

Patología combinada de superficie ocular en un caso clínico atípico. Manejo y seguimiento

Combined ocular surface pathology in an atypical clinical case. Treatment and follow-up

CAPOTE YANES E¹, RODRÍGUEZ MARTÍN J², SÁNCHEZ GARCÍA M¹,
GLEZ DE LA ROSA M³

RESUMEN

Caso clínico: Mujer de 36 años, intervenida en 2001 de cirugía refractiva (PRK) que desarrolló absceso corneal en un ojo al quinto día con secuela leucomatosa. Tras el padecimiento de queratoconjuntivitis epidémica y una vez estable el cuadro se decide la realización de queratoplastia lamelar anterior profunda (2006) con importante mejoría de agudeza visual. Tras tres años de estabilidad desarrolla en 2009 un síndrome de ojo seco bilateral.

Discusión: Con el tratamiento adecuado en cada fase patológica se ha conseguido un adecuado confort e inactividad clínica a nivel de la superficie ocular con buena agudeza visual en ambos ojos.

Palabras clave: PRK, absceso, QLAP, queratoconjuntivitis, Sjögren.

ABSTRACT

Clinical case: 36-year-old woman develops corneal abscess with leucomatous sequel 5 days after refractive surgery (PRK) in her right eye in 2001. After one episode of epidemic keratoconjunctivitis and once the stabilization of the ocular surface is reached, a deep anterior lamellar keratoplasty is performed (2006) with important improvement of her visual acuity. After three years of stability the patient develops Sjögren Syndrome in both eyes (2009).

Discussion: With the accurate treatment we have achieved comfortability and no further problems on the eye surface, with good visual acuity in both eyes.

Key Words: PRK, abscess, DALK, keratoconjunctivitis, Sjögren.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Interno Residente. Servicio de Oftalmología.

² Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto. Servicio de Oftalmología.

³ Doctor en medicina. Catedrático de Oftalmología. Universidad de La Laguna.

Correspondencia:

Eulalia Capote Yanes

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias

Carretera La Cuesta-Taco, s/n

38320. La Laguna, Tenerife

Laliacapote@hotmail.com

OBJETIVOS

Mostrar en un caso clínico la coincidencia de varias patologías que afectan la superficie ocular, así como los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados para cada una de las entidades presentadas, con imágenes ilustrativas al respecto, realizando al mismo tiempo una pequeña revisión de dicha patología.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso clínico de una mujer de 36 años, usuaria de lentes de contacto y con intolerancia a las mismas que en noviembre de 2001 presentaba una miopía estable de -5 esf. -1 cyl a 180° en ambos ojos, con visión bilateral de 0,8 con corrección, mínimo pterigion inactivo en ojo derecho y normalidad en el resto de la exploración clínica incluyendo test de schirmer, estudio topográfico, paquimetría y fundoscopia, que decide someterse a cirugía refractiva mediante queratectomía fotorrefractiva (PRK) con buen resultado postquirúrgico inmediato pero con el desarrollo de un absceso corneal al quinto día en su ojo derecho, con negatividad en cultivo de muestras tras raspado aunque positividad PCR a ARN bacteriano. El absceso no responde a la antibioterapia tópica habitual (tobramicina + ofloxacino) consiguiéndose en cambio remisión al introducir cloramfenicol tópico en el tratamiento. El desarrollo de un leucoma corneal (fig. 1) empobrece la agudeza visual una vez resuelto el cuadro hasta un resultado residual de 0,3 con astigmatismo irregular.

Con el paso de los meses (marzo 2002) se observa disminución de leucoma y leve mejoría de la agudeza visual a 0,4 con su mejor corrección de $-3,5$ cyl. a 170° , desarrollando entonces el padecimiento de una queratoconjuntivitis epidémica con características compatibles de origen adenovírico que afecta de forma agresiva a ambos ojos con el desarrollo de múltiples leucomas corneales y disminución bilateral transitoria de agudeza visual. Tras la fase clínica y con el tratamiento pautado (colirio de AINE y humectación

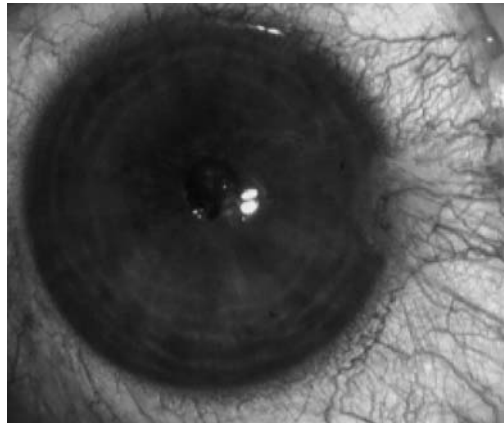


Fig. 1: Leucoma central postinfeccioso.

sustitutiva) se observa mejoría de agudeza visual hasta valores previos.

