

Consejo de la EGS de octubre de 2025

En un paciente joven con ángulos estrechos, considera la posibilidad de un iris en meseta. Realiza una gonioscopia con indentación y una biomicroscopía ultrasónica para confirmar el diagnóstico.

El síndrome de iris en meseta es una entidad en la que el iris presenta una inserción más anterior sobre el cuerpo ciliar, lo que empuja el iris periférico hacia adelante. A pesar de una iridotomía permeable, puede conducir a un glaucoma por cierre angular. Suele presentarse en pacientes jóvenes con ángulos estrechos, que típicamente son menos hipermétropes que los pacientes con glaucoma por cierre angular, pudiendo ser incluso miopes.

Las herramientas clave para el diagnóstico incluyen la gonioscopia con indentación, que muestra el “signo de la doble joroba”, y la biomicroscopía ultrasónica (BMU), que confirma la posición anterior de los procesos ciliares [1]. Esta configuración puede imitar al glaucoma primario por cierre angular, por lo que es esencial una evaluación cuidadosa.

El tratamiento puede incluir el uso de agentes mióticos y la iridoplastia periférica con láser para aplanar el perfil del iris y prevenir el cierre angular [2]. En casos donde haya un componente de bloqueo pupilar, puede ser necesaria una iridotomía periférica, cirugía de cataratas o una lensectomía. También puede realizarse una goniosinequiólisis si hay sinequias presentes. Si estas medidas no logran un control adecuado de la presión intraocular (PIO), deben considerarse los procedimientos quirúrgicos filtrantes [3].

La detección temprana y el manejo adecuado son cruciales para evitar la pérdida progresiva de visión asociada a esta enfermedad.

Bibliografía

1. Ritch, R. and S. Dorairaj, *Plateau iris syndrome in younger patients*. Clin Exp Ophthalmol, 2007. **35**(5): p. 399-400.
2. Ritch, R., C.C. Tham, and D.S. Lam, *Long-term success of argon laser peripheral iridoplasty in the management of plateau iris syndrome*. Ophthalmology, 2004. **111**(1): p. 104-8.
3. Ng, W.T. and W. Morgan, *Mechanisms and treatment of primary angle closure: a review*. Clin Exp Ophthalmol, 2012. **40**(4): p. e218-28.

Autoría

Constance Liegl, MD, Bonn, Alemania