

Glaucoma facolítico probable sobre glaucoma neovascular avanzado: a propósito de un caso

Probable phacolytic glaucoma in an eye with advanced neovascular glaucoma: a case report

N. Ruiz Sánchez, N. Najjari Jamal, I. Méndez Marín, L. Rull Reverter, N. Escoda Brull, B. Corrales Llagostera

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus. Tarragona.

Correspondencia:

Nerea Ruiz Sánchez

E-mail: nerea.rs.97@gmail.com

Resumen

Introducción: El glaucoma facolítico es una causa infrecuente de hipertensión ocular secundaria asociada a catarata hipermadura.

Caso clínico: Se describió el caso de un varón de 81 años con glaucoma neovascular avanzado en el ojo derecho, sin percepción luminosa y presión intraocular persistentemente elevada pese al tratamiento médico máximo y a la ciclofotocoagulación transescleral. Seis meses después se observaron depósito endotelial y material proteináceo compatible con proteínas del cristalino en la cámara anterior, con ocupación angular por material fáquico en la OCT de segmento anterior.

Conclusiones: En ojos con glaucoma terminal y catarata blanca, estos hallazgos deben hacer sospechar un componente facolítico añadido.

Palabras clave: Glaucoma facolítico. Glaucoma neovascular. Catarata hipermadura. Hipertensión ocular secundaria. Ciclofotocoagulación transescleral.

Resum

Introducció: El glaucoma facolític és una causa infreqüent d'hipertensió ocular secundària associada a cataracta hipermadura.

Cas clínic: Es va descriure el cas d'un home de 81 anys amb glaucoma neovascular avançat a l'ull dret, sense percepció lluminosa i pressió intraocular persistentment elevada malgrat el tractament mèdic màxim i la ciclofotocoagulació transescleral. Sis mesos després es van observar dipòsit endotelial i material proteinaci compatible amb proteïnes del cristal·lí a la cambra anterior, amb ocupació angular per material fàquic a l'OCT de segment anterior.

Conclusions: En ulls amb glaucoma terminal i cataracta blanca, aquestes troballes han de fer sospitar un component facolític afegit.

Paraules clau: Glaucoma facolític. Glaucoma neovascular. Cataracta hipermadura. Hipertensió ocular secundària. Ciclofotocoagulació transescleral.

Abstract

Introduction: Phacolytic glaucoma is an uncommon cause of secondary ocular hypertension associated with a hypermature cataract.

Clinical case: An 81-year-old man with advanced neovascular glaucoma in the right eye, no light perception, and persistently elevated intraocular pressure despite maximal medical therapy and transscleral cyclophotocoagulation was described. Six months later, endothelial deposits and proteinaceous material consistent with lens proteins were observed in the anterior chamber, with angle occupation by phakic material on anterior segment OCT.

Conclusions: In eyes with terminal glaucoma and white cataract, these findings should raise suspicion of an additional phacolytic component.

Keywords: Phacolytic glaucoma. Neovascular glaucoma. Hypermature cataract. Secondary ocular hypertension. Transscleral cyclophotocoagulation.

Trabajo presentado en el 56º Congrés de la Societat Catalana d'Oftalmologia

Introducción

El glaucoma facolítico se ha descrito como una forma de glaucoma secundario relacionada con cataratas maduras o hiper-maduras, en la que proteínas del cristalino y material lenticular inducen obstrucción de la malla trabecular y elevación de la presión intraocular¹⁻³.

Suele manifestarse con dolor ocular, disminución visual, inflamación en la cámara anterior y marcada hipertensión ocular, aunque la presentación clínica puede ser heterogénea^{1,3,4}.

Su diagnóstico puede resultar especialmente complejo cuando coexiste con otras causas de glaucoma secundario.

El glaucoma neovascular constituye una entidad agresiva y de mal pronóstico visual, asociada a neovascularización del iris y del ángulo, con progresión hacia cierre angular por membranas fibrovasculares y sinequias anteriores periféricas⁵⁻⁷.

Se describió un caso de glaucoma facolítico probable sobre un glaucoma neovascular avanzado, con hallazgos clínicos y de imagen de interés docente.

