

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR EN UN CASO DE QUISTE DE IRIS POSTRAUMÁTICO

CONSERVATIVE SURGICAL MANAGEMENT OF A POST-TRAUMATIC IRIS CYST

MORENO-LÓPEZ M¹, ARRUABARRENA C¹, REGUERAS A¹, NOVAL S¹

RESUMEN

Caso clínico: Varón de 32 años aquejado de pérdida visual en ojo derecho (OD) secundario a un quiste que ocupa la mitad de la cámara anterior, diagnosticado clínicamente de quiste secundario epitelial de iris. Tres años antes había sufrido un traumatismo penetrante. Se realiza aspiración con aguja, viscodisección y fotocoagulación ab externo, logrando una rápida recuperación visual sin secuelas funcionales ni anatómicas. A los seis meses la agudeza visual permanece estable sin recidiva de la lesión.

Discusión: El manejo quirúrgico conservador mediante aspiración y fotocoagulación en este caso fue eficaz y seguro en el tratamiento del quiste epitelial adquirido de iris.

Palabras claves: Quiste de iris, traumatismo penetrante, aspiración y fotocoagulación, tratamiento quirúrgico conservador.

ABSTRACT

Case report: A 32-year-old man with recent visual loss in his right eye, was found to have an iris cyst involving about 50% of the anterior chamber. He had been treated three years previously for a penetrating injury to that eye. The cyst was treated by aspiration, viscodissection and ab-externo photocoagulation, with this achieving a rapid recovery of vision and good anatomic results. At the six month follow-up visit the visual acuity remains stable with no signs of recurrence of the cyst.

Discussion: Conservative surgical treatment consisting of aspiration, viscodissection and photocoagulation appears to be an effective strategy to manage secondary anterior chamber cysts, achieving good anatomic and functional results (*Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 455-458*).

Key words: Iris cyst, penetrating trauma, aspiration and photocoagulation, surgical conservative treatment.

INTRODUCCIÓN

Los quistes epiteliales de estroma de iris pueden ser congénitos o adquiridos (1). Estos últimos se desarrollan a partir de células epiteliales de la superficie ocular que se introducen en la cámara

anterior a través de una herida quirúrgica o tras un traumatismo penetrante. Estas células una vez implantadas en la cámara anterior pueden proliferar en sábana o dar lugar a un quiste. Los quistes de cámara anterior pequeños y asintomáticos pueden manejarse con observación periódica y actitud

Recibido: 31/5/06. Aceptado: 18/6/07.

Servicio de Oftalmología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

¹ Licenciado en Medicina.

Correspondencia:

María Moreno López

C/. Dalí, 14

19171 Cabanillas del Campo (Guadalajara)

España

E-mail: mqmorenol@yahoo.es

expectante, por el contrario los que crecen pueden hacerse sintomáticos precisando tratamiento.

El tratamiento clásico con excisión en bloque (2,3) de estas lesiones conlleva un elevado riesgo de lesionar estructuras adyacentes con importantes secuelas y resultados visuales reservados, sobre todo en caso de quistes grandes.

Se han descrito diversas técnicas de cirugía conservadora (4,5). Presentamos un caso de quiste post-traumatismo penetrante que ocupa aproximadamente el 50% de la cámara anterior, tratado con aspiración y fotocoagulación ab externo en el mismo acto quirúrgico, con buenos resultados tanto anatómicos como funcionales.

CASO CLÍNICO

Un varón de 32 años acude al Servicio de Urgencias por disminución reciente de visión en OD coincidiendo con la aparición de una lesión parduzca en dicho ojo. Entre los antecedentes oftalmológicos destaca un traumatismo penetrante en OD tres años antes que fue suturado en nuestro centro. A la exploración presenta una agudeza visual de 0,1 que mejora a 0,5 con estenopéico. La biomicroscopía del segmento anterior muestra un quiste de iris que ocupa la mitad de la cámara anterior, cuya pared anterior contacta con el endotelio corneal, una cicatriz corneal lineal de 6 mm que respeta el eje visual y un cristalino transparente (fig. 1). La presión intraocular (PIO) es de 14 mmHg en ambos ojos. El fondo de ojo has-

