

Objetivo

Mostrar dos casos que presentaron glaucoma maligno luego de cirugía de cataratas remarcando la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar el daño irreversible de Nervio óptico con la consecuente disminución de AV.

Introducción

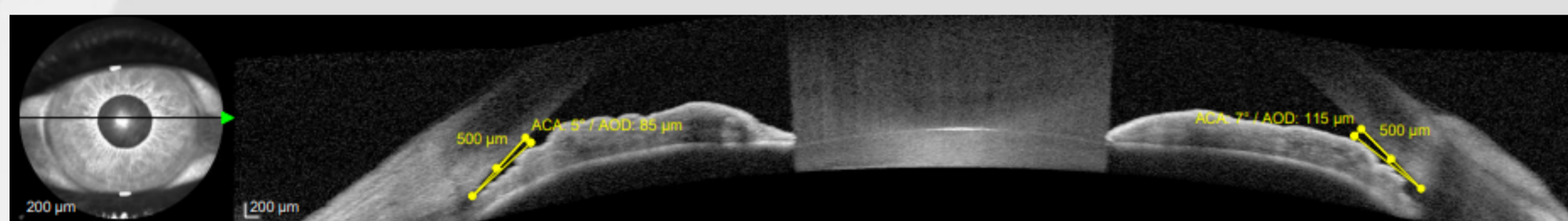
Se presentan dos casos de pacientes operados de cataratas con aumento de PIO en el postoperatorio refractaria a tratamiento. El primer caso, con antecedentes de CA estrecha, sin complicaciones intraoperatorias presenta en el postoperatorio inmediato, anteriorización de la LIO y disminución de la AV. El segundo caso, es derivado por elevación de PIO refractaria al tratamiento luego de cirugía de catarata complicada.

En ambos casos se realiza tratamiento quirúrgico con reversión de PIO logrando, en el primer caso recuperación completa de AV, no así en el segundo.

Presentación de los casos

Paciente de sexo femenino de 69 años de edad que consulta por disminución de AV en AO.

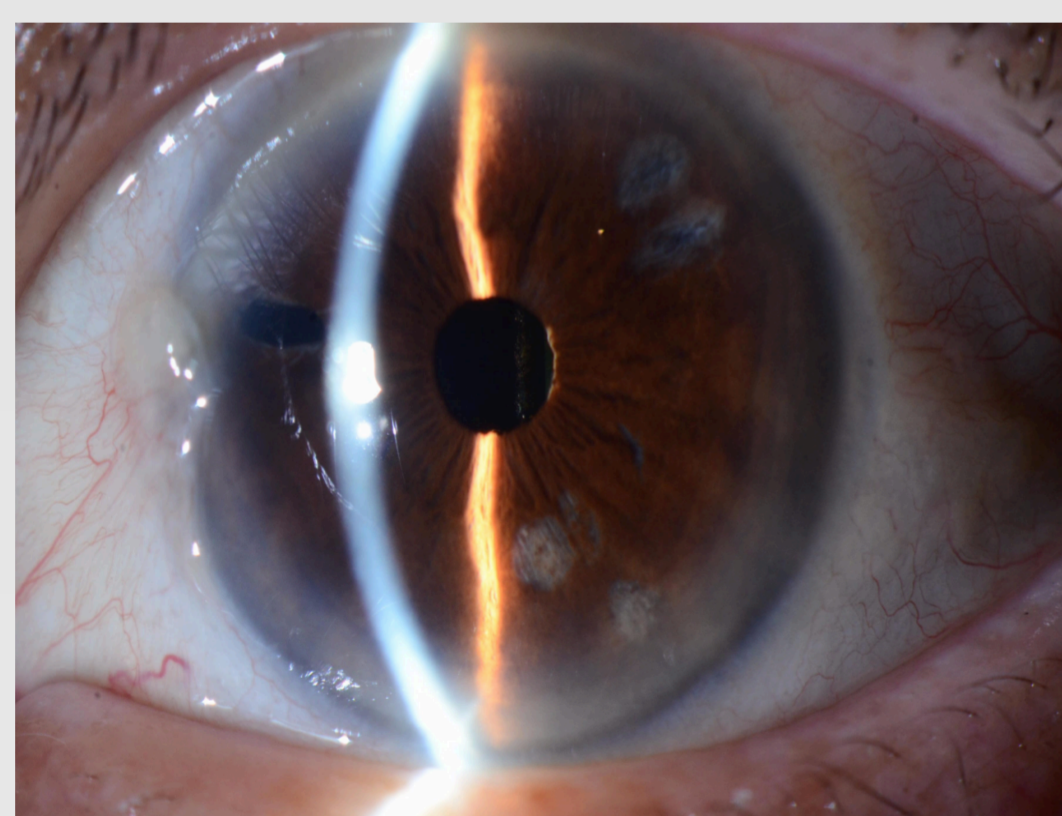
Presenta agudeza visual mejor corregida (AVMC) OD de 6/10 y en OI de 5/10. En la biomicroscopia (BMC) se observa CA estrecha AO y catarata Cortical posterior densa y nuclear.



