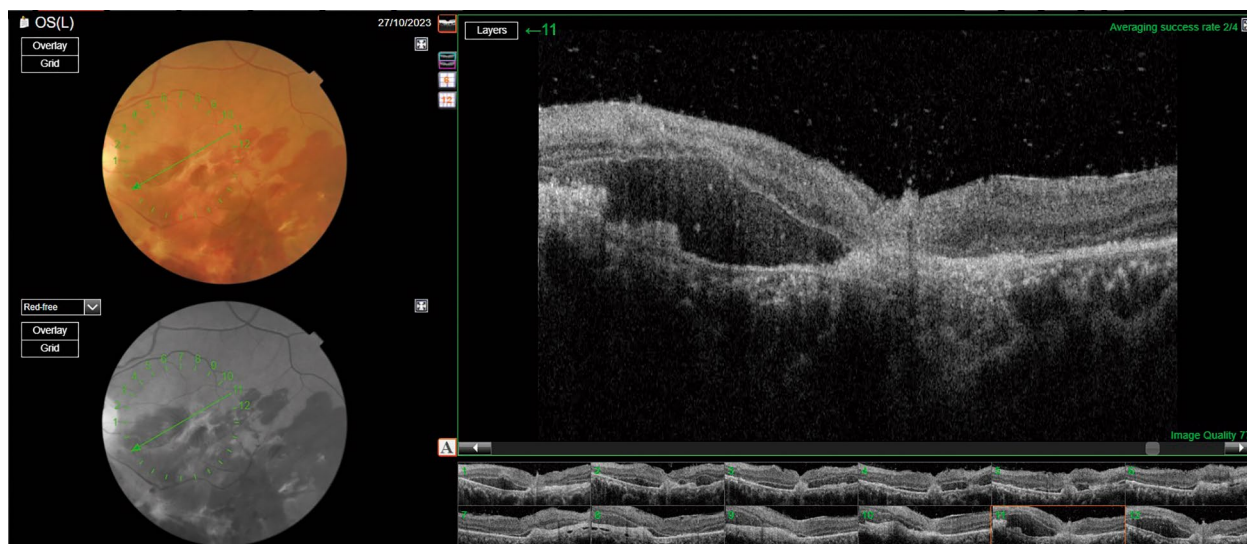


**Figura 1.** Hemorragias retinales y subretinales en sector inferior y temporal que compromete la mácula. Pliegues maculares y restos de hemovítreo en retina inferior.

ris adyacente, lo que con frecuencia conduce a hemorragias subretinales. En forma similar, el epitelio pigmentario de la retina es relativamente inelástico, por lo que hay mayor probabilidad de ruptura y cambios pigmentarios posteriores. Por el contrario, tanto la retina como la esclera son elásticas y requieren de altos niveles de energía de impacto para alterar su arquitectura<sup>4</sup>. Por lo tanto, sólo un proyectil de alta velocidad, como una bala que pase adyacente al globo ocular, podría gene-

rar las ondas de choque necesarias para producir retracción tanto de la retina como de la coroides dejando la esclera desnuda en el lugar de la rotura.

En cuanto a la patogenia se han propuesto dos mecanismos válidos que incluyen la lesión directa —correspondiente al daño adyacente a la trayectoria del proyectil— y la lesión indirecta causada por las ondas de choque transmitidas al globo ocular, generando en última instancia disrupción mecánica y retracción tisular<sup>5</sup>.



**Figura 2.** OCT de ojo izquierdo: perfil retinal anterior alterado, irregular y asimétrico; contorno foveolar ausente; ausencia de paralelismo en las capas retinales con interrupción de la capa elipsoides.



**Figura 3.** Retinografía color de ojo izquierdo (un mes de evolución): reabsorción de las diferentes hemorragias y el desarrollo de una proliferación fibroglial reactiva a nivel macular y en retina inferior.

No existe consenso sobre el tratamiento de este cuadro debido al bajo número de casos notificados, así como a la variabilidad de las lesiones<sup>2, 5-6</sup>. Se sugiere considerar cada caso individualmente según el grado de afectación. Se han propuesto dos posibles vías de manejo: quirúrgica versus observación. En casos donde existan indicios de probable rotura del globo ocular y/o desprendimiento de retina estaría indicada la cirugía sin demasiadas expectativas en cuanto al beneficio sobre la recuperación visual final. La intervención quirúrgica inmediata incluiría extirpación de cuerpo extraño, exploración de globo ocular, vitrectomía por pars plana o enucleación. Ante la ausencia de indicaciones para la resolución quirúrgica estaría indicada una conducta expectante, llevando a cabo controles periódicos estrictos y observando la cicatrización con proliferación glial en el sitio de la lesión<sup>6</sup>. El seguimiento cercano de estos pacientes es de suma importancia ya que tienen riesgo de progresión o presentación tardía de hemorragia vítrea y desprendimiento de retina; aunque esta última complicación sea menos probable debido a las cicatrices fibrogiales entre la coroides y las capas retinales. El pronóstico dependerá del tipo de lesión y la ubicación de la ruptura, donde los ubicados a nivel macular y temporal son los que presentan peor agudeza visual final<sup>7</sup>.

## Conclusión

Los casos de coriorretinitis esclopetaria, como mencionamos anteriormente, son cuadros muy poco frecuentes y escasamente comunicados. Hasta el momento no hay consenso sobre los tratamientos que pudieran mejorar el resultado visual final. Sin embargo, consideramos

de suma importancia el conocimiento de esta entidad teniendo presente sus características clínicas y sus posibles complicaciones, a fin de realizar un correcto seguimiento y reconocerlas en forma temprana para actuar en consecuencia. Lamentablemente estos cuadros suelen presentar un pronóstico reservado, dependiendo del tipo y localización de la lesión.

## Referencias

1. Pérez-Carro G; Juncedo-Moreno C. Doble causa de ceguera: coriorretinitis esclopetaria y hemianopsia homónima. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006; 81: 119-122.
2. Martin DF, Awh CC, McCuen BW 2nd *et al*. Treatment and pathogenesis of traumatic chorioretinal rupture (sclopetaria). *Am J Ophthalmol* 1994; 117: 190-200.
3. Papakostas TD, Yonekawa Y, Skondra D, Vavvas DG. Traumatic chorioretinal rupture (sclopetaria). *Int Ophthalmol Clin* 2013; 53: 119-125.
4. Gilmour DF, Ramaesh K, Fleck BW. Trans-orbital intra-cranial air gun injury. *Eur J Ophthalmol* 2023; 13: 320-323.
5. Ahmadabadi MN, Karkhaneh R, Roohipoor R *et al*. Clinical presentation and outcome of chorioretinitis sclopetaria: a case series study. *Injury* 2010; 41: 82-85.
6. Ludwig CA, Shields RA, Do DV *et al*. Traumatic chorioretinitis sclopetaria: risk factors, management, and prognosis. *Am J Ophthalmol Case Rep* 2019; 14: 39-46.
7. Igal V, Igal YSP, Pikkil Y. Chorioretinitis sclopetaria: case report. *Case Rep Ophthalmol* 2017; 8: 137-140. Disponible en: <https://karger.com/cop/article/8/1/137/78641/Chorioretinitis-Sclopetaria-A-Case-Report>