

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/ofthalmologia



Comunicación corta

Glaucoma agudo por bloqueo pupilar secundario a luxación posterior de lente acrílica intraocular tras capsulotomía Nd:YAG

P. Arriola-Villalobos^{a,*}, I. Iglesias-Lodares^b, D. Díaz-Valle^a y J. Garcia-Gil-de-Bernabé^a

^a Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, España

^b Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de diciembre de 2010

Aceptado el 15 de abril de 2011

On-line el 19 de julio de 2011

Palabras clave:

Glaucoma agudo
bloqueo pupilar
luxación de la lente intraocular
capsulotomía Nd:YAG

Keywords:

Acute glaucoma
pupillary block
intraocular lens dislocation
Nd:YAG capsulotomy

R E S U M E N

Caso clínico: Se describe el caso clínico de una mujer de 68 años que presentó un glaucoma agudo secundario a un bloqueo pupilar por herniación vítrea a cámara anterior tras luxación de la lente intraocular a cámara vítrea un mes después de capsulotomía Nd:YAG.

Discusión: Se debe considerar este cuadro clínico en el diagnóstico diferencial del glaucoma agudo pseudofáquico, especialmente si existe el antecedente de capsulotomía Nd:YAG y el edema corneal impide una correcta visualización de la cámara anterior.

© 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pupillary block acute glaucoma due to acrylic intraocular lens posterior dislocation AFTER Nd:YAG capsulotomy

A B S T R A C T

Case report: We present the clinical case of a 68 year-old woman who developed a pupillary block acute glaucoma due to vitreous hernia into anterior chamber following posterior dislocation of the intraocular lens one month after an Nd:YAG capsulotomy.

Discussion: We should consider these symptoms in the differential diagnosis of pseudophakic acute glaucoma, especially when visualisation of the anterior chamber is difficult due to corneal oedema and Nd:YAG capsulotomy was done.

© 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Mujer de 68 años que acude a urgencias por visión borrosa en ojo derecho (OD) de 24 h de evolución. Como antecedentes

oculares destacaba una ambliopía en el OD, cirugía de catarata en el OD un año antes con implante de una lente intraocular (LIO) acrílica monobloque hidrofílica ACR6D en el saco capsular, sin complicaciones. Además, un mes antes de acudir

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.arriola@hotmail.com (P. Arriola-Villalobos).

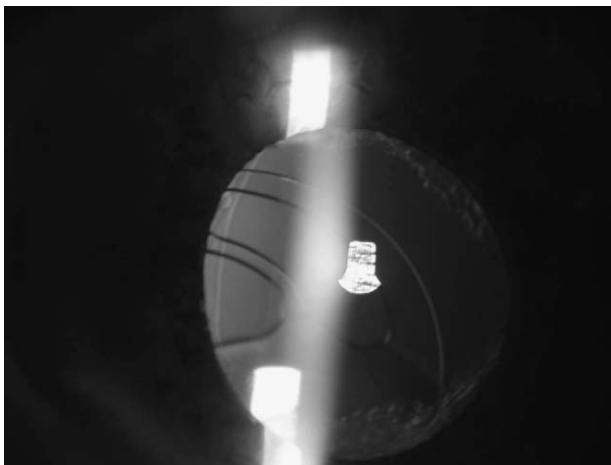


Fig. 1 – Foto de lámpara de hendidura que muestra la LIO subluxada a cámara vítrea en la primera visita.

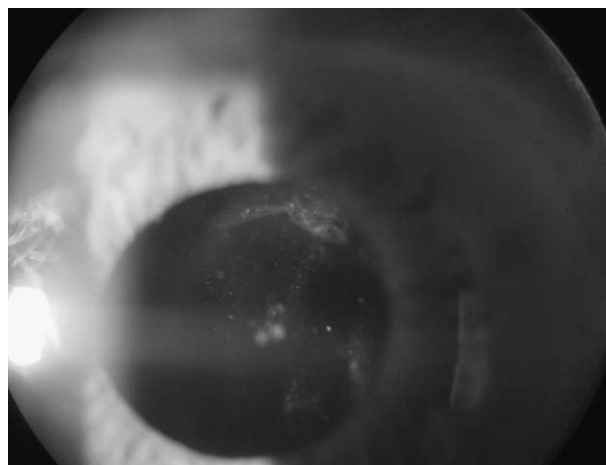


Fig. 2 – Foto de lámpara de hendidura en la que se visualiza la herniación vítrea en cámara anterior objetivada tras la resolución farmacológica del glaucoma agudo.

