

Persistencia de membrana iridopupilar: manejo clínico y quirúrgico

Liliana Mónica Laurencio, Lucio Arias, Daniel Fernando Sánchez Olgúin, Leticia Cinca, Bárbara Crespo

Instituto Zaldivar, Mendoza (Argentina).

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar un caso de persistencia de membrana iridopupilar en un niño con disminución de la agudeza visual al cual se le efectuó la extracción bilateral preservando el cristalino y logrando una buena agudeza visual postoperatoria.

Método: Niño de 8 años de edad que al examen oftalmológico presentaba agudeza visual sin corrección (AVSC) de 20/70 en el ojo derecho (OD) y 20/150 en el ojo izquierdo (OI) y con corrección llegaba a 20/50 en OI y no mejoraba en OD. Se realizaron exámenes complementarios OCT Visante, Orbscan, UBM donde se evidenció el íntimo contacto de la membrana con la cápsula anterior del cristalino y se descartaron otras malformaciones oculares asociadas. Se realizó la extracción de las membranas de AO previa separación de la cápsula anterior del cristalino, la cual permaneció indemne y no fue necesario realizar facoemulsificación.

Resultados. A los 2 meses de la cirugía, la AVSC en OD es 20/70 y en OI 20/150 y la AVCC es en OD 20/25 (+3.50; +3.25 x 75°) y en OI 20/25 (+5.00; +2.25 x 105).

Conclusiones. Las membranas iridopupilares densas y que generan riesgo de ambliopía pueden quitarse y se puede realizar la extracción del cristalino cuando éste se ve comprometido. En el caso presentado se lo pudo conservar logrando una buena AVCC.

Palabras clave: membrana iridopupilar, niños, extracción de cristalino.

Persistent iridopupillary membrane: clinical and surgical management

Abstract

Objective: To report a case of persistent iridopupillary membrane in a child with reduced visual acuity who underwent bilateral removal with crystalline lens preservation.

Method: 8-year-old boy who, on ophthalmic examination, had an uncorrected visual acuity (UVA) of 20/70 in the right eye (RE) and of 20/150 in the left eye (LE); in the RE it improved to 20/50 with correction, but it failed to improve in the LE. Additional tests performed were: OCT Visante, Orbscan and UBM, and these revealed the close contact of the membrane with the anterior lens capsule and ruled out other associated ocular malformations. Therefore, bilateral membrane removal was performed, after detachment of the anterior lens capsule, which remained unscathed, with no phacoemulsification required.

Results: Two months postoperatively, UVA of the RE was 20/70 and 20/150 in the LE; BCVA of the RE was 20/25 (+3.50; +3.25 x 75°) and 20/25 (+5.00; +2.25 x 105) in the LE.

Conclusions: Iridopupillary membranes that are dense and generate the risk of amblyopia can be removed and so can the lens when it is affected. In this case, it could be preserved, with a good BCVA achieved.

Keywords: iridopupillary membrane, children, crystalline lens extraction.

Persistência de membrana iridopupilar: tratamento clínico e cirúrgico

Resumo

Objetivo: O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de persistência de membrana iridopupilar em um menino com diminuição da acuidade visual no qual foi realizada a extração bilateral preservando o cristalino.

Método: Menino de oito anos de idade que no momento do exame oftalmológico apresentava acuidade visual sem correção (AVSC) de 20/70 no olho direito (OD) e 20/150 no olho esquerdo (OI) e com correção alcançava a 20/50 em OI e não apresentava melhoras em OD. Realizaram-se exames complementários OCT Visante, Orbscan, UBM nos quais foi possível evidenciar o íntimo contato da membrana com a cápsula anterior do cristalino e se descartaram outras malformações oculares

asociadas. Foi realizada a extração das membranas de AO prévia separação da cápsula anterior do cristalino, a qual permaneceu indene e não foi preciso realizar facoemulsificação.

