

GLAUCOMA pseudoexfoliativo. Caso clínico

CRISTINA GUTIÉRREZ DEL RÍO*, OC N° 13.441 - ENRIQUE VÉLEZ LASSO*, OC N° 8.144 - JUAN A. PORTELA CAMINO*, OC N° 6.616
ANDRÉS FERNÁNDEZ DEL COTERO MUÑOZ*, OC N° 7.005

Presentamos un caso de síndrome pseudoexfoliativo bilateral que combinado con unos valores de PIO fuera de la norma, valores de excavación de papila elevados y alteraciones campimétricas, da como resultado un glaucoma pseudoexfoliativo.

Para poder llegar a este diagnóstico es imprescindible realizar un examen minucioso del polo anterior y diferenciar las diversas manifestaciones clínicas de otras patologías oculares con signos parecidos pero de distinta etiología y pronóstico.

Palabras Clave

Material pseudoexfoliativo. Glaucoma pseudoexfoliativo

Introducción

El síndrome pseudoexfoliativo es una enfermedad ocular cuya presentación puede ser uni o bilateral, aparece a edad avanzada y se caracteriza por la presencia de un material fibrinoide en el polo anterior, sobre todo en pupila y cápsula anterior del cristalino. Suele existir acumulo de pigmento en la malla trabecular, lo que puede originar un aumento de la presión ocular¹.

Cuando el síndrome pseudoexfoliativo va acompañado de un aumento de PIO y alteraciones papilares y campimétricas da lugar a un glaucoma de ángulo abierto crónico denominado glaucoma capsular o pseudoexfoliativo.

La prevalencia de este síndrome varía considerablemente según la zona geográfica e incluso entre grupos étnicos. Un ejemplo de ello es el alto porcentaje que se encuentra de esta en países nórdicos frente al escaso porcentaje encontrado en otros países como EEUU^{2,3}.



Restos de material PSX en cristaloides anterior y pupila

El origen de este material PSX, hasta ahora es desconocido, aunque se barajan posibilidades genéticas y ambientales. Es un material que no es exclusivo del ojo, ya que también se puede encontrar en otras zonas del organismo humano como el hígado, corazón, pulmón³... sin embargo se sospecha que el material PSX del ojo procede de la cápsula del cristalino, iris o el cuerpo ciliar⁴.

Caso clínico

Paciente varón, de 72 años de edad que acude a consulta refiriendo disminución de agudeza visual(AV) en ambos ojos de manera progresiva.

Antecedentes personales y familiares de patologías oculares y sistémicas sin interés.

Al realizar el examen visual nos encontramos con una AV que con la mejor corrección no mejora sustancialmente.

AV sc OD 0.20 RX +1.50esf → AV 0.20
OI 0.65 RX +2.00esf (-1.00*180) → AV 0.75

En el examen de polo anterior se observan depósitos de material pseudoexfoliativo en endotelio y pupila, presenta además cataratas de tipo nuclear en AO.

Los valores de PIO fueron de 28 mm/Hg en OD y 24 mm/Hg en OI (9:15 horas) y en el examen de polo posterior se apreció aumento de excavación en las papilas de ambos ojos (6/10).

Ante la sospecha de un glaucoma se le realiza un protocolo de confirmación de diagnóstico cuyos resultados fueron:

- Curva de tensión: OD valores que oscilan entre 28-22 mm/hg. OI valores entre 21-16 mm/Hg.
- Campo visual: realizado por primera vez y presentando en AO una disminución de la sensibilidad en todos los cuadrantes consecuentes con la papila.
- Paquimetría 520mc OD, 521mc OI.
- Papilometría: excavación de 6/10 en ambos ojos.

Estudio endotelial normal, celularidad 2600 cel/ mm AO. Ausencia PMG y PMF

Ante el resultado de las pruebas se emite un diagnóstico de cataratas y glaucoma PSX bilateral, por lo cual se recomienda tratamiento hipotensor con colirio inhibidor de la anhidrasa carbónica, administrándose una dosis mañana y noche para intentar controlar la PIO. Asimismo y ante los valores de AV y alteraciones de la transparencia de medios cristalinianos se indica cirugía de cataratas.

Discusión

Entre las posibles manifestaciones clínicas que se pueden encontrar del síndrome pseudoexfoliativo destaca la presencia de material PSX en cápsula anterior del cristalino, en el margen pupilar e iris, la córnea puede presentar depósitos de material pseudoexfoliativo y de pigmento en endotelio, el ángulo iridocorneal generalmente está abierto y existen depósitos de pigmento en la malla trabecular. También es frecuente observar una banda formada por acumulo de pigmento que se localiza sobre la línea de Schwalbe, denominada línea de Sampaolesi, que es prácticamente diagnóstica de síndrome de pseudoexfoliación².