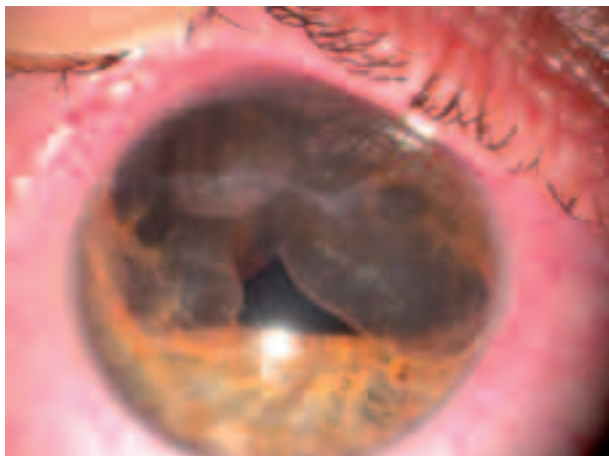


Fig. 1: Quiste de iris que ocupa la mitad de la cámara anterior obstruyendo parcialmente el eje visual y leucoma corneal secundario a traumatismo penetrante 3 años antes.

ta donde permite explorar la lesión es normal, así como la ecografía ocular en modo B del segmento posterior. La imagen obtenida mediante Stratus OCT muestra una pared anterior fina en contacto discontinuo con el endotelio corneal y contenido claro del quiste (fig. 2). La lesión fue diagnosticada clínicamente de un quiste epitelial de iris. El paciente fue intervenido mediante punción aspiración del quiste con aguja de 30g, viscodisección del quiste para separarlo del endotelio corneal y reforma de la cámara anterior seguido de fotocoagulación ab externo en el mismo acto quirúrgico de sus paredes colapsadas empleando impactos no confluentes, de potencia elevada y tiempo largo, hasta observar la retracción del tejido. No se realizaron quemaduras intensas ni se aplicó tratamiento confluyente para evitar la atrofia extensa del iris subyacente. El postoperatorio cursó con una inflamación intraocular moderada que respondió a los corticoides tópicos horarios y formación de una sinequia posterior amplia a las XII h sin desarrollar catarata y con una importante mejoría visual (fig. 3). A los seis meses de la intervención la agudeza visual es de 0,8 y la exploración biomicroscópica muestra una pupila ovalada en sentido vertical con sinequia posterior de X a II h como única secuela. No hay signos de recidiva de la lesión (fig. 4).

DISCUSIÓN

Las complicaciones derivadas del crecimiento de un quiste en cámara anterior incluyen pérdida visual, glaucoma, descompensación corneal e inflamación, entre otras (3).

El tratamiento quirúrgico clásico para erradicar completamente el epitelio invasor consiste en la

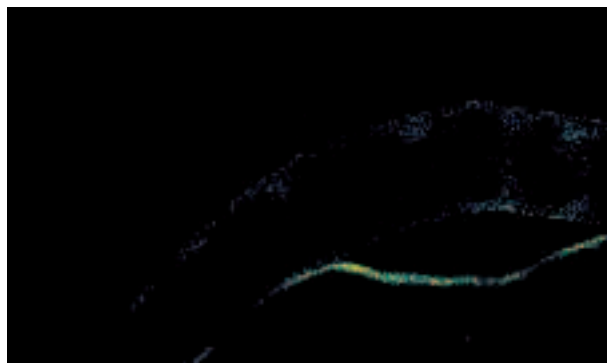


Fig. 2: Stratus OCT: pared anterior fina en contacto discontinuo con endotelio corneal. Contenido del quiste claro.

