

Midriasis arreactiva

Nonreactive mydriasis

M. López López, O. Subirà

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Correspondencia:

Montserrat López López

E-mail: montselop6@hotmail.com

Descripción del caso

Una mujer de 52 años sin antecedentes patológicos de interés, consultó en urgencias por sensación de cuerpo extraño y dolor en ambos ojos de una semana de evolución. Su agudeza visual era la unidad en ambos ojos. Destacaba reacción conjuntival papilar, por lo que se prescribió un colirio antialérgico.

Reconsultó por visión borrosa persistente un mes después. Visitada en otro centro 3 semanas atrás, le prescribieron midriáticos y prednisolona tópica durante 15 días por uveítis anterior bilateral leve.

Se detectó una disminución de la agudeza visual, que era de 0,7 en ambos ojos y midriasis bilateral. No se detectó reacción a la luz (Figuras 1 y 2) ni a los estímulos cercanos. No se observaron contracciones segmentarias del esfínter del iris en el examen de la

lámpara de hendidura. Había aplanamiento del iris y disminución de las criptas más evidente en su ojo derecho (Figura 3) junto con una leve retroiluminación (Figura 4).

Teniendo en cuenta que la paciente niega estar utilizando midriáticos en el momento actual, y que tras la instilación de pilocarpina tanto diluida (0,125%) como concentrada (2%) no se detecta contracción, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

¿Qué diagnóstico es más probable en este caso?

- a. Pupila tónica bilateral.
- b. Midriasis farmacológica.
- c. Anisocoria esencial.
- d. Síndrome de Urrets-Zavalía.

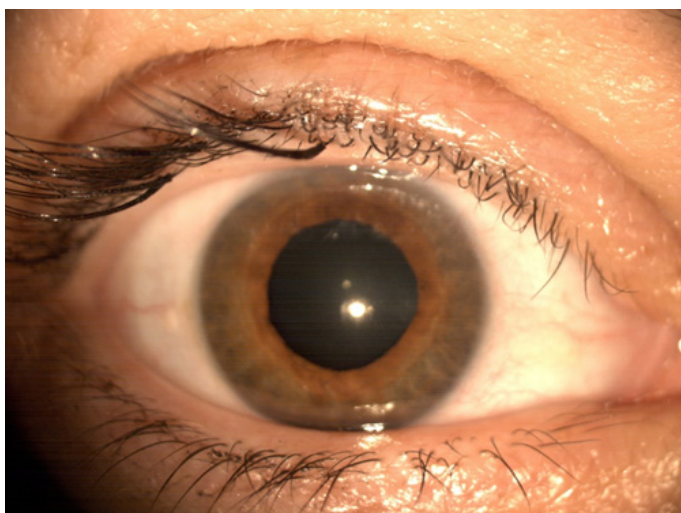


Figura 1. Pupila derecha.

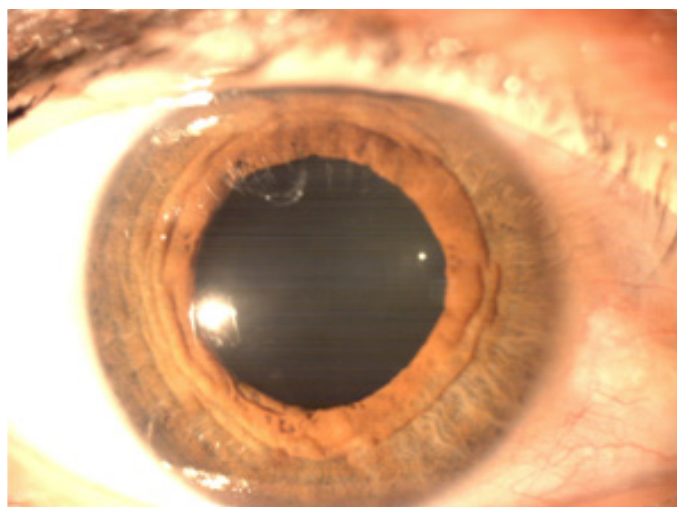


Figura 3. Detalle de aplanamiento del iris derecho.

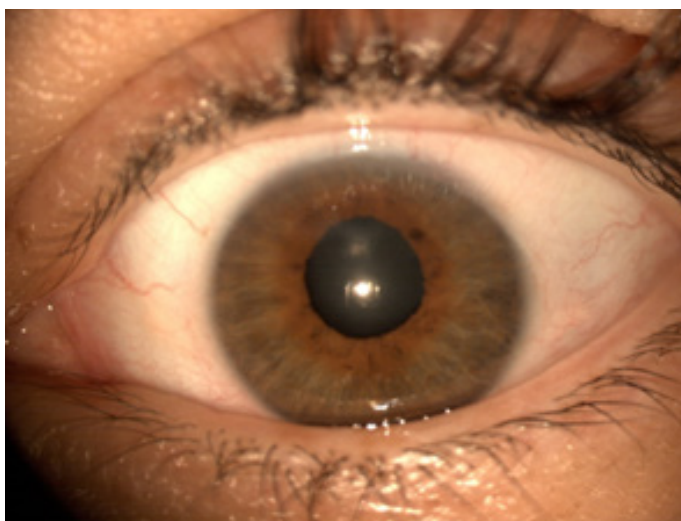


Figura 2. Pupila izquierda.

