

Quiste estromal de iris sintomático

Symptomatic iris stromal cyst

C. Pujadas, D. Mora, V. Ribas, C. Moser

Hospital General de l'Hospitalet i Hospital Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Correspondencia:

Cristina Pujadas

E-mail: cristinapujadasgarcia@gmail.com

Resumen

En adultos los quistes estromales de iris son una patología benigna, poco frecuente, generalmente asintomática, y rara vez requieren tratamiento, a diferencia de los quistes estromales de iris congénitos que suelen debutar en niños. Se presenta un caso atípico en un paciente de 38 años con disminución de visión y con mala respuesta al tratamiento láser.

Palabras clave: Quiste de iris. Quiste segmento anterior. Cistostomía láser.

Resum

Els quists estromals d'iris són una patologia benigna, poc freqüent, que generalment són asintomàtics i no acostumen a requerir tractament, a diferència dels quists estromals d'iris congènits que acostumen a debutar en nens. Es presenta un cas atípic, en un pacient de 38 anys amb disminució de visió i mala resposta al tractament làser.

Paraules clau: Quist d'iris. Quist segment anterior. Cistostomia làser.

Abstract

Adult iris stromal cysts are a rare benign disease that is usually asymptomatic and rarely requires treatment, unlike the congenital stromal cyst typically diagnosed in childhood. An atypical case of visual loss secondary to stromal iris cyst growth in a 38-year-old man with poor response to laser treatment is presented.

Key words: Iris cyst. Anterior segment cyst. Laser cystostomy.

Introducción

Los quistes de estroma iridiano primarios pueden ser congénitos o adquiridos según la última clasificación de Shields¹ (Tabla 1). Se caracterizan por localizarse anteriores al epitelio pigmentario del iris y cuando crecen van a producir una deformación mecánica no infiltrativa del iris. Su incidencia es baja, suponiendo un 11% (N 84) de los 768 casos de quistes de iris de la serie de Shields² *et al.* (Tabla 2). Los quistes estromales congénitos suelen ser unilaterales y presentarse en niños o adolescentes menores a 20 años con sintomatología secundaria al crecimiento del mismo, causando disminución de visión por obstrucción del eje visual o complicaciones secundarias como descompensación

corneal, uveítis o glaucoma. Los quistes estromales adquiridos aparecen en pacientes adultos de más de 40 años y suelen ser estables o presentar bajas tasas de crecimiento, por lo que es más frecuente que sean asintomáticos y no requieran tratamiento. Generalmente los quistes de estroma iridianos son fácilmente visibles con la biomicroscopía, por lo que raramente requerirán estudios complementarios para descartar la presencia de tumores sólidos o tumores con componente quístico asociado como los meduloepteliomas o los melanomas uveales. Es recomendable valorar el uso con biomicroscopía ultrasónica (UBM), tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (AS-OCT) o resonancia magnética (RM) en casos con factores de riesgo³ como son la ausencia de transluminación, la coloración oscura, la localización en iris medio, la presencia de vasos intrínsecos o centinelas, etc.

Caso clínico

Paciente varón de 38 años con antecedente de traumatismo ocular contuso que años atrás no requirió control oftalmológico (sin saber precisar lateralidad). En noviembre de 2016 presentó disminución de visión brusca en ojo izquierdo. En la exploración se objetivó agudeza visual de 0.4 sin corrección y déficit de acomodación en ojo izquierdo secundario a gran quiste estromal de iris (Figuras 1 y 2). Se decidió realización de iridotomía Nd:YAG de pared anterior del quiste tras la instilación de una gota de apraclonidina hidrocloreto 5 mg/ml y dexametasona 1mg/ml, objetivándose a los 30 minutos agudeza visual sin corrección de 1.0 difícil y destacando en la biomicroscopía mínimo Tyndall y presión intraocular normal con aplanamiento completo del quiste (Figuras 3 y 4). Se prescribió pauta descendente de colirio de dexametasona (3 veces al día, 3 días; 2 veces al día, 2 días; y 1 vez al día, 1 día) y timolol 5 mg/ml cada 12 horas durante la primera semana. A la semana, se objetivó residuo de pared anterior del quiste del iris, parcialmente adherida a endotelio de 12 a 02 horas, sin aumento del volumen del quiste. La agudeza visual era de 1.0 sin corrección y el resto de la exploración anodina. Se realizó control al mes del tratamiento, objetivándose cicatrización de iridotomía YAG previa con aumento de volumen del quiste y disminución de visión subjetiva, por lo que se realizó una segunda sesión de láser YAG procediendo a tres pequeñas iridotomías inferiores siguiendo el mismo protocolo (pre y post tratamiento, descrito anteriormente). Al mes de la segunda sesión, el paciente presentó disminución de visión con nueva recidiva del quiste, por

Primarios		
Quistes de epitelio pigmentario		Quistes estromales
- Pupilares - Zona media - Periféricos - Libres (CA* – CV**)		- Congénitos - Adquiridos
Secundarios		
Epiteliales	Tumores intraoculares	Parásitos
- Proliferación epitelial quística (postquirúrgicos o postraumatismo penetrante) - Quistes perlados - Inducidos por fármacos	- Meduloeptelioma - Melanoma uveal - <i>Nevus</i> uveal	
*Cámara anterior; **Cámara vítrea.		

