

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## INFORME DE CASO

### ATROFIA ESENCIAL DEL IRIS. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Francisco Rodríguez Denis<sup>1</sup>, Dra. Bertha Depestre Pérez<sup>1</sup> y Dra. Carol Cardet Sánchez<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Oftalmología.
2. Residente de 2<sup>do</sup> año en Oftalmología.

**Descriptores DeCS:**

GLAUCOMA/diagnóstico

**Subject headings:**

GLAUCOMA/diagnosis

El glaucoma es una enfermedad ocular cuyo cuadro clínico completo se caracteriza por estar elevada la presión intraocular, por la excavación del disco óptico y su degeneración y, además, por lesiones típicas de los haces de fibras nerviosas que producen unos defectos característicos en forma de arco en el campo visual. Cualquiera de estos signos, o todos a la vez, pueden estar presentes en el momento del examen<sup>1-4</sup>.

La atrofia esencial del iris produce un glaucoma por cierre secundario de la cámara anterior, por sinequias, como consecuencia de la contracción del tejido normal. Constituye una enfermedad dentro de los síndromes endoteliales iridocorneales, entidad muy rara y a menudo superpuesta con otras enfermedades que forman parte de este síndrome, como son el síndrome del nevo del iris (Cogan-Reese) y el síndrome de Chandler<sup>5</sup>. Afecta típicamente a un ojo en mujeres jóvenes y de mediana edad. En la atrofia esencial del iris la gonioscopia muestra un cierre progresivo del ángulo por sinequias anteriores periféricas<sup>5,6</sup>. La pupila se desplaza hacia un área de sinequias anteriores periféricas y el iris muestra una ectopia uveal, una atrofia del estroma y la formación de un agujero en todo el grosor del iris<sup>4</sup>.

Excepcionalmente los pacientes consultan al médico en la etapa sin glaucoma porque observan cambios en la pupila: presentan una pupila distorsionada o una "segunda pupila" en un ojo previamente normal. El tratamiento puede ser con drogas hipotensoras simples; sin embargo, la mayoría de estos pacientes requieren intervención quirúrgica: la trabeculectomía (Fig 1) es la primera opción<sup>3</sup>.

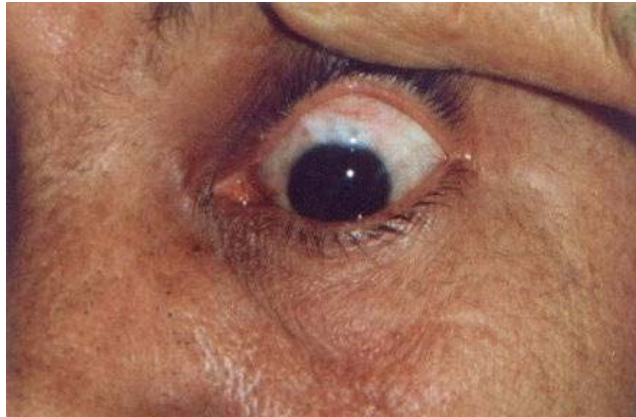


Fig 1 Trabeculectomía.

Es muy difícil obtener una información uniforme y epidemiológica válida sobre varias formas de glaucoma, lo que constituye un desafío para los oftalmólogos, pues además de ser una de las principales causas de ceguera, es un problema social de gran preocupación para la salud pública. Todo ello ha implicado que en los países en desarrollo, fundamentalmente, se ha logrado un pobre progreso en la prevención de la ceguera por glaucoma, unido a que la complejidad de la enfermedad dificulta su diagnóstico precoz y tratamiento<sup>6</sup>.

#### Presentación del paciente

Paciente PTR de 52 años de edad, sexo femenino, que acude a consulta de Oftalmología por presentar dolor ocular en el ojo izquierdo y disminución de la agudeza visual, sin antecedentes patológicos personales o familiares de enfermedades oftalmológicas.