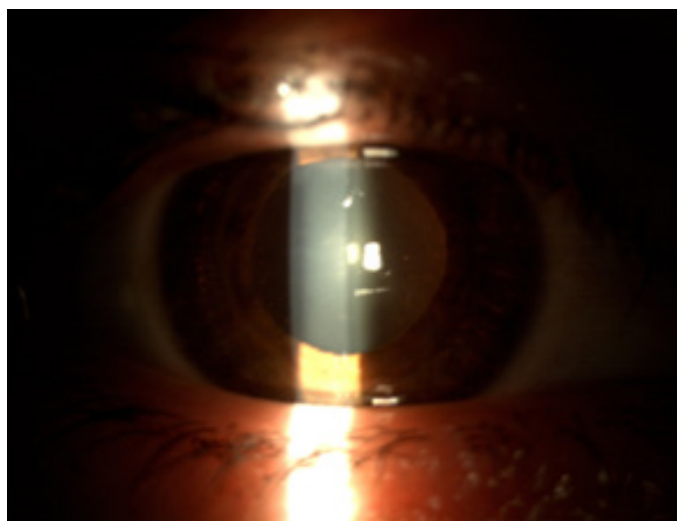


Figura 4. Leve retroiluminación en el iris del ojo derecho.

La respuesta correcta es la: d

Las pupilas presentan anisocoria pero son arreactivas. La anisocoria esencial queda excluida puesto que por definición la respuesta pupilar debe ser normal.

En segundo lugar, la pupila tónica bilateral debería presentar contracciones segmentarias del iris (movimientos vermiformes) visibles en la exploración cuidadosa con la lámpara de hendidura. Tampoco existía la característica respuesta disociada luz-cerca (mayor respuesta en convergencia que a la luz), pues se comprobó la arreactividad pupilar con estímulos cercanos. Además no se objetivó hipersensibilidad a la pilocarpina diluida tras realizar este test en diversas ocasiones separadas en el tiempo.

En cuanto a la midriasis farmacológica, una vez finalizado el tratamiento midriático semanas antes de consultar, la paciente negó rotundamente utilizar ningún colirio midriático. En las repetidas exploraciones las medidas de las pupilas y su grado de asimetría se mantuvieron totalmente constantes.

El síndrome de Urrets-Zavalía es una infrecuente complicación descrita inicialmente tras queratoplastias en pacientes con queratocono^{1,2}. Consiste en una pupila fija dilatada, atrofia de iris y glaucoma secundario (temprano o tardío). Posteriormente se ha descrito asociado a otras causas como cirugía de catarata, trabeculectomía³, colocación de lente fáquica⁴, iridoplastia periférica⁵, panfotocoagulación retiniana, etc.

Se han sugerido múltiples teorías para explicar el síndrome de Urrets-Zavalía, aún así su origen es algo incierto. Lo más aceptado es que la elevación transitoria de la presión intraocular⁶ con isquemia secundaria del iris⁷ es la causante de las alteraciones iridianas observadas.

Bibliografía

1. Minasian M, Ayliffe W. Fixed dilated pupil following deep lamellar keratoplasty (Urrets-Zavalía syndrome). *Br J Ophthalmol*. 2002;86:114-23.
2. Sabah J, Abdul-Elah A. Fixed dilated pupil after penetrating keratoplasty for macular corneal dystrophy and keratoconus. *Am J Ophthalmol*. 2005;140:484-9.
3. Jain R, Assi A, Murdoch IE. Urrets-Zavalía syndrome following trabeculectomy. *Br J Ophthalmol*. 2000;84:338-9.
4. Erdal Y, Firat H, Sadik S. Fixed dilated pupil after phakic intraocular lens implantation. *J Cataract Refract Surg*. 2006;32:174-6.
5. Espana EM, Loannidis A, Tello C, et al. Urrets-Zavalía syndrome as a complication of argon laser peripheral iridoplasty. *Br J Ophthalmol*. 2006;91:427-9.
6. Pérez-Cambrodí RJ, Piñero-Llorens DP, Ruiz-Fortes JP, Blanes-Mompó FJ, Cerviño-Expósito. Fixed mydriatic pupil associated with an intraocular pressure rise as a complication of the implant of a Phakic Refractive Lens (PRL). *A Semin Ophthalmol*. 2014;29(4):205-9.
7. Magalhães OA, Kronbauer CL, Müller EG, Sanvicente CT. Update and review of Urrets-Zavalía syndrome. *Arq. Bras Oftalmol*. 2016;79(3):202-4.