El diagnóstico diferencial se realiza con patologías que originan depósitos

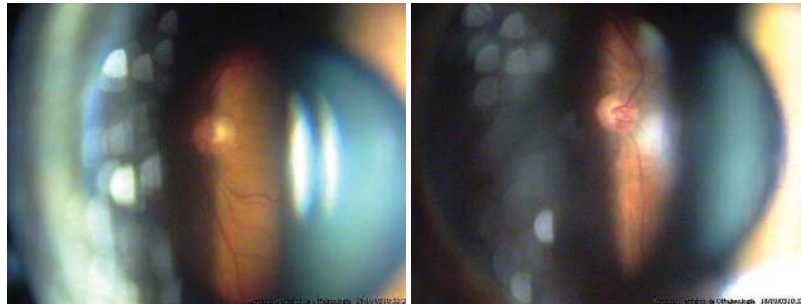


Material PSX en endotelio

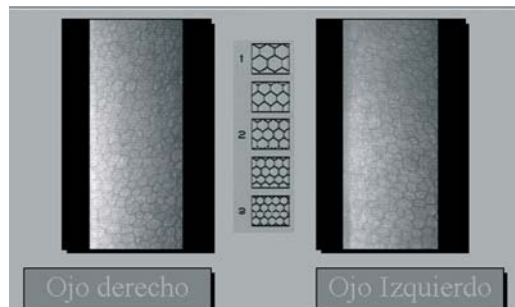
blanquecinos y dispersión del pigmento, de manera que no se debe confundir con la exfoliación verdadera, que consiste en la descamación de la cápsula anterior del cristalino debido principalmente a la exposición a radiación infrarroja (como en sopladores de vidrio, trabajadores de hornos industriales...), a trauma o intensa uveítis.

- La uveítis es una patología ocular en la que existen depósitos en el endotelio corneal conocidos como grasa de carnero, son precipitados queráticos de aspecto grasiento, por lo que no se deben confundir con los depósitos blanquecinos del síndrome PSX.
- La dilatación pupilar en ojos con uveítis en ocasiones nos muestra sinequias iris-cristalino mientras que estas sinequias no existen en el síndrome de pseudoexfoliación.
- En ojos con glaucoma de ángulo cerrado congestivo agudo se originan pequeñas opacidades de coloración blanco difuso en la cápsula anterior denominados Glaucom Flekem.
- La amiloidosis ocular es una enfermedad localizada o sistémica en la que se produce depósitos extracelulares de una proteína fibrilar¹.





Estudio endotelial normal, celularidad 2600 cel/ mm AO. Ausencia PMG y PMF



El plan de tratamiento del caso clínico consiste en realizar cirugía de catarata y tratamiento hipotensor en AO. La cirugía de catarata en el síndrome PSX presenta diversas complicaciones como son debilidad zonular y capsular, rotura de la barrera hematoacuosa y mala dilatación pupilar¹.

El tratamiento hipotensor debe ser médico, igual que para el glaucoma primario de ángulo abierto. Si no se obtienen buenos resultados se necesitará realizar una trabeculoplastia con láser de argón o realizar una cirugía de filtración⁵⁻⁶.

Conclusión

El diagnóstico clínico de un glaucoma por pseudoexfoliación se realiza mediante la observación en el polo anterior del material blanquecino similar a caspa, situado en el borde pupilar. El síndrome pseudoexfoliativo es una patología ocular con una prevalencia bastante elevada; sin embargo pasa inadvertido fácilmente por lo que un diagnóstico precoz puede evitar futuras complicaciones.

Bibliografía

- 1. Glaucoma pigmentario y pseudoexfoliativo.** J.A. Maquet Dusart, J.C Pastor Jimeno. Monografía Chibret nº6, 1988.

- 2. Glaucoma pseudoexfoliativo.** J. Moreno Montañés. EUNSA; 1995.
- 3. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome pseudoexfoliativo en una población.**
- 4. Glaucoma. Los requisitos en oftalmología.** Wallace L.M. Ed. Mosby. 2000.
- 5. Atlas de oftalmología clínica.** J. Kansky. Mosby Internacional; 1999.
- 6. Atlas de oftalmología clínica.** David J. Spalton. Mosby Internacional. 1995 institucionalizada en Navarra. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2003; 78: 383-388.

* Los autores desarrollan su labor profesional en el Dpto. de Optometría. Instituto Cántabro de Oftalmología. Clínica Cotero.