Se realiza facoemulsificación con implante de LIO en OI. En el postoperatorio inmediato se evidencia PIO de 30 mmHg refractaria al tratamiento médico y miopización secundaria a anteriorización de la LIO (ARM -3,00). Ante el diagnóstico presuntivo de glaucoma maligno secundario a "misdirection syndrome", se realiza en primera instancia capsulotomía posterior con Yag Laser y hialoidoctomía. Ante la persistencia del cuadro se realiza iridotomía periférica (IP) con Yag Laser y hialoidoctomía via transiridotomía periférica OI. Al examen BMC se observa profundización de la CA, IP permeable y normalización de PIO.

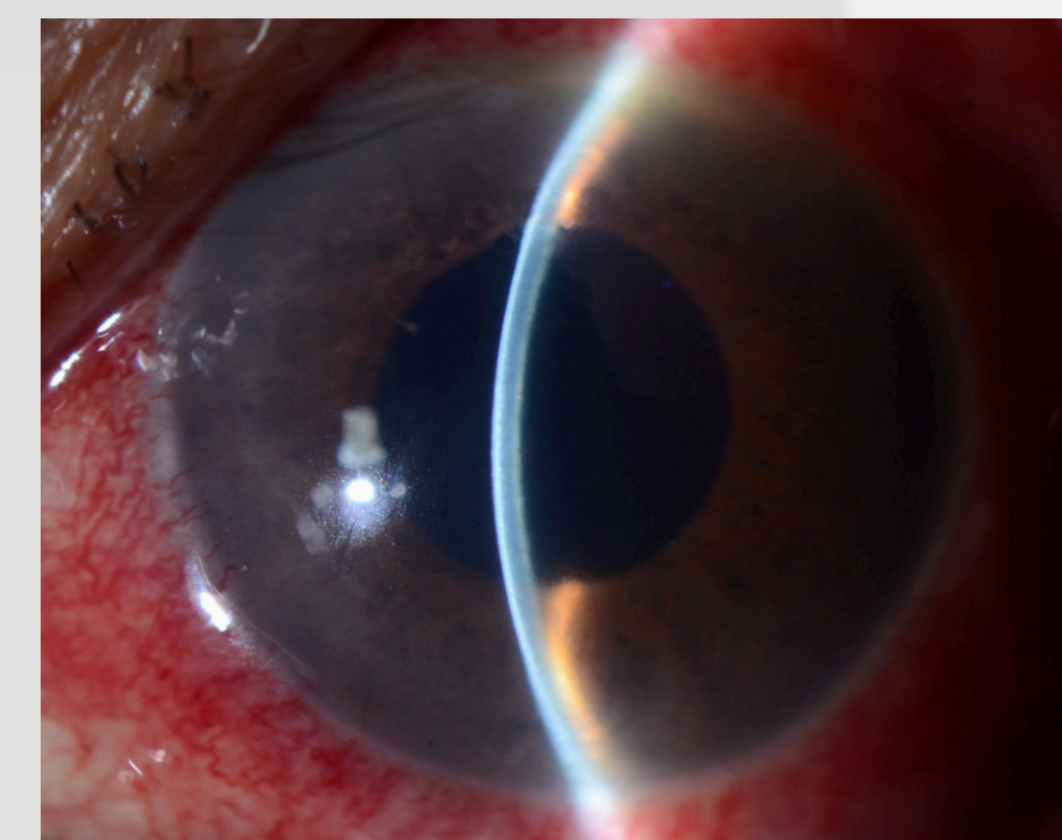
En los controles posteriores se observa vitreo protruyendo por la IP y obstruyéndola, generando aumento de PIO y sobre elevación del iris adyacente a IP. Por este motivo se decide realizar VY amplia y anterior con buena evolución postoperatoria y normalización de la PIO.