Resultados: Depois de dois meses da cirurgia, a AVSC no OD é 20/70 e em OI 20/150 e a AVCC é no OD 20/25 (+3.50; +3.25 x 75°) e no OI 20/25 (+5.00; +2.25 x 105).

Conclusões: As membranas iridopupilares densas e geradoras de risco de ambliopia podem tirar-se e o cristalino pode ser extraído, caso esteja comprometido. No caso apresentado é possível conservar o cristalino alcançando uma boa AVCC.

Palavras chave: membrana iridopupilar, crianças, menino, extração do cristalino.

Recibido: 17 de enero de 2014.

Aceptado: 21 de febrero de 2014.

Autor responsable:

Dra. Liliana Mónica Laurencio López

Instituto Zaldivar

Av. Emilio Civit 701

Mendoza, Argentina

Tel: 0800 666 5677

lililaurencio@hotmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658)

2014; 7(1): 31-34

Introducción

En la sexta semana de gestación los elementos camerales, iris, endotelio corneal y cristalino son irrigados por la túnica vasculosa lentis que proviene de los vasos hialoideos. Durante el quinto mes de gestación, mecanismos de regresión y fagocitosis producen la destrucción de la porción central de la membrana pupilar. La disfunción de esos mecanismos determinan la persistencia de la membrana pupilar o sus restos.

La membrana pupilar persistente es la anomalía congénita más frecuente de la pupila. El tratamiento de la membrana pupilar persistente depende de la edad y de las características de la membrana. En general la mayoría involucionan.

Método y paciente

El paciente era un niño de ocho años nacido a término sin complicaciones gineco-obstétricas con diagnóstico presuntivo de alteraciones pupilares y disminución de la agudeza visual. El único antecedente patológico que presentaba fue una comunicación interventricular perimembranosa, no hallándose relación luego de realizar una búsqueda bibliográfica. Al examen oftalmológico presentó una agudeza visual sin corrección de (AVSC) 20/70 en el ojo derecho (OD) y 20/150 en el ojo

izquierdo (OI), mejorando en OD a 20/50 con +2,75; +3,25 x 80° y que no mejora con corrección en OI, siendo la refracción objetiva de éste +4,75; + 2,25 x 105°.

En la biomicroscopía se observaron en ambos ojos (AO) restos de membrana iridopupilar adheridos al cristalino. El resto del examen no presentaba particularidades.

Se solicitó para AO: OCT Visante de cámara anterior, Orbscan, UBM y IOL master. Tanto el OCT Visante como la UBM objetivaron la presencia de la membrana iridopupilar en contacto con la cápsula anterior del cristalino.

Se indicó la extracción de la membrana con probabilidad de facoemulsificación debido al íntimo contacto que presentaba con la cápsula anterior del cristalino en AO.

La cirugía se realizó bajo anestesia general con incisiones biseladas con V-lance 1,3 en horas 10 y 2 de córnea clara; se colocó viscoelástico en CA, se cauterizaron vasos iridianos con endocauterío y con espátula se despegó la membrana de la cápsula anterior del cristalino. Se aspiraron restos de membrana con vitrectomo Accurus 23 G y se extrajeron los restos por las incisiones. Se procedió a su corte con tijera de vallas y con tijera de vitrectomía se extrajeron los cordones de iris restantes. Al constatare la indemnidad del cristalino no se realizó la facoemulsificación.



Figura 1. Estado del paciente en el preoperatorio.