Tabla 1. Clasificación de quistes de iris de Shields¹.

	Quistes de iris estromales congénitos	Quistes de iris estromales adquiridos
Niños (0-20 años)	25	6
Adulto joven (21-40 años)	2	10
Adulto (41-60 años)	4	14
Adulto senior (> 60 años)	4	19
Total	35	49

Tabla 2. Distribución según la edad de los quistes de iris estromales de la serie de Shields².

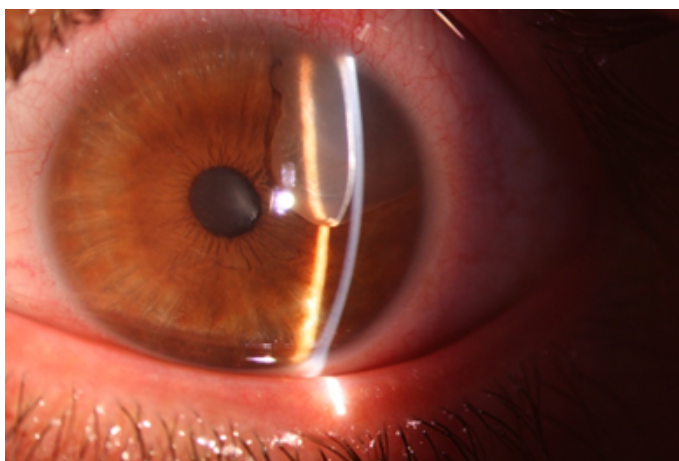


Figura 1. Gran quiste estromal de iris que causa discoria pupilar. Se objetiva contacto de la pared anterior del quiste con endotelio de 01-03 horas con astigmatismo secundario a la presión sobre la córnea.



Figura 2. Presencia de una pared anterior del quiste de escaso grosor que permite una correcta transiluminación del quiste. Destaca la ausencia de vasos y de lesiones de características sólidas o infiltrativas.



Figura 3. Gran reducción del volumen del quiste estromal tras la iridotomía Nd:YAG, objetivándose normalización de la pupila.

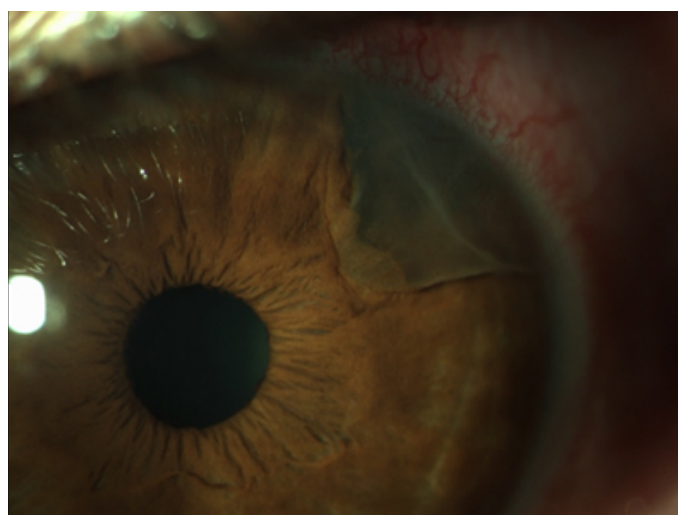


Figura 4. Sinequias periféricas anteriores con línea de demarcación tras la iridotomía Nd:YAG.

lo que se decidió realizar una iridotomía YAG inferior en herradura, dejando un *flap* libre usando 37 mJ de potencia total y siguiendo el mismo procedimiento pre y post tratamiento previo. A las seis semanas presentó recidiva con aumento de volumen del quiste, por lo que se realizó una nueva iridotomía YAG, creando una apertura lineal en la porción inferior del quiste, siguiendo el mismo tratamiento pre y post previo. Desafortunadamente, al mes y medio el paciente presentó una nueva recidiva por lo que finalmente se decidió realizar la resección quirúrgica de la pared anterior del quiste y aplicación posterior de láser argón sobre el lecho del mismo. El paciente presentó tras la cirugía un pico

hipertensivo con gran componente inflamatorio que requirió tratamiento antiinflamatorio y antihipertensivo tópico (1 gota de acetato de prednisolona 10 mg/ml cada 2 horas, 1 gota de tartrato de brimonidina 2 mg/ml en combinación con timolol 5 mg/ml cada 12 horas y brinzolamida 10 mg/ml cada 8 horas) y oral (acetazolamida 250 mg cada 8 horas y prednisona 60 mg día), por lo que se pospuso la aplicación del láser argón hasta resolución completa del mismo. Pese la resección de la pared anterior del quiste y el tratamiento argón diferido sobre el lecho del quiste, durante el seguimiento ha presentado membranas

ciclíticas de repetición que han requerido resección quirúrgica en múltiples ocasiones.