La AVsc postoperatoria OI es de 10/10 y 14 mmHg. En la BMC se constata LIO en posición.



Paciente de sexo femenino de 80 años de edad derivada de otro centro que consulta, por elevación de la PIO en OI refractaria al tratamiento médico desencadenada luego de haber sido operada de cataratas 3 meses previos a la consulta.

La AVMC en OD es de 3/10 y en OI V. Bultos. En la BMC OI se observa edema epitelial, CA estrecha, midriasis arreactiva y afaquia. En el FO OI se evidencia papila pálida. La PIO es de OD 17 mmHg y en OI 52 mmHg.



Ante el diagnóstico presuntivo de glaucoma maligno, se realiza vitrectomía + iridectomía quirúrgica + tratamiento médico con antiglaucomatosos para lograr regular PIO.



Debido a la falta de respuesta al tratamiento, tanto quirúrgico como médico, se decide colocación de válvula de Ahmed FP7, con buena evolución postoperatoria y regularización sostenida de la PIO.

La AVMC postoperatoria OI V. Bulto y la PIO 14 mmHg.

Conclusiones

El Misdirection Syndrome es una entidad poco frecuente, caracterizada por aumento de la presión intraocular y estrechamiento de la cámara anterior, excluyendo otras posibles causas como síndrome de efusión uveal y hemorragia coroidea. Es una amenaza durante la cirugía de catarata ya que es de difícil tratamiento con un pronóstico visual y control de la PIO incierto en el postoperatorio. Los casos expuestos muestran las distintas evoluciones posibles. En el primer caso un diagnóstico y tratamiento oportuno permitieron un mejor control de la PIO y una AVsc 10/10 final, mientras que en el segundo caso el paciente se presentó afáquico con PIO elevada de 3 meses de evolución y se requirió colocación de válvula para control de PIO, con una AV final bulto.

Este síndrome suele presentarse en ojos hipermétropes, con CA estrecha, iris plateau, rotación del cuerpo ciliar, PSX, cataratas densas, laxitud de fibras zonulares, esferofaquia y puede manifestarse desde horas, meses o incluso años después de la cirugía. Se desarrolla más frecuentemente al final de la irrigación-aspiración (IA) dificultando completar la IA y la colocación de la LIO. La acumulación de líquido en la cámara posterior eleva la presión intraocular posterior llevando a un desplazamiento anterior del complejo iris-lente, generando un estrechamiento de la CA y secundariamente un cierre angular. Ante el diagnóstico de misdirection syndrome se requiere descompresión de la pars plana mediante vitrectomía combinada con hialoideo-capsulo-iridectomía.

BIBLIOGRAFIA

- Debrouwere Veroniek, Stalmans Peter, Van Calster Joachim, et al." Outcomes of different management options for malignant glaucoma: a retrospective study". *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2012 Jan;250(1):131-41. doi: 10.1007/s00417-011-1763-0. Epub 2011 Aug 20.
- Andrzej Grzybowski 1,2 and Piotr Kanclerz3. "Acute and chronic fluid misdirection syndrome: pathophysiology and treatment" *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2018; 256(1): 135–154. Published online 2017 Nov 6. doi: 10.1007/s00417-017-3837-0
- Grzybowski A1, Prasad S2. " Acute aqueous misdirection syndrome: Pathophysiology and management". *J Cataract Refract Surg*. 2014 Dec;40(12):2167. doi: 10.1016/j.jcrs.2014.10.016. Epub 2014 Nov 24.
- Cordoba Cervantes, Jorge: Guadarrama Vallejo, Dalia:Serna Ojeda, Juan Carlos: et al. "Glaucoma maligno en paciente con cirugía previa de catarata traumática e implante valvular: reporte de caso". *Rev Mex Oftalmol* 2015;89 (3):179-182