Resultados

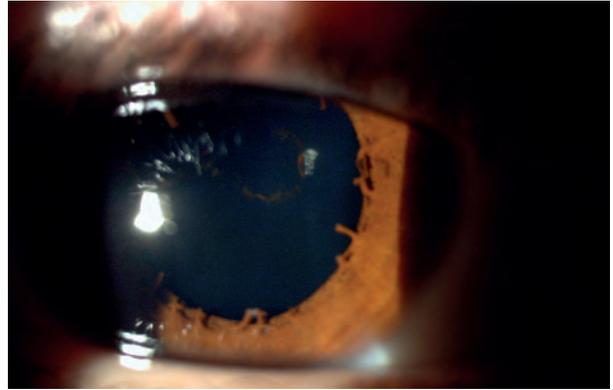
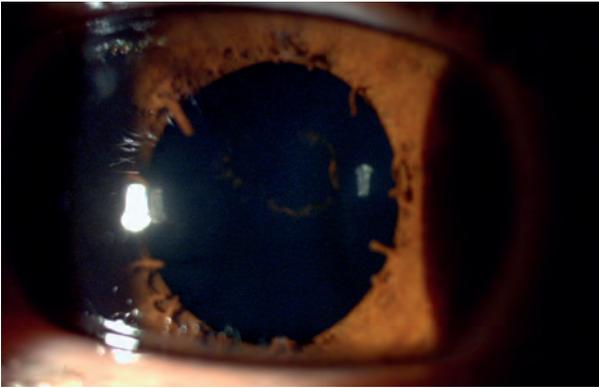
El paciente evolucionó bien, sin complicaciones, y a los 2 meses de la cirugía, la AVSC en OD fue de 20/70 y en OI 20/150 y la AVCC fue de 20/25 (+3.50; +3.25 x 75°) y 20/25 (+5.00; +2.25 x 105), respectivamente.

Conclusiones

La persistencia de la membrana iridopupilar es una patología congénita debido a incompleta involución de la túnica vasculosa lentis¹⁻². Las membranas que no afectan el eje visual pueden tratarse mediante terapia refractiva y de oclusión previamente al tratamiento quirúrgico o con láser³⁻⁶. Las membranas densas pueden llevar a ambliopía por



Figura 2. OCT de cámara anterior previo a la cirugía.



Figuras 3 y 4. Estado en el postoperatorio en el control a 30 días.

deprivación, por lo que es necesario realizar su extracción⁷⁻¹⁰. Las fibras de esta membrana pueden estar firmemente adheridas al cristalino, requiriendo además su facoemulsificación². En este caso, tras el intento de mejorar la AV con el uso de anteojos y habiendo realizado oclusión, se decidió la extracción de las membranas conservando el cristalino y logrando una buena agudeza visual corregida.

Referencias

1. Lambert SR, Buckley EG, Lenhart PD, Zhang Q, Grossniklaus HE. Congenital fibrovascular pupillary membranes: clinical and histopathologic findings. *Ophthalmology* 2012; 119: 634-1.
2. Ahmad SS, Binson C, Lung CK, Ghani SA. Bilateral persistent pupillary membranes associated with cataract. *Digit J Ophthalmol* 2011; 17: 62-5.
3. Vega LF, Sabates R. Neodymium: YAG laser treatment of persistent pupillary membrane. *Ophthalmic Surg* 1987; 18: 452-4.
4. Meyer-Rüsenberg B, Thill M, Vujancevic S, Meyer-Rüsenberg HW. Conservative management of bilateral persistent pupillary membranes with 18 years of follow-up. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2010; 248: 1053-4.
5. Ramappa M *et al.* Lens-preserving excision of congenital hyperplastic pupillary membranes with clinicopathological correlation. *J AAPOS* 2012; 16: 201-3.
6. Kurt E. A patient with bilateral persistent pupillary membrane: a conservative approach. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2009; 46: 300-2.
7. Wang JK, Wu CY, Lai PC. Sequential argon-YAG laser membranectomy and phacoemulsification for treatment of persistent pupillary membrane and associated cataract. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31: 1661-3.
8. Kothari M, Mody K. Excision of persistent pupillary membrane using a suction cutter. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2009; 46: 187.
9. Viswanathan D, Padmanabhan P, Johri A. Hyperplastic persistent pupillary membranes with congenital corneal anomalies. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33: 1123-6.
10. Oner A, Ilhan O, Dogan H. Bilateral extensive persistent pupillary membranes. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2007; 44: 57-8.