Caso clínico

Se trató de un varón de 81 años con antecedente de glaucoma neovascular en el ojo derecho. A pesar del tratamiento tópico con dorzolamida, timolol, brimonidina, atropina y acetato de predniso-

lona, mantuvo una presión intraocular entre 40 y 50 mmHg, con agudeza visual de no percepción luminosa. En la biomicroscopía se observaron rubeosis iridiana y catarata blanca (Figura 1). La gonioscopia mostró cierre angular en los cuatro cuadrantes y el fondo de ojo no fue valorable. El ojo izquierdo presentó síndrome pseudoexfoliativo, presión intraocular de 20-22 mmHg sin tratamiento y nervio óptico sin alteraciones aparentes.

Ante el mal control tensional, se realizó ciclofotocoagulación transescleral en el ojo derecho mediante láser diodo OcuLight SLx (IRIS Medical/IRIDEX, Mountain View, CA, EE. UU.), con 28 impactos a 360°, respetando los meridianos de las 3 y las 9 horas, una potencia de 1700 mW y una duración de 2 segundos por impacto. Tras el procedimiento, persistieron cifras tensionales en torno a 40 mmHg.

Seis meses después, el paciente consultó por molestias inespecíficas en el ojo derecho. En la exploración con lámpara de hendidura se objetivaron depósito endotelial y material proteináceo compatible con proteínas del cristalino en la cámara anterior (Figura 2). No se dispuso de una cuantificación estandarizada de células y flare, ya que el hallazgo predominante fue la presencia de dicho material proteináceo. La ecografía ocular mostró desprendimiento de retina crónico en embudo y desprendimiento coroideo superior (Figura 3). La OCT de segmento anterior evidenció ocupación del ángulo iridocorneal por material fáquico (Figura 4). En este contexto, la asociación de catarata blanca y

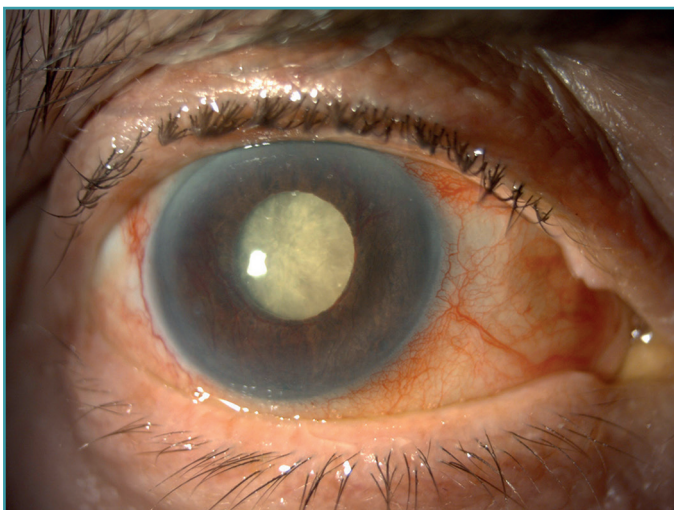


Figura 1. Biomicroscopía inicial del ojo derecho, con rubeosis iridiana y catarata blanca.

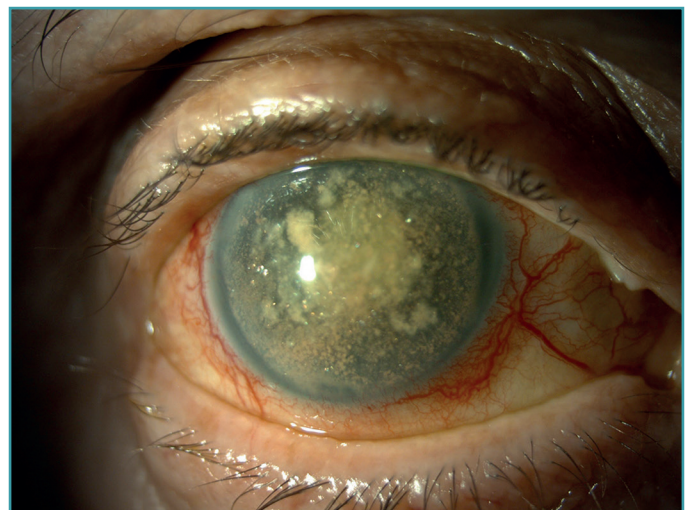


Figura 2. Biomicroscopía evolutiva con depósito endotelial y material lenticular en la cámara anterior.