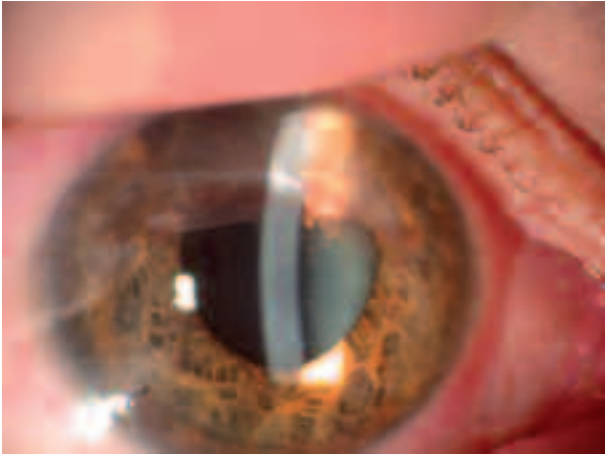


Fig. 3: Postoperatorio con inflamación de segmento anterior y formación de sinequia posterior.

excisión en bloque de la lesión en un intento de evitar la diseminación de células en el interior del globo ocular con la consiguiente recidiva (2,3). La técnica consiste en extirpar en bloque el iris afecto, pars plicata del cuerpo ciliar adyacente así como la córnea y esclera en contacto con el quiste. Otros autores propugnan un abordaje posterior mediante vitrectomía vía pars plana, con o sin lensectomía y extirpación de cuerpo ciliar e iris adyacentes a la lesión. Estas agresivas técnicas quirúrgicas conllevan riesgos significativos con pobres resultados funcionales y anatómicos.

Haller et al. (4) describen una técnica que consiste en la aspiración del contenido del quiste, viscodisección



Fig. 4: Aspecto a los seis meses de la cirugía con arquitectura del segmento anterior conservada.

ción y endofotocoagulación. Con anterioridad, Honrubia et al. (5) describen la aspiración y fotocoagulación de estos quistes pero específicamente indican la imposibilidad de tratarlos cuando son muy grandes y entran en contacto con el endotelio corneal.

Presentamos un quiste de iris tratado mediante la técnica de Haller modificada, que consiste en aspirar el quiste, realizar viscodisección del mismo y aplicar photocoagulación ab externo en el mismo acto quirúrgico. Esta modificación está basada en la mayor absorción del láser por los tejidos cuando éste se aplica sobre una superficie perpendicular, cosa que no es posible si se aplica endofotocoagulación a través de una incisión corneal salvo empleando una sonda curva de endolaser, con riesgo de lesionar el endotelio corneal. La potencia del láser y el tiempo de exposición dependerán de la pigmentación del iris. Nosotros empleamos el Eye Light de Alcon que consiste en un láser de YAG-Neodimium desdoblado que produce una longitud de onda de 532nm, y fue preciso emplear una potencia de 280 mW y un tiempo de 1.500 msec para obtener retracción tisular.

Las complicaciones que hemos encontrado son la uveítis moderada y el dolor en el postoperatorio inmediato, que respondieron bien al tratamiento farmacológico instaurado. La única secuela observada es la formación de sinequias posteriores en el área tratada, y que podrían haberse evitado interponiendo entre el iris y el cristalino, una lente fáquica de cámara posterior, durante la aplicación del láser.

La técnica que proponemos es segura y además permitiría una segunda intervención menos agresiva en caso de recidiva, sin empeorar el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shields JA, Shields CL, Lois N, Mercado G. Iris cysts in children: classification, incidence, and management. *The 1998 Torrence A Makley Jr Lecture. Br J Ophthalmol* 1999; 83: 334-338.
2. Naumann GO, Rummelt V. Block excisión of cystic and diffuse epithelial ingrowth of the anterior chamber. *Report on 32 consecutive patients. Arch Ophthalmol* 1992; 110: 223-227.
3. Foster RK. Corneoscleral block excision of postoperative anterior chamber cysts. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1995; 93: 83-97.
4. Haller JA, Stark WJ, Azab A, Thomsen RW, Gottsch JD. Surgical management of anterior chamber epithelial cysts. *Am J Ophthalmol* 2003; 135: 309-313.
5. Honrubia FM, Brito C, Grijalbo MP. Photocoagulation of iris cyst. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1982; 102:184-186.