Discusión

Se presentó la imagen típica de un quiste de iris estromal de gran tamaño con sintomatología asociada, más característico de un quiste de iris estromal congénito, pese a la edad del paciente. Se desconocía si la posibilidad de un traumatismo directo sobre el globo ocular, años atrás, podría haber sido la causa de la aparición del mismo o si se trataba realmente de un quiste de iris estromal congénito con sintomatología tardía.

Conclusión

El tratamiento de los quistes de iris está condicionado por la sintomatología. En casos sintomáticos, se aconseja como tratamiento de primera línea el uso del láser Nd:YAG^{4,7}, argón⁸, diodo⁹ o la combinación de los mismos. El tratamiento con aspiración con aguja fina no suele conseguir una regresión completa del quiste a largo plazo excepto en casos aislados¹⁰, pero puede ser útil para ayudar en el diagnóstico etiológico de tumores malignos primarios o metastásicos^{11,12}. El uso de alcohol¹³, mitomicina C¹⁴ o 5 fluorouracilo¹⁵ intraquísticos tras la punción con aguja fina parece disminuir el riesgo de recidiva a largo plazo. La cirugía de los quistes de iris debe dejarse como última opción en aquellos casos recidivantes sintomáticos con mala evolución porque puede asociarse a múltiples complicaciones. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para tratar estos quistes en función de la localización, tamaño y características del propio quiste¹⁶⁻¹⁹.

Bibliografía

- Shields CL, Shields PW, Manalac J, et al. Review of cystic and solid tumors of the iris. *Man Journal of Ophthalmology*. 2013;6(3):159-64.
- Shields CL, Kancherla S, Patel J, et al. Clinical survey of 3680 iris tumors based on patient age of presentation. *Ophthalmology*. 2012;119(2):407-14.
- Georgalas I, Petrou P, Papaconstantinou D, et al. Iris cysts: A comprehensive review on diagnosis and treatment. *Surv Ophthalmol*. 2017. doi: 10.1016/j.survophthal.2017.08.009.
- Angelucci R, Santiago J, Neto VV, et al. Giant iris cyst after extracapsular cataract extraction – Case Report. *Rev Bras Oftalmol*. 2005;64(2):117-20.
- Baranwal VK, Kumar S, Gaur S, et al. An uncommon case of primary iris cyst managed with Nd YAG laser. *Med J Armed Forces India*. 2015;71:S82.S84.
- Cahane M, Rosner M, Avni I, et al. Nd:YAG laser treatment of anterior chamber implantation cysts. *Metal Pediatr Syst Iphthalmol*. 1988;11(1-2):47-9.
- Schrems W, Tomlinson CP, Belcher CD, et al. Neodymium-YAG laser therapy for iris cysts. *Arch Ophthalmol*. 1986;104(8):1130-4.
- Sugar J, Jampol LM, Goldberg MF. Argon laser destruction of anterior chamber implantation cysts. *Ophthalmology*. 1984;91(9):1040-4.
- Kemmanu V, Yadav NK, Rachna VK, et al. Iris stromal cyst with cataract managed by cyst aspiration and diode laser photocoagulation in a child. *Indian J Ophthalmol*. 2011;59(4):333-4.
- Pedemonte-Sarrias E, Pascual Batlle L, Fuste Fusares C, Salvador Playa T. Fine-needle aspiration in an extremely late post-traumatic iris cyst. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2015;90(7):324-6.
- Wakely PE, Fable WJ, Geisinger KR. Aspiration cytopathology of malignant melanoma in children. A morphologic spectrum. *American journal of clinical pathology*. 1995;103(2):231-4.
- Finger PT, Laskany P, Lurli M, Jacob C. The Finger iridectomy technique: small incision biopsy of anterior segment tumors. *British J Ophthalmol*. 2005;89(8):946-9.
- Behrouzi Z, Khodadoust A. Epithelial iris cyst treatment with intracystic ethanol irrigation. *Ophthalmology*. 2003;110(8):1601-5.
- Kawaguchi K, Yamamoto S, Nagae Y, et al. Treatment of recurrent giant iris cyst with intracyst administration of mitomycin C. *British Journal of Ophthalmology*. 2000;84(7):799-80.
- Lai MM, Haller JA. Resolution of epithelial ingrowth in a patient treated with 5 Fluorouracil. *Am J Ophthalmol*. 2002;133(4):562-4.
- Capo H, Palmer E, Nicholson DH. Congenital cysts of the iris stroma. *Am J Ophthalmol*. 1993;116(2):228-32.
- Naumann GOH, Rummelt V. Block excision of cystic and diffuse epithelial Ingrowth of the anterior chamber: Report of 32 consecutive patients. *Arch Ophthalmol*. 1992;110(2):223-7.
- Philip SS, John DR, Ninan F, et al. Surgical management of posttraumatic iris cyst. *Open Ophthalmol J*. 2015;9:164-6.
- Rabot A, Caujolle JP, Porterie M, et al. Surgical management of a recurrent iris stromal cyst. *J Fr Ophthalmol*. 2013;36(6):e109-e12.