

Desprendimiento de retina regmatógeno asociado a retracción iridiana

Claudia Azpitarte Sánchez-Muros, G. Arcos Villegas, N. Estébanez Corrales

Servicio de oftalmología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Recibido: 29 de abril de 2020.

Aceptado: 15 de mayo de 2020.

Correspondencia

Dra. Claudia Azpitarte Sánchez-Muros
Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. Avenida de los Reyes Católicos, 2. 28040. Madrid, España.
clau.azpitarte@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658)
2020; 13(2): 97-100.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni financiación.

Resumen

Objetivo: Presentar un caso clínico de una paciente que acudió a urgencias de oftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid con un desprendimiento de retina asociado a retracción iridiana.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 60 años de edad con antecedentes oftalmológicos de desprendimiento vítreo en el ojo derecho que acude a urgencias por enrojecimiento y dolor en el mismo ojo. El examen oftalmológico reveló un desprendimiento de retina regmatógeno asociado a retracción iridiana.

Conclusión: A pesar de tratarse de una entidad rara, la retracción iridiana con presión intraocular normal puede enmascarar una patología grave como es el desprendimiento de retina. Por ello resulta de gran importancia identificar tal desprendimiento y realizar una exploración prioritaria con fondo de ojo en estos pacientes.

Palabras clave: Desprendimiento de retina, regmatógeno, retracción iridiana, iris bombé, seclusión pupilar.

Rhegmatogenous retinal detachment associated with iris retraction

Abstract

Objective: To report the clinical case of a patient presenting at the Ophthalmology emergency department of "Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz" of Madrid with retinal detachment associated with iris retraction.

Clinical case: Sixty-year-old female with a history of vitreous detachment of the right eye presenting at the

emergency department due to redness and pain in the same eye. Ophthalmologic examination revealed the presence of rhegmatogenous retinal detachment associated with iris retraction

Conclusion: Though it is a rare entity, iris retraction with normal intraocular pressure may mask a serious disorder such as retinal detachment. This is why it is very important to identify this detachment, and examination including funduscopy should be given priority in these patients.

Keywords: retinal detachment, rhegmatogenous, iris retraction, iris bombé, secluded pupil.

Descolamento de retina regmatógeno associado com retração da íris

Resumo

Objetivo: Apresentar um caso clínico de uma paciente que foi para o serviço de urgências de oftalmologia do Hospital Universitário Fundação Jiménez Díaz de Madrid com um descolamento de retina associado com retração da íris.

Caso clínico: Trata-se de uma mulher de 60 anos de idade com antecedentes oftalmológicos de descolamento vítreo no olho direito que foi ao serviço de urgências por vermelhidão e dor no mesmo olho. O exame oftalmológico mostrou um descolamento de retina regmatógeno associado com retração da íris.

Conclusão: Apesar de tratar-se de uma entidade rara, a retração da íris com pressão intraocular normal pode mascarar uma patologia grave como é o descolamento de retina. Por isso resulta de grande importância identificar tal descolamento e realizar uma exploração prioritária com fundo de olho nestes pacientes.

Palavras chave: Descolamento de retina, regmatógeno, retração da íris, íris bombé, seclusão pupilar.

Introducción

El síndrome de retracción iridiana es un fenómeno singular que aparece asociado a desprendimiento de retina (DR) regmatógeno y no regmatógeno. Se presenta con una seclusión pupilar con cámara anterior amplia, hipotonía y retracción iridiana¹. Este síndrome fue descrito por vez primera en 1916 por Leber sin que en ese momento pudiera

dilucidarse una clara teoría que lo explicara². Más tarde, en 1984, Campbell informó sobre una serie de casos proponiendo una posible hipótesis asociada a DR regmatógeno². Pero no fue hasta 1998 que Geyer *et al* comunicaron dos casos de retracción iridiana asociada a DR no regmatógeno³.

A continuación se presenta un caso en el cual, a pesar de las ya mencionadas características especiales de estos desprendimientos de retina, no surgieron complicaciones asociadas durante la cirugía, consiguiéndose la aplicación de la totalidad de la retina.

