

GLAUCOMA

3. Tipos clínicos de glaucoma

3.10

Síndrome de iris plateau

Javier Aritz Urcola, Marta Urbano Gómez

Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

En el Síndrome de Iris Plateau o Iris en Meseta, existe un cierre angular debido a variaciones anatómicas del iris y el cuerpo ciliar. A pesar de una amplitud normal de la cámara anterior, gonioscópicamente se evidencia la obstrucción trabecular causada por la inserción anterior de la raíz del iris. Cabe diferenciar la «Configuración de Iris Plateau», donde tras la realización de una iridotomía periférica se resuelve el cierre angular, y el «Síndrome de Iris Plateau», donde persiste el cierre en presencia de una iridotomía permeable. La realización de esta permite eliminar el componente de bloqueo pupilar asociado.

Es más común en mujeres de edad intermedia (40-60 años) con defecto refractivo levemente hipermetrópico. Se ha descrito un posible patrón de herencia autosómica dominante debido al incremento de casos en pacientes con historia familiar de Iris Plateau.

El estudio gonioscópico es imprescindible para el diagnóstico, pudiendo ser de utilidad realizar un test de provocación en condiciones escotópicas. Es típica la configuración de «Doble Joroba» del iris periférico al combinar gonioscopia con la maniobra de indentación. Tanto la OCT SA como la BMU, son técnicas no invasivas que pueden ayudarnos en el estudio angular, siendo superior esta última en resolución de estructuras profundas (fig. 1). La BMU permite visualizar un cuerpo ciliar desplazado anteriormente, con un iris grueso, plano y anteriorizado, causante de la ausencia de sulcus ciliar y el consiguiente estrechamiento o cierre angular. En ocasiones es posible visualizar lesiones iridianas quísticas y de cuerpo ciliar que semejan una configuración de iris plateau. Entre otras patologías con las que debe realizarse un correcto diagnóstico diferencial cabe destacar el síndrome de efusión uveal secundario a tratamiento farmacológico (topiramato, talidomida, acetazolamida) y el glaucoma maligno.

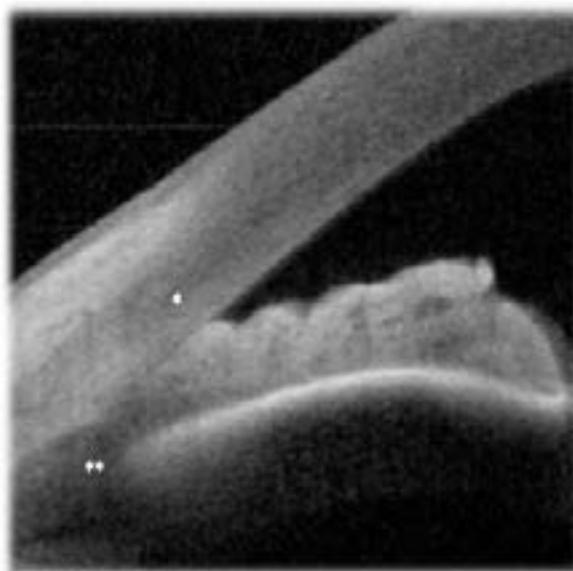


Figura 1: 1 OCT de segmento anterior. Se observa el cierre angular por la anteriorización raíz iridiana y cierre angular (). La OCT swept source permite una mayor penetración en los tejidos e intuir el proceso ciliar donde hay una ausencia de sulcus ciliar (**) propio del síndrome de iris plateau.

3.10. Síndrome de iris plateau

Javier Aritz Urcola, Marta Urbano Gómez

En el tratamiento médico pueden combinarse fármacos que disminuyan la producción de humor acuoso (acetazolamida, alfa-2 agonistas, betabloqueantes) con fármacos constrictores pupilares (pilocarpina 1%, aceclidina 2%, dapiprazol 0,5%, carbacol 0,75%). El empleo de mióticos se encuentra limitado por sus efectos adversos locales y sistémicos.

La configuración iridiana periférica puede dar lugar a un posible contacto iris-malla trabecular con la consecuente aparición de sinequias anteriores periféricas, de ahí la utilidad descrita de la iridoplastia con láser argón para prevenir la formación de estas y reducir el tratamiento con fármacos hipotensores. No obstante, su efecto parece ser limitado en el tiempo, ya que únicamente se mantiene su eficacia en el control de la presión intraocular (PIO) durante el primer año tras su realización.

A pesar de obtener un control óptimo de la presión intraocular y el buen pronóstico general, debe realizarse seguimiento periódico con gonioscopia de estos pacientes, ya que en algunos casos la evolución puede ser desfavorable pudiendo requerirse facoemulsificación de cristalino y/o cirugía filtrante.

Tabla 1. Síndrome de iris plateau

CARACTERÍSTICAS	Mujeres, edad intermedia, hipermetropía leve
GONIOSCOPIA	Doble Joroba. Control de sinequias anteriores
BMU	Ausencia sulcus ciliar
TRATAMIENTO MÉDICO	Eficacia de fármacos mióticos
IRIDOPLASTIA LÁSER ARGÓN	Profundización raíz del iris. Efecto temporal
TRATAMIENTO DEFINITIVO	Facoemulsificación +/- cirugía filtrante

BIBLIOGRAFÍA

- American Association of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course 2011-2012. Glaucoma.
- Etter JR, Affel EL, Rhee DJ. High prevalence of Plateau Iris configuration in family members of patients with Plateau Iris syndrome. *J Glaucoma*. 2006; 15(5):394- 398.
- European Glaucoma Society. Terminology and Guidelines for Glaucoma, 4th Edition.
- Feraru C, Bâlha A, Aursulesei V, Filip A, Pantalon A. Plateau Iris - Therapeutic options and functional results after treatment. *Rom J Ophthalmol*. Apr-Jun 2017;61(2):117-122. doi: 10.22336/rjo.2017.22.
- Bourdon H, Aragno V, Baudouin C, Labbé A. Iridoplasty for plateau iris syndrome: a systematic review. *BMJ Open Ophthalmol*. 2019 Sep 22;4(1): e000340. doi: 10.1136/bmjophth-2019-000340. eCollection 2019.
- Vila-Arteaga J, Díaz-Céspedes RA, Suriano MM. Plateau iris secondary to iridociliary cysts. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2015 Nov;90(11):542-5. English, Spanish. doi: 10.1016/j.oftal.2015.02.021. Epub 2015 Apr 22. PMID: 25913772.
- Kudsieh B, Fernández-Vigo JI, Vila-Arteaga J, Urcola JA, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijóo J, Ruiz-Moreno JM, Fernández-Vigo JÁ. Update on the usefulness of optical coherence tomography in assessing the iridocorneal angle. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2019 Oct;94(10):478-490. English, Spanish. doi: 10.1016/j.oftal.2019.06.007. Epub 2019 Jul 29. PMID: 31371112.
- J Aritz Urcola, Jaime Aramberri, Angela Gómez, Erika Miranda; Qualitative and Quantitative Angle Changes by Anterior Segment Optical Coherence Tomography After Laser Iridoplasty in Iris- Plateau. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. 2011;52(14):2617.