a urgencias se le había realizado, tras pérdida progresiva de agudeza visual por opacificación de la cápsula posterior (OCP), una capsulotomía Nd:YAG, con un total de 75 mJ de energía. En la exploración inicial su mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de contar dedos a 1 metro, con presión intraocular (PIO) normal, y subluxación posterior de la LIO en la cámara vítrea (fig. 1) a través de una capsulotomía posterior amplia, de aproximadamente 4,5 mm de diámetro. Se programó una vitrectomía posterior vía pars plana 20 G para refluotar la LIO.

Tres días después, durante la espera para ser intervenida, la paciente acudió de nuevo a urgencias con dolor en el OD, cefalea y náuseas. La MAVC era de movimiento de manos. Presentaba una intensa hiperemia ciliar, edema estromal y epitelial intenso, pliegues en la membrana de Descemet y cámara anterior estrecha, con contacto iridoendotelial en la zona temporal. La visualización de la cámara anterior era dificultosa por el edema estromal, aunque parecía existir vítreo. La pupila estaba en leve miosis, bradicórica. La PIO era de 55 mmHg. Con el diagnóstico de glaucoma agudo por bloqueo pupilar de etiología incierta se inició tratamiento tópico con timolol + brimonidina (Combigan®) y sistémico con metazolol iv (Nolotil®) 1 ampolla cada 8 h, metoclopramida iv (Primperan®) 1 ampolla cada 8 h y manitol al 20% 1,5 g/kg de peso más furosemida iv (Seguril®) 1 ampolla. Tras disminuir la PIO a 20 mmHg, el edema corneal desapareció, lo que permitió visualizar la cámara anterior, en la que se objetivó una herniación vítrea (fig. 2) que impedía el flujo de humor acuoso y producía un bloqueo pupilar con hipotalamia (fig. 3). Se realizó entonces una iridotomía con láser Nd:YAG (60 mJ), tras la que se pautó tratamiento con ketorolaco tópico al 0,5% (Acular®).

Tres días más tarde se realizó una vitrectomía vía pars plana 20 G con reflote de LIO a cámara anterior mediante perfluorocarbono. La LIO fue explantada con pinzas a través de una incisión corneal de 6 mm. En el mismo acto quirúrgico se implantó una lente, con óptica de material acrílico y hápticos de polimetilmetacrilato, suturada al iris debido a la ausencia de soporte capsular suficiente. El postoperatorio fue normal, con buenos controles tensionales (fig. 4).

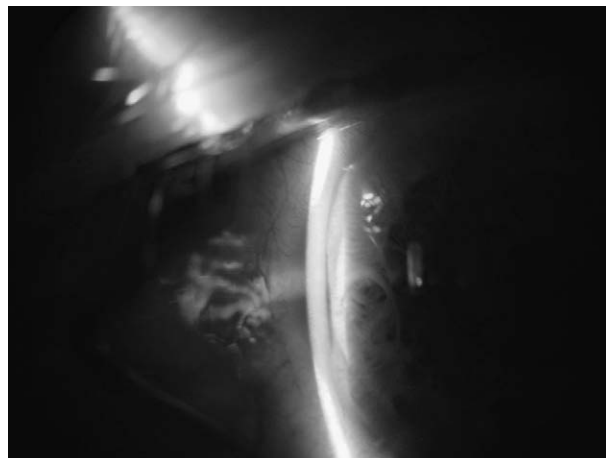


Fig. 3 – Foto de lámpara de hendidura que permite visualizar la cámara anterior estrecha por bloqueo pupilar.

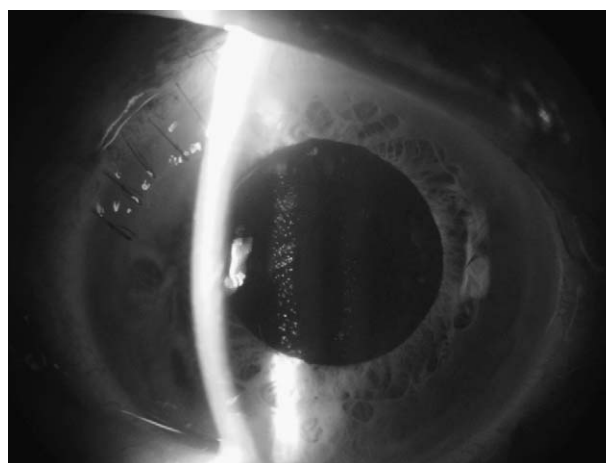


Fig. 4 – Aspecto postoperatorio.

