

SÍNDROME DE ELLINGSON EN IMPLANTE DE CÁMARA POSTERIOR

ELLINGSON SYNDROME IN POSTERIOR CHAMBER LENS IMPLANT

Loscos Arenas J¹, Ruiz Bilbao S², Andreu Andreu D², de la Cámara Hermoso J²

Presentamos un caso de Síndrome de Ellingson, en un varón de 86 años intervenido de cataratas hacia cinco años mediante extracción extracapsular con implante de cámara posterior. También llamado Sd. UGH (Uveítis-Glaucoma-Hipema) es altamente infrecuente en implantes de cámara posterior. Se comentan las características de dicho síndrome y se discuten sus causas.

Palabras clave: Síndrome de Ellingson, uveítis-glaucoma-hipema; implante cámara posterior.

We report a case of Ellingson's syndrome in a 86-year-old-man who underwent extracapsular cataract extraction with posterior chamber IOL, five years ago. It's also known as U.G.H Sd. (Uveitis-Glaucoma-Hypema) who is highly unfrequent with posterior chamber implants. We comment the characteristics of this syndrome and discuss about its causes.

Key words: Ellingson Syndrome, uveitis-glaucoma-hipema, posterior chamber implant.

CASO CLÍNICO

Varón de 86 años de edad, se remitió con el diagnóstico de glaucoma neovascular en OD. Había sido sometido a una extracción extracapsular en ambos ojos con implante de lente de cámara posterior hacia cinco años y no existían antecedentes sistémicos de interés. El paciente refería disminución brusca de la agudeza visual de 20 días de evolución acompañado de dolor ocular.

La agudeza visual era de contar dedos a 1/2 metro en OD y 0,4 en OI. La exploración del segmento anterior mostraba pseudoafaqia bilateral con lente de cámara posterior sin alteraciones en OI y en OD, sinequias anteriores, discoria, hipema de 1/6, tyndal pigmentario y hemático y en el cuadrante temporal superior se observaba una impronta del háptico sobre el iris y atrofia sectorial del mismo (Fig. 1). La presión

intraocular era de 36 mmHg en OD y de 16 mmHg en OI. No se apreciaban neovasos.

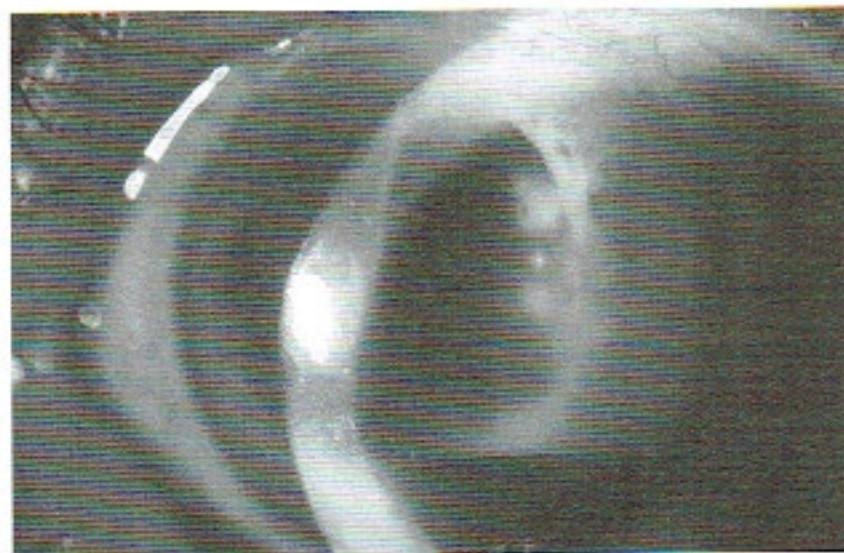


Fig. 1.

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía.

² Doctor en Medicina y Cirugía.

Comunicación presentada en el XIV Congreso SECOIR. Zaragoza (Mayo, 1999).

Fig. 3.