Informe del caso

Se trata de una mujer de 60 años que acude a urgencias por enrojecimiento y dolor en el ojo derecho (OD) de 24 horas de evolución sin pérdida de visión asociada. Entre los antecedentes personales cabe resaltar un desprendimiento de vítreo no complicado cuatro meses antes en ese mismo ojo. La agudeza visual máxima sin corrección fue de percepción de luz en OD (en los cuatro meses anteriores fue de 0.5 medida en escala decimal) y de 1.0 en OI. En la exploración pupilar destacaba una pupila no reactiva en OD. La biomicroscopía del OD reveló una hiperemia conjuntival moderada y una córnea clara con pliegues en Descemet centrales de aspecto crónico. La cámara anterior era amplia y asimétrica respecto del OI. El iris presentaba una retracción de sus dos tercios posteriores con sinequias posteriores 360° (fig. 1). La presión intraocular (PIO) fue de 14/13 mmHg. El OI no mostró hallazgos reseñables.

Se realizó una gonioscopia que reveló un ángulo abierto grado IV en AO e iris plateau en el OI. En el fondo de ojo del OD se apreciaba un desprendimiento de retina completo con proliferación vitreoretinal inferior y desgarro en herradura a las once horas.

Se realizó una exploración con tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (Visante Carl Zeiss) (fig. 2) y ecografía (DGH scanmate B) que confirmó un DR total de aspecto crónico con retracción iridiana (fig. 3).

Tras explicar el pronóstico visual a la paciente se decidió intervenir cuatro días después, reali-

zando facoemulsificación, vitrectomía central y periférica, pelado de proliferación vitreoretinal inferior, retinopexia láser 360° e intercambio final con silicona de 5.000 en el OD. Previo a la cirugía, la biomicroscopía mostró una menor retracción iridiana tras la ruptura de algunas sinequias mediante tratamiento midriático (fig. 1).

Se logró reapplicar la retina tras la cirugía e implante de silicona. Se procedió a la retirada de silicona sin complicaciones a los 3 meses de seguimiento, que continuó y a los 18 meses la paciente mantiene la retina aplicada y la agudeza visual es de 0.1 en el OD.

Discusión

El síndrome de retracción iridiana asociado a desprendimiento de retina regmatógeno es una entidad de escasa prevalencia de la que existen muy pocos casos publicados. Su mecanismo fisiopatológico continúa sin estar claro, si bien diversas

teorías han tratado a lo largo de los años de explicarlo. De las primeras reportadas fue la hipotonía aguda de Leber en el año 1916, que hablaba de la asociación entre DR, amplia cámara anterior, inflamación e hipotonía súbita². Más adelante, en 1936, Gonin y Lindner propusieron la teoría del síndrome de retracción vítrea en la que se postulaba que la retracción iridiana sucedía tras una gran contracción vítrea tras el DR.

No fue hasta 1984 que Campbell propuso una teoría hidrodinámica que tuvo gran repercusión. Su objetivo principal era refutar el síndrome de retracción vítrea como causa de retracción iridiana². La teoría hidrodinámica de Campbell postula que la inflamación del cuerpo ciliar, con la consiguiente liberación de proteínas y células inflamatorias, es la responsable de una seclusión pupilar que termina por aislar la cámara anterior. Este aislamiento provoca que la pérdida de fluido subretinal a través del agujero regmatógeno exceda a la producción de humor acuoso (que a menudo se encuentra disminuido por la inflamación), lo



Figura 1. A) Biomicroscopía que revela la retracción iridiana, obsérvese el cambio de coloración del iris por la tirantez posterior. B) Luego de la ruptura de sinequias posteriores después de 4 días de tratamiento midriático.

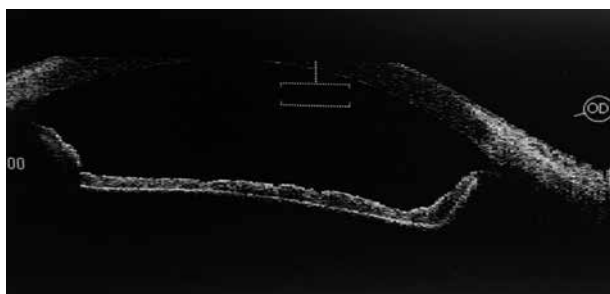


Figura 2. OCT de segmento anterior que muestra el ángulo abierto con el iris retraído.



