

Microhemangiomas iridianos como hallazgo casual

Iris microhaemangiomas as a casual finding

COMBARRO TÚÑEZ M¹, PALAZÓN ORTÍZ L¹, VIERA PELÁEZ D²,
PEÑATE SANTANA H³

RESUMEN

Objetivo: Describir la presencia de microhemangiomas iridianos como hallazgo casual en la exploración biomicroscópica rutinaria en lámpara de hendidura, por ser una condición poco habitual que puede generar confusión en los oftalmólogos.

Material y método: Presentación de un caso clínico en el que se analizan los hallazgos durante el proceso diagnóstico.

Conclusiones: Los microhemangiomas iridianos pueden generar dudas diagnósticas y confusión con otros procesos vasculares, con importante repercusión para la salud visual de los pacientes. Es importante conocer su morfología y sus manifestaciones habituales para poder diagnosticarlos correctamente y evitar pruebas diagnósticas innecesarias.

Palabras clave: Microhemangiomas iridianos, nódulo cobb, tuft iridiano.

SUMMARY

Purpose: To describe iris microhaemangiomas as a casual finding on routine slit-lamp biomicroscopy, because is a rare condition that can confuse ophthalmologist.

Material and methods: Clinical case presentation where we the clinical findings are analyzed during clinical diagnosis.

Conclusions: Iris microhaemangiomas may lead to misdiagnosis and confusion concerning another vascular pathologies, with an important impact in patient visual health. It is important to know the morphology and the common clinical manifestations for a correct diagnosis and try not to do unnecessary diagnosis tests.

Key words: Iris microhaemangiomas, cobb's nodule, iris tuft.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Oftalmología, Las Palmas de Gran Canaria, España.

¹ Médico interno residente.

² Médico adjunto Oftalmología.

³ Doctor en Oftalmología.

Correspondencia:

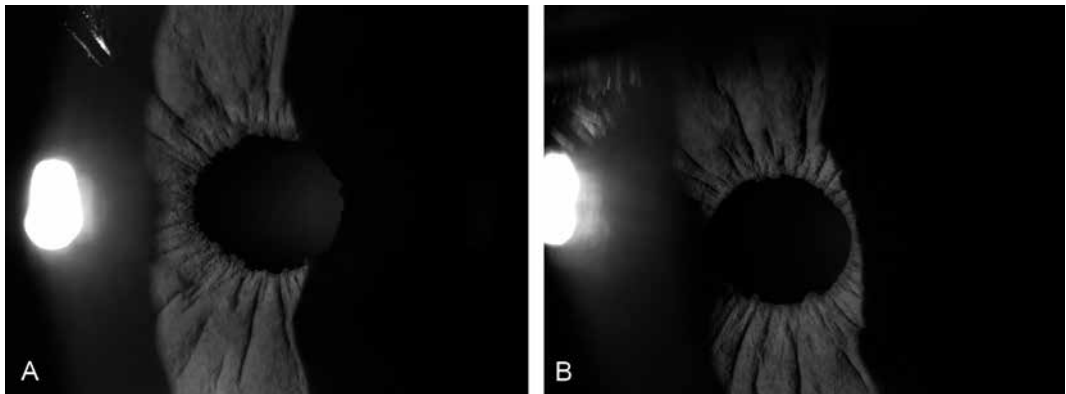
Mercedes Combarro Túñez

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Departamento de Oftalmología. Barranco la Ballena, s/n,

35010, Las Palmas de Gran Canaria, España

mercedescombarro@medicoslaspalmas.es

Fig. 1: A y B. Biomicroscopía en la que se aprecian microhemangiomas iridianos en borde pupilar de ojo derecho (A) e izquierdo (B).



INTRODUCCIÓN

Los microhemangiomas iridianos (MH) son pequeñas tumoraciones vasculares de naturaleza benigna (1) que pueden ser encontrados de manera casual durante la exploración oftalmológica, en el margen pupilar.

También denominados tufts o glomérulos de cobbs, por su descripción en 44 pacientes en 1969 (2) histológicamente se caracterizan por ser vasos enrollados o lesiones vasculares quísticas producidas por la dilatación vascular, con paredes vasculares similares a la de los capilares de unas 150 micras de diámetro (3).

Aunque su causa es desconocida, existe asociación ya descrita con la distrofia miotónica (4) y con las teleangiectasias yuxtafoveales (5).

Normalmente cursan de una forma asintomática, en ocasiones pueden producir pérdida de visión debido a su sangrado espontáneo y a la aparición de hipema o microhipema, siendo este un cuadro autolimitado que responde a tratamiento conservador con corticosteroides tópicos e hipotensores tópicos en caso de aumento de la tensión ocular (6).