La paciente presentaba al mes de la intervención una agudeza visual espontánea de 0,3, encontrándose asintomática.

Discusión

La paciente presenta un glaucoma agudo secundario a un bloqueo pupilar por vítreo, tras luxación de LIO a cámara vítrea.

Se ha descrito un caso similar al que nos ocupa con LIO de silicona¹. No hemos encontrado en la literatura ningún caso de bloqueo pupilar por vítreo tras luxación posterior de una LIO acrílica monobloque, aun cuando sí hay casos descritos de luxación posterior de estas lentes tras capsulotomía con láser Nd:YAG², así como con otro tipo de lentes, como polimetilmetacrilato o silicona³.

La OCP es la complicación más frecuente tras cirugía de catarata, situándose en torno al 10%. Su tratamiento de elección es la capsulotomía con láser Nd:YAG. No hay consenso sobre el tamaño idóneo de la capsulotomía, aunque se sabe que a menor tamaño, menor riesgo de desprendimiento de retina y luxación de LIO, existiendo datos dudosos sobre su relación con el edema macular. Debemos ser cuidadosos a la hora de realizar esta técnica, empleando la energía mínima y un tamaño entre 2 y 3 mm.

El diseño de la LIO acrílica monobloque hidrofílica se realizó para maximizar el contacto con la cápsula posterior y así reducir el riesgo de OCP. Si realizamos una capsulotomía demasiado amplia, las fuerzas que ejerce la lente se redistribuyen aún más hacia la cápsula posterior, facilitando la luxación a vítreo⁴.

El cierre angular se define como la aposición del iris periférico a la malla trabecular, que resulta en una reducción del drenaje del humor acuoso. La causa más frecuente de cierre angular secundario es el bloqueo pupilar. En él, el flujo de humor acuoso desde la cámara posterior a través de la pupila está impedido, por lo que se crea un gradiente de presión entre la cámara anterior y posterior que empuja el iris periférico hacia la malla trabecular, ocluyendo el ángulo camerular. El bloqueo pupilar puede ser absoluto o relativo. Se han descrito

diversas causas de bloqueo pupilar, como son engrosamiento o luxación anterior del cristalino, sinequias posteriores, mióticos, etc. En pacientes pseudofácicos una posible forma de presentación del glaucoma agudo de ángulo cerrado es el bloqueo pupilar secundario a herniación vítrea a cámara anterior. El tratamiento definitivo en todos los casos es la iridectomía láser periférica.

En nuestro caso, una amplia capsulotomía con láser Nd:YAG favoreció la luxación posterior espontánea (no asociada a traumatismo) de la LIO, que rompió la membrana hialoidea anterior permitiendo la entrada de vítreo en la cámara anterior a través del defecto en la cápsula posterior, lo que produjo un bloqueo pupilar, resultando un glaucoma agudo de ángulo cerrado que resolvimos con iridectomía periférica con láser Nd:YAG.

Esta no es una forma habitual de presentación de una lente luxada a vítreo, pero debemos considerarla en el diagnóstico diferencial del glaucoma agudo pseudofácico, especialmente cuando la visualización de la cámara anterior por el edema corneal es dificultosa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shankar J, Halliwell M. Spontaneous posterior dislocation of an intraocular lens presenting as pupillary block glaucoma. *J Cataract Refract Surg.* 2003;29:410-1.
2. Levy JH, Picasano AM, Anello RD. Displacement of bag-placed hydrogel lenses into the vitreous following neodymium:YAG laser capsulotomy. *J Cataract Refract Surg.* 1990;16:563-6.
3. Petersen AM, Bluth L, Champion M. Delayed posterior dislocation of silicone plate-haptic lenses after neodymium:YAG capsulotomy. *J Cataract Refract Surg.* 2000;26:1827-9.
4. Aslam TM, Devlin H, Dhillon B. Use of Nd:YAG laser capsulotomy. *Surv Ophthalmol.* 2003;48:594-612.