Al realizar examen oftalmológico se comprueba:

Agudeza visual (sin cristales): OD: 0,8  
OI: 0,5

Presión intraocular: Po OD: 17 mmHg  
OI: 26 mmHg

Anejos: Normal en ambos ojos.

Segmento anterior: OD: No se comprueban alteraciones.

OI: Área de atrofia del iris en hora 9, con pigmentos iridianos en la cápsula anterior del cristalino.

Medios: Transparentes en ambos ojos.

Fondo de ojo: OD: No se observan alteraciones.

OI: Papila de bordes definidos con excavación relación Copa-Disco (CD) 0,9.

Gonioscopia: Ángulo abierto, se observa sobre el ángulo acúmulo de pigmento y atrofia del estroma iridiano hacia hora 5.

Campo visual: Aumento de la mancha ciega en el ojo izquierdo.

#### Refracción:

OD: + 2,25 esf. + 1,00 cil. x 180° - 0,8

OI: - 1,50 esf. - 0,6

Add. + 2,75

La paciente fue remitida de su área de salud con el siguiente tratamiento:

Timolol 0,5 %: 1 gota cada 12 horas en OI.

Acetazolamida (tab. 250 mg): ½ tableta cada 6 horas.

Es ingresada en el servicio de Oftalmología el 16 de septiembre, e intervenida quirúrgicamente el 18 de septiembre; se le realizó trabeculectomía (TBL) OI, y evolucionó satisfactoriamente. Se le da el alta y se realiza seguimiento por consulta.

Se realizó evolución postoperatoria en consulta externa durante los seis primeros meses, con valoración intermedia a los tres meses.

Postoperatorio (3 meses):

AV: OD: 0,8 (con sus cristales)

OI: 0,6

Presión intraocular: Po OD: 12 mmHg

OI: 19 mmHg

Campo visual: Normal.

Postoperatorio (6 meses):

AV OD: 0,8 (Con sus cristales)

OI: 0,6

Presión intraocular: Po OD: 15 mmHg

OI: 18 mmHg

Campo visual: Normal.

Comentario

El glaucoma es una enfermedad ampliamente difundida, que si no es diagnosticada a tiempo puede conducir a consecuencias desastrosas<sup>7</sup>. Es la tercera causa más frecuente de ceguera en el mundo, con un total de 5,2 millones de personas ciegas como resultado de esta enfermedad; el 80% vive en países en desarrollo<sup>5</sup>. De suma trascendencia es conocer que, incluso en los países más desarrollados, el 50 % de los enfermos con glaucoma no han sido diagnosticados<sup>3,8</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Berkow JW. Glaucoma en CD-ROM [monografía en CD-ROM]. En: El manual MERCK de diagnóstico y tratamiento. 10<sup>a</sup> ed. Madrid: Ed Harcourt SA; 1999.
2. Maul E. Los glaucomas secundarios. Glaucoma: principios generales, diagnóstico y tratamiento. CIBA VISIÓN LATINOAMÉRICA; 1999.
3. Kooner KS, Zimmeernann TJ. Management of acute elevated intraocular pressure. Ann Ophthalmol 1999; 20:46.
4. Vaughan D, Asbury T, Biswell R, Burke MJ, Chang D, Chavis PS. Oftalmología general. 11<sup>a</sup> ed. México: El manual moderno; 1999.
5. Kanski JJ. The glaucoma. Clinical ophthalmology. 4<sup>a</sup> ed. London: International editions; 2000.
6. Wolman R. Community eye health and international journal to promote eye health. J World Wide 1999; 12:29.
7. Strohl A, Pozzi S, Wattiez R, Roesen B, Mino de Kaspar H, Klauss V. Secondary glaucoma in Paraguay. Etiology and incidence. Ophthalmologie 1999; 96(6):359-63.
8. Quigley HA, Vithales S. Models of open angle glaucoma, prevalence and incidence in the United States. Invest Ophthalmol Vis Sci 1997; (38):83-91.