Dado su naturaleza vascular y la posibilidad de sangrado espontáneo pueden ser confundidos con otras malformaciones vascula-

res iridianas como la rubeosis de iris u otros tumores vasculares iridianos.

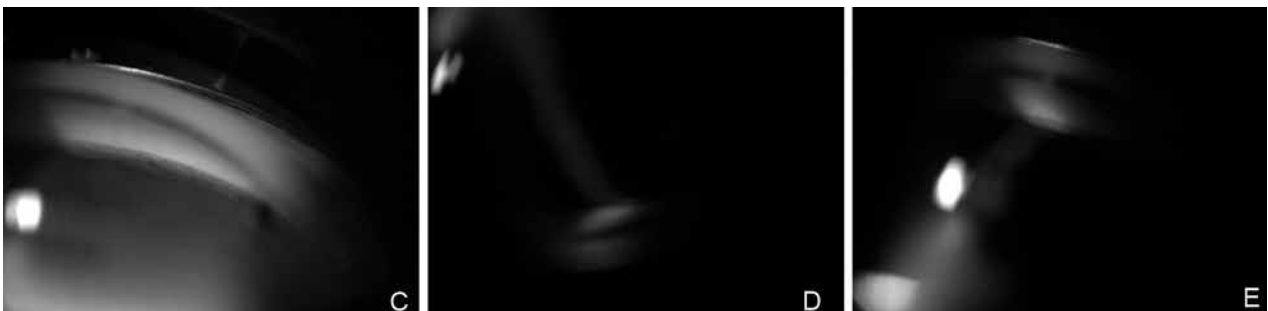
Presentamos un caso con hallazgo casual de microhemangiomas iridianos con el objetivo de evitar la confusión con otras entidades mediante la descripción de sus características.

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años, asintomática, que acude a revisión en nuestro servicio. Los antecedentes patológicos son: DM tipo 2 de 2 años de evolución en tratamiento con antidiabéticos orales refiriendo buen control metabólico, dislipemia e hipertensión arterial. No presenta antecedentes oftalmológicos médicos ni quirúrgicos de interés.

En la exploración se evidenció una agudeza visual con corrección de 0,9 en ojo derecho (OD) y 1 en ojo izquierdo (OI), en la biomicroscopía de segmento anterior (BSA) se observaron cataratas en evolución y vasos anómalos en borde pupilar de ambos ojos, mayores en ojo derecho que fueron catalogados como rubeosis de iris (fig. 1 A y B). La presión intraocular (PIO) fue de 10 mmHg en OD y 12 mmHg en OI. En el fondo de ojo (FO) no se evidenciaron signos de retinopatía

Fig. 2: C, D y E. Gonioscopia de OD, en el que se observa un ángulo pigmentado pero sin signos de neovascularización.



diabética (fig. 3 F y G) y presentaba desprendimiento de vítreo posterior (DVP) en ojo izquierdo. Se decide derivación a sección de retina para valoración y tratamiento adecuado.

Se realizó gonioscopia que resultó normal sin presencia de neovasos en el ángulo iridocorneal (fig. 2 C, D y E) y la angiografía fluoresceínica (AGF) descartó isquemia retiniana en ambos ojos (fig. 4 H e I), realizándose fotografías en tiempos tardíos del iris en midriásis farmacológica que impidieron visualización de borde pupilar y por ello de microhemangiomas en el mismo (fig. 5 J y K). Sin embargo, en la OCT de cámara anterior se evidencia pequeña zona hiperreflectante en borde pupi-

las de ojo derecho (fig. 6). Se realizó además estudio carotídeo para descartar isquemia ocular, estudio que finalmente resultó normal.

A raíz de la exploración realizada y las pruebas complementarias concluimos como diagnóstico definitivo la presencia de microhemangiomas iridianos y se da de alta de sección de retina, descartando el diagnóstico de rubeosis de iris en ese momento.

DISCUSIÓN

Los tumores vasculares iridianos representan sólo el 2% de todos los tumores del

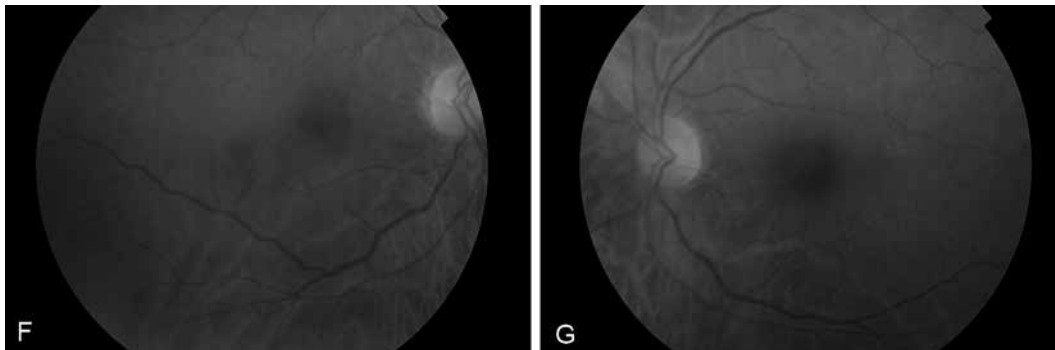


Fig. 3: F y G. Retinografías de OD y OI en las que se observan ausencia de signos de retinopatía diabética.