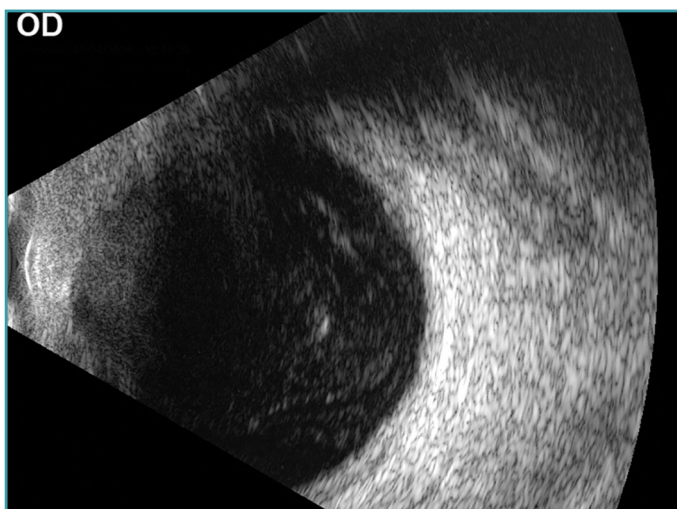


Figura 3. Ecografía ocular que mostró desprendimiento de retina crónico en embudo y desprendimiento coroideo superior.

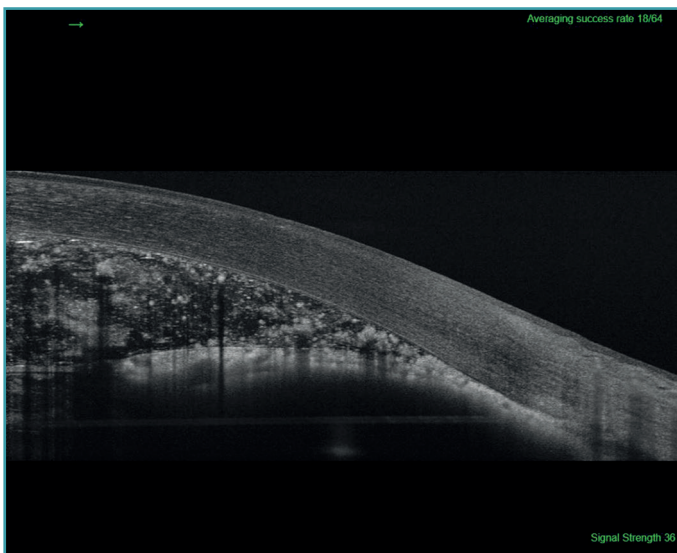


Figura 4. OCT de segmento anterior con ocupación del ángulo iridocorneal por material fúquico.

partículas libres en la cámara anterior hizo sospechar un componente facolítico añadido al glaucoma neovascular terminal previamente conocido.

Discusión

El interés de este caso residió en la coexistencia probable de dos mecanismos fisiopatológicos de hipertensión ocular en un mismo ojo. Por un lado, el glaucoma neovascular avanzado justificó un

mal control tensional mantenido, con rubeosis iridiana y cierre angular extenso⁵⁻⁷.

Por otro, la aparición posterior de depósito endotelial y proteínas del cristalino en la cámara anterior, junto con la demostración de material fúquico ocupando el ángulo en la OCT de segmento anterior, orientó hacia un componente facolítico sobreañadido¹⁻⁴.

El glaucoma facolítico clásico se ha descrito en relación con cataratas hiper maduras y cápsula aparentemente íntegra; sin embargo, también se han comunicado presentaciones con rotura capsular o con hallazgos que sugieren liberación aguda de proteínas del cristalino¹⁻³.