Figura 3. Ecografía modo B que muestra desprendimiento retinal completo.

que crea así un gradiente de presión hidrostática que retrae el iris e induce una hipotonía secundaria². Por tanto, en este caso se refuta por completo la tracción mecánica vítrea como mecanismo principal. Además, Campbell observó cómo, tras romper la seclusión pupilar con dilatación farmacológica o tras cirugía de catarata, el iris volvía a su posición anatómica. Por tanto, al crear una comunicación entre cámara anterior y posterior, el iris pasaba a una configuración normal. De nuevo una prueba más en contra de una tracción vítrea constante que no permitiría esta reposición iridiana.

Por otro lado, la hipotonía ocular existente en los casos estudiados por Campbell fue atribuida a la disminución en la producción de humor acuoso o incluso a la extracción de LSR a través de una bomba ubicada en el epitelio pigmentario expuesto de la retina.

El síndrome de retracción iridiana está descrito asociado a DR de larga evolución, si bien la paciente ignoraba en nuestro caso la baja visión en el OD, por lo que desconocemos el tiempo de evolución de su patología. Dada la relativa facilidad que existió para retirar las adherencias quirúrgicas, se presupone que podría haber sido un DR de pocas semanas de evolución, lo que lleva a pensar que no se precisa un largo período de tiempo para que este síndrome aparezca, tal y como se había postulado en teorías previas³.

El síndrome de retracción iridiana puede asociar una primera fase de iris bombé, cuyo hallazgo en esta paciente no se pudo observar dado el tiempo de evolución con el que vino a la consulta de oftalmología. Durante dicha fase, el iris se desplaza hacia cámara anterior por el aumento de presión en cámara posterior, aumento debido a la seclusión pupilar. Asimismo, puede asociar aumento de PIO, dato a tener muy en cuenta por el posible daño agudo en el nervio óptico.

En resumen, la teoría de Campbell propone que el síndrome comienza con un DR regmatógeno². Esto expondría el LSR a una bomba localizada en el epitelio pigmentario retiniano, contribuyendo así a una mayor disminución de la PIO. En algunos casos sucede una hipotonía completa con gran inflamación que puede conducir a la seclusión pupilar y, por tanto, a la retrac-

ción iridiana. Además, el aumento de factores inflamatorios y proteínas puede dar lugar a la peor consecuencia del síndrome, la proliferación vitreoretinal.

Sin embargo, en 1998, Geyer *et al* publicaron dos casos de síndrome de retracción iridiana asociados a un desprendimiento retinal no regmatógeno, cuestionando así la teoría de Campbell³. Estos autores postulan que la retracción iridiana sucede por un aumento de presión en la cámara anterior frente a la cámara posterior, que empujaría así el iris hacia atrás dadas las sinequias entre iris y cristalino, que no permitirían la libre circulación de líquido³. Por tanto, se debe tener en cuenta la posibilidad de que el síndrome de retracción iridiana no sea exclusivo de los desprendimientos de retina regmatógenos.

Se considera que este síndrome debería ser investigado con mayor exhaustividad para lograr un conocimiento más exacto del mecanismo fisiopatológico que tiene lugar en este extraño cuadro.

Conclusión

Como conclusión, ante un caso de retracción iridiana con presión intraocular normal, es obligada la realización de un fondo de ojos y técnicas de imagen multimodal para descartar un desprendimiento de retina asociado.

Referencias

1. Greenfield DS, Bellows AR, Asdourian GK, Kachadoorian HA Iris retraction syndrome after intraocular surgery. *Ophthalmology* 1995; 102: 98-100.
2. Campbell DG. Iris retraction associated with rhegmatogenous retinal detachment syndrome and hypotony: a new explanation. *Arch Ophthalmol* 1984; 102: 1457-1453.
3. Geyer O, Neudorfer M, Rothkoff L *et al*. Iris retraction syndrome associated with nonrhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol Scand* 1998; 76: 617-619.