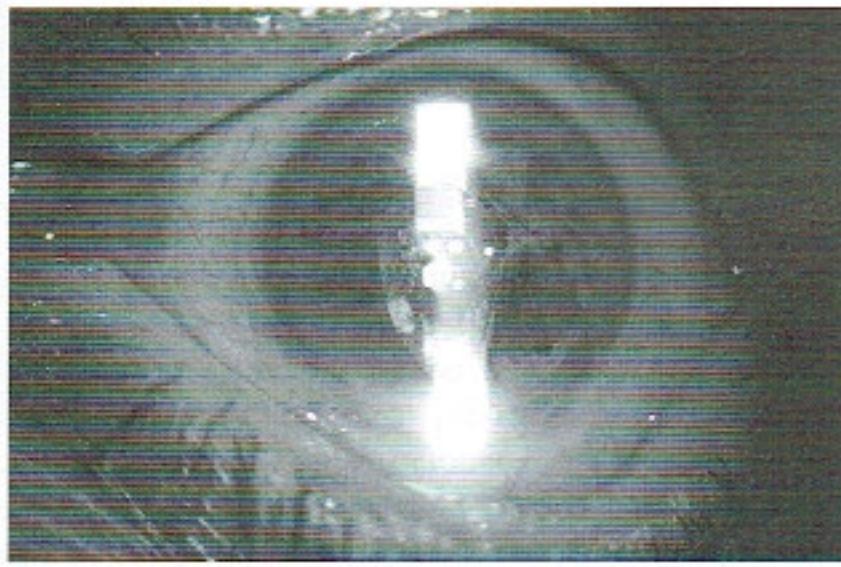
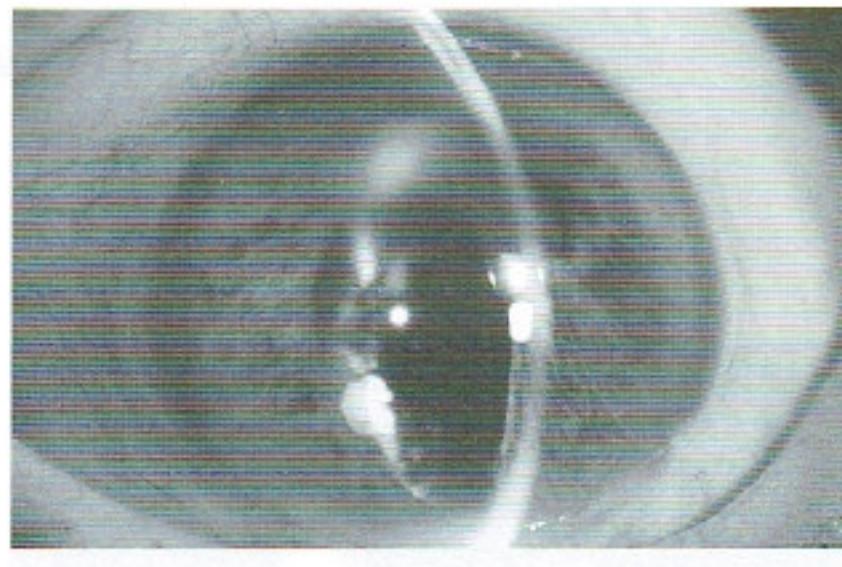


Fig. 2.



Dicho síndrome se ha relacionado con implantaciones de cámara anterior y menos frecuentemente de cámara posterior cuando este no se localiza intrasacáculamente y contacta con estructuras vecinas (2). Su incidencia ha disminuido notablemente en los últimos años paralelo a la mejora de los materiales y el desarrollo de técnicas quirúrgicas menos agresivas (3).

DISCUSSION

Diagnósticado de Sc. de Ellingson o Sc. UGH se pautó tratamiento topical con midriáticos, maleato de timolol, catinoprost y dexametasona. A la semana los cilios tenían elevadas, 26 mmHg, y cuando el hipofema y ellyn达尔habían disminuido otra dimos acetazolamida 125 mg cada 12 h. Al mes la presión intraocular se encontraba normalizada y el hipofema era mucho menor (Fig. 2). Se redujo progresivamente la medicación manteniéndolo con maleato de timolol y fluometacina hasta la completa retirada a los tres meses, con cifras tensionales de 12 mmHg y una agudeza visual máxima corregida de 0,5 en dicho ojo. La exploración del segmento posterior era anodí-
na y actualmente el paciente sigue controles periodicos manteniendo fractalimento topical con AINES.

la presión intraocular importantes, que pueden pasarnos desapercibidas y que el paciente refiere como episodios de visión borrosa transitoria. A la exploración pueden mostrar atrofias localizadas del iris visibles por transiluminación y en ellos estaría indicada la exploración mediante biomicroscopia electrónica para determinar las relaciones entre los hápticos y la cara posterior del iris. Las diferentes opciones terapéuticas propuestas en la literatura son la rotación de la lente, laserterapia focal, el ácido aminocaproico y en último caso la extracción del implante.

Una cuidadosa técnica quirúrgica y la utilización de materiales de calidad contrastada son preceptivos en cualquier paciente y no es necesario insistir en ella. El Sd. de Ellingson es una indicación de extracción del implante y una vez decidido debemos hacerlo lo más precozmente posible. Doren (5) en una serie de 101 ojos en los que se retiró el implante un 9% correspondía al Sd. de Ellingson y fueron éstos precisamente los que obtuvieron una agudeza visual final más baja siendo en el 83% de los casos inferior a 0,1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ellingson FT. Complications with the choice Mark VIII anterior chamber lens implant (Uveitis-Glaucoma-Hyphema). *J Am Intraocular Implant Society* 1977; 3: 199-201.
2. Quintana Casany M. Uveitis secundarias a lentes intraoculares. *Uveítis. Asociació Catalana d'Oftalmologia* 1990.
3. Khanya Pavlin CJ. Uveitis-Glaucoma-Hyphema Syndrome after handmade anterior chamber lens implantation. *J Cataract Refract Surg* 1977 Nov; 23 (9): 1.414-1.417.
4. Pavlin CJ, Harasiewicz K. Ultrasound biomicroscopic analysis of haptic position in late onset recurrent hyphema after posterior lens implantation. *J Cataract Refract Surg* 1994; 20: 182-185.
5. Doren GS, Stern GA. Indication for and results of intraocular lens explantation. *J Cataract Refractive Surg* 1992 Jan; 18(1): 79-85.

Jorge Loscos Arenas
C/. General Mitre, 140, 5.^o 2.^a
08006 Barcelona