En este caso, el antecedente de ciclofotocoagulación transescleral abrió dos hipótesis plausibles. La primera fue un posible daño capsular indirecto favorecido por el procedimiento, con liberación posterior de proteínas o material lenticular. La segunda fue que la inflamación secundaria inducida por la ciclofotocoagulación actuara como factor desencadenante o facilitador de la descompensación de un cristalino ya alterado. Aunque no pudo demostrarse una relación causal directa, la secuencia temporal entre el procedimiento y la posterior aparición de material lenticular en la cámara anterior obligó a considerar esta posibilidad. Dado que no existió confirmación histopatológica, resultó más riguroso hablar de glaucoma facolítico probable.

En el diagnóstico diferencial debieron considerarse otras causas de inflamación del segmento anterior e hipertensión ocular en un ojo con glaucoma avanzado, como la uveítis hipertensiva, la descompensación inflamatoria asociada al glaucoma neovascular, el glaucoma facomórfico, la facoantigénica en caso de rotura capsular y la inflamación secundaria a procedimientos ciclodestructivos. Sin embargo, la presencia de catarata blanca, depósito endotelial, material proteináceo compatible con proteínas del cristalino en la cámara anterior y ocupación angular por dicho material en la OCT de segmento anterior orientó hacia un componente facolítico sobreañadido. Este caso subrayó la importancia de no atribuir toda hipertensión ocular de un ojo con glaucoma neovascular a un único mecanismo. En ojos con catarata blanca, inflamación de cámara anterior y material libre en la cámara anterior, debió contemplarse la participación del cristalino, incluso en situaciones de mal pronóstico visual. La biomicroscopía y las técnicas de imagen del segmento anterior pudieron aportar hallazgos útiles para sostener esta sospecha diagnóstica^{2,5,6}.

Conclusiones

La presencia de catarata blanca y material lenticular libre en la cámara anterior en un ojo con glaucoma neovascular avanzado debió hacer sospechar un componente facolítico asociado.

La coexistencia de mecanismos hipertensivos pudo dificultar la interpretación clínica del cuadro y apoyó un enfoque diagnóstico más prudente.

La correlación entre exploración biomicroscópica e imagen de segmento anterior resultó especialmente útil para orientar el diagnóstico en estos casos.

Financiación

Los autores declararon no haber recibido financiación específica para la realización de este trabajo.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Bibliografía

1. Dhingra D, Grover S, Kapatia G, Pandav SS, Kaushik S. Phacolytic glaucoma: A nearly forgotten entity. *Eur J Ophthalmol*. 2020;30(5):NP32-NP35. doi: 10.1177/1120672119841972.
2. Camacho M, Sayegh Y, Dubovy S, Milman T. Phacolytic glaucoma diagnosed by cytopathology: A clinicopathologic case series. *Ocul Immunol Inflamm*. 2024;32(9):2100-4. doi: 10.1080/09273948.2024.2328109.
3. Mavranakas N, Axmann S, van Issum C, Schutz JS, Shaarawy T. Phacolytic glaucoma: Are there 2 forms? *J Glaucoma*. 2012;21(4):248-9. doi: 10.1097/IJG.0b013e31820d7d2e.
4. Peracha-Riyaz MH, Peracha ZH, Spaulding J, Baciú P, Ahmed S, Imami NR, et al. First described case of anterior and posterior segment crystals in phacolytic glaucoma. *J Glaucoma*. 2017;26(5):e171-e173. doi: 10.1097/IJG.0000000000000642.
5. Senthil S, Dada T, Das T, Kaushik S, Puthuran GV, Philip R, et al. Neovascular glaucoma - A review. *Indian J Ophthalmol*. 2021;69(3):525-34. doi: 10.4103/ijo.IJO_1591_20.
6. Rodrigues GB, Abe RY, Zangalli C, Sodre SL, Donini FA, Costa DC, et al. Neovascular glaucoma: A review. *Int J Retina Vitreous*. 2016;2:26. doi: 10.1186/s40942-016-0051-x.
7. Kalogeropoulos D, Moussa G, Sung V, Pappa C, Tsinopoulos I, Pearson R. Neovascular glaucoma: An update. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2023;240(3):305-15. doi: 10.1055/a-1956-9348.