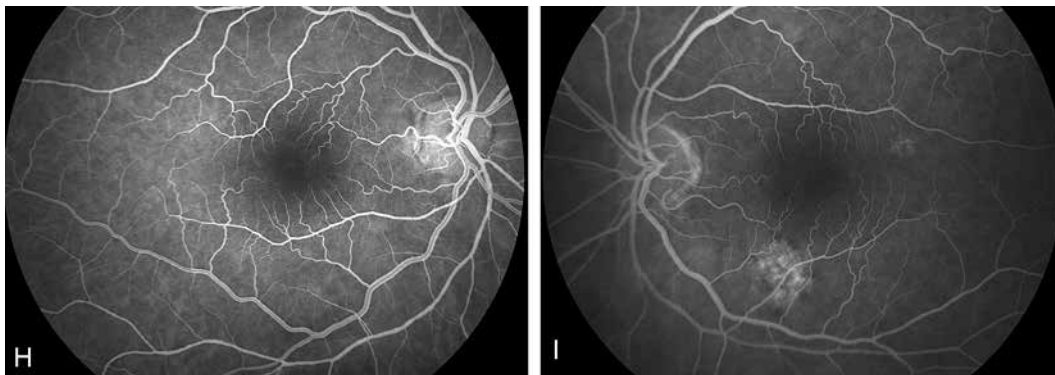


Fig. 4: H e I. Angiografía con fluoresceína de OD y OI que muestran ausencia de zonas isquémicas por dentro de arcadas vasculares.

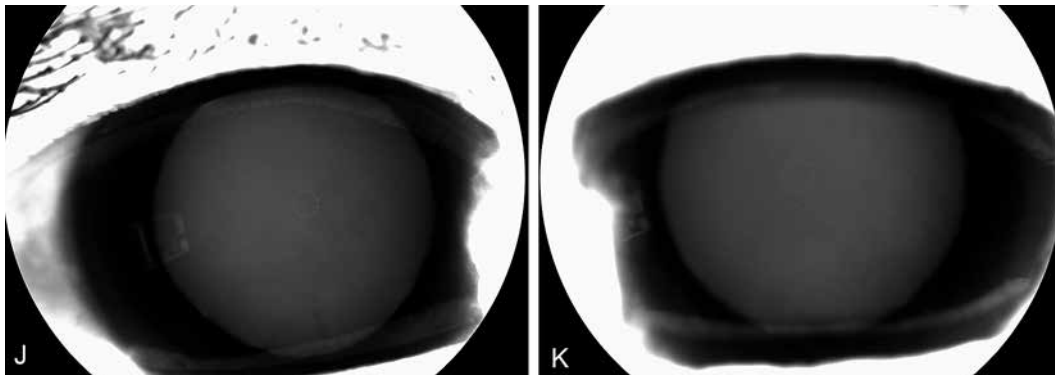


Fig. 5: J y K. Angiografía con fluoresceína iridiana en tiempos tardíos con pupila en midriásis farmacológica que impide la visualización de microhemangiomas iridianos.

Fig. 6: Tomografía de coherencia óptica de cámara anterior que muestra pequeña zona hiperreflectante en reborde pupilar de ojo derecho.



iris. Los microhemangiomas son realmente infrecuentes, cuando aparecen, normalmente lo hacen en aquellos pacientes mayores de 60 años (7), como es el caso de nuestra paciente.

Como se ha descrito, en la biomicroscopía se observan como pequeños vasos arracimados en el borde pupilar, que pueden ser confundidos en un primer momento con neovascularización iridiana, a diferencia de los MH, la rubeosis de iris se extiende en la superficie anterior del iris y del esfínter pupilar.

Para realizar el diagnóstico diferencial con la neovascularización iridiana secundaria precoz, es imprescindible una anamnesis dirigida a factores de riesgo como la trombosis venosa retiniana, la isquemia ocular y más frecuentemente la DM de mal control y largo tiempo de evolución. En nuestro caso, la paciente presentaba DM, pero refería buen control metabólico además de poco tiempo de evolución.

Por otro lado, durante la exploración debemos descartar neovascularización del ángulo iridocorneal mediante gonioscopia y el examen de fondo de ojo con el fin de visualizar zonas de isquemia retiniana, que pudieran justificar la presencia de rubeosis de iris, ausentes en el caso de nuestra paciente. La AGF retiniana descarta con certeza la presencia de estas isquemias.

En casos que permanezcan dudosos la angiografía con fluoresceína iridiana puede ayudarnos en el diagnóstico, se caracteriza por una hiperfluorescencia precoz, visible también en tiempos tardíos, se concentra en el borde pupilar y puede ser más extensa que las lesiones que hemos visualizado previamente, a diferencia de la neovascularización iridiada no se producirá difusión del contraste, además permitirá identificar y seguir lesiones que originen sangrado en casos sintomáticos (8). En nuestro caso, esta prueba no fue significativa para el diagnóstico debido a la no visualización de las lesiones por

presentar midriasis farmacológica durante la exploración.

En cuanto a su diagnóstico diferencial con otros tumores iridianos, destaca el más frecuente, el hemangioma racimoso del iris, a diferencia de los microhemangiomas que se encuentran en el borde pupilar estos tumores vasculares se localizan en la periferia iridiana pudiendo extenderse hacia la zona media o margen iridiano para regresar finalmente a la periferia (9).

La angiografía fluoresceínica aunque útil, es una prueba cruenta, nuevos métodos diagnósticos como la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la combinada con angiografía (OCTA) en su modalidad en face y b-scan, nos ofrece un método no invasivo de exploración de la vasculatura iridiana, en la que observamos pequeñas masas vasculares en el borde pupilar localizadas en el estroma profundo (10).

En cuanto al tratamiento, normalmente no es necesario realizar ninguno, al comportarse como lesiones asintomáticas como en el caso descrito. En el caso de producir hipema y aumento de la tensión ocular el manejo conservador con colirios suele ser suficiente para su control (6). En casos recidivantes, aumento de la tensión incontrolable, o cuando se prevé un riesgo de sangrado durante procedimientos quirúrgicos, como la cirugía de catarata (11), la fotocoagulación con láser argón de la lesiones es un tratamiento eficaz (12).

CONCLUSIÓN

Los microhemangiomas iridianos pueden generar dudas diagnósticas y confusión con otros procesos vasculares, con importante repercusión para la salud visual de los pacientes. Es importante conocer su morfología y sus manifestaciones habituales para poder diagnosticarlos correctamente y evitar pruebas diagnósticas innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shields JA, Bianciotto C, Kligman BE, Shields CL. Vascular tumors of the iris in 45 patients: the 2009 Helen Keller lecture. *Arch Ophthalmol*. 2010;128:1107 e 1113.
2. Cobb B: Vascular tufts at the pupillary margin: a preliminary report on 44 patients. *Trans Ophthalmol Soc UK*. 1969; 88: 211-221
3. Meades KV, Francis IC, Kappagoda MB, Filipic M. Light microscopic and electron microscopic histopathology of an iris microhaemangioma. *Br J Ophthalmol*. 1986;70:290-4. doi: 10.1136/bjo.70.4.290.
4. Cobb B, Shilling JS and Chisholm IH. Vascular tufts at the pupillary margin in myotonic dystrophy. *Am J Ophthalmol*. 1970;69: 573-582.
5. Espen F, Bakke and Liv Drolsum. Iris microhaemangiomas and idiopathic juxtafoveolar retinal teleangiectasis. *Acta Ophthalmol. Scand*. 2006; 84: 818-822
6. Mendez-Cepeda P, Viso E, Sevillano C y Lugo E. Microhemangiomas iridino: a propósito de un caso. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2014; 89 (2): 74-76
7. Shields CL, Kancherla S, Patel J, et al. Clinical survey of 3680 iris tumors based on patient age at presentation. *Ophthalmology*. 2012;119:407 e 414.
8. Goyal S, Foster FL, Siriwardena D. Iris vascular tuft causing recurrent hyphen and raised IOP: A new indication for laser photocoagulation, angiographic follow up, and review of laser outcomes. *J Glaucoma*. 2010; 19: 336-8.
9. Chien JL, Sioufi K, Ferenczy S, Say EAT, Shields CL. Optical Coherence Tomography Angiography features of iris Racemose Hemangioma in 4 cases. *JAMA Ophthalmol*. 2017;135(10):1106-1110.
10. Kang AS, Welch RJ, Sioufi K, Say EAT, Shields JA, Shields CL. Optical coherence tomography angiography of iris microhaemangiomas. *Am J Ophthalmol Case Rep*. 2017; 13; 6:24-26.
11. Winnick M, Margalit E, Schachat AP, Stark WJ. Treatment of vascular tufts at the pupillary margin before cataract surgery. *Br J Ophthalmol*. 2003; 87(7): 920-1
12. Hagen AP, Williams GA. Argon laser treatment of a bleeding iris vascular tuft. *Am J Ophthalmol*. 1986; 101(3): 379-80.