Una vez estable la superficie ocular del ojo derecho y tras años (2002-2005) de inactividad inflamatoria se decide la realización en el ojo derecho (abril 2006) de queratoplastia lamelar anterior profunda (QLAP) con excelente resultado postquirúrgico y agudeza visual a los tres meses de 0,6 con corrección ($-3 -1$ a 0°).

Tras tres años de estabilidad desarrolla en 2009 un síndrome de ojo seco bilateral con empeoramiento del índice subjetivo de afectación de superficie ocular (OSDI) en corto periodo de 29 (7/09) a 32 puntos (11/09), con frotis conjuntival dentro de la normalidad (fig. 2) y patrón xerótico tincional de grado 2 en el test de Oxford (fluoresceína, fig. 3) y grado 0-1 en el de Van Bijsterveld (verde lisamina). En base a la tipificación clínica (Triple Clasificación de Madrid) se determina *etiologicamente* como: hormonal (menopausia) y neurodeprivativo (usuaria de lentes de contacto, PRK, queratoconjuntivitis ade-

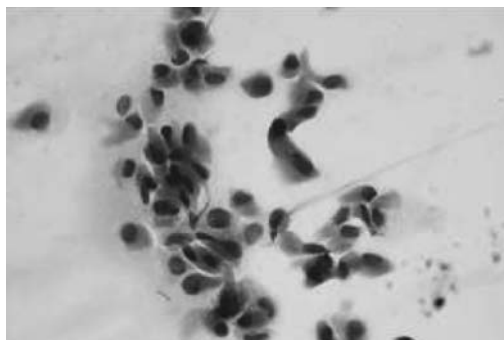


Fig. 2: Frotis conjuntival.

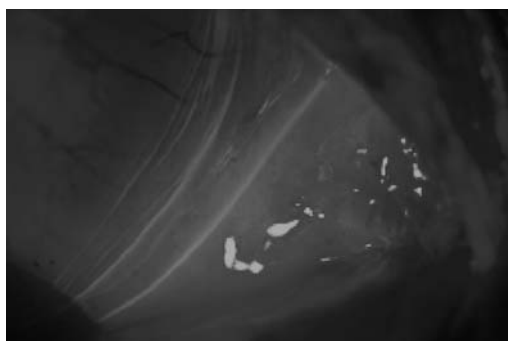


Fig. 3: Tinción fluoresceína.



Fig. 4: Estado actual.

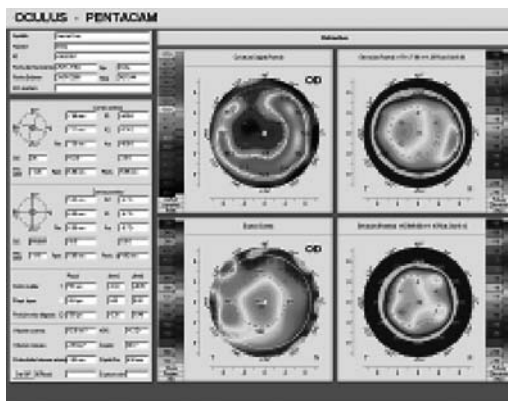


Fig. 5: Topografía 5 años evolución.

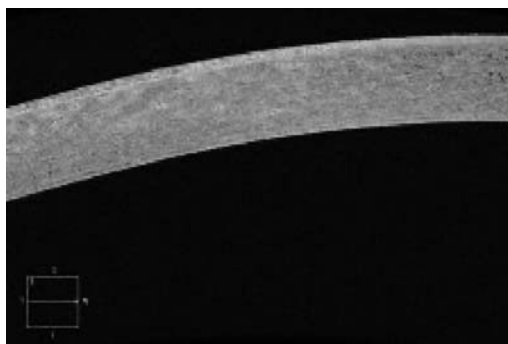


Fig. 6: OCT corneal actual.

novírica), *histológicamente* como acuodeficiente; y de *gravedad* moderada. Con medidas ambientales, carmelosa tópica al 0,5 diurna (Viscofresh®), dexpanthenol nocturno en gel (Recugel®), taponamiento canalicular inferior bilateral y aplicación de suero autólogo se ha conseguido un adecuado confort e inactividad clínica a nivel de la superficie ocular (fig. 4), con normalización clínica y de las pruebas complementarias, incluidas topografías (fig. 5), OCT corneal (fig. 6) y recuentos endoteliales.

DISCUSIÓN

La incidencia de complicaciones infecciosas tras un procedimiento de cirugía refractiva mediante láser excímero publicadas en la literatura consultada (1-3) es muy baja (inferior a 0,1%), encontrándose las micobacterias atípicas entre los gérmenes más habituales, aunque también hay que considerar otros gram +vos, como el *stafilococo aureus* y el *streptococo pneumoniae*. El manejo debe ser idéntico al de los abscesos corneales en general, con toma de muestras mediante raspado o frotis para cultivo e identificación mediante PCR si es posible. El tratamiento se realizará según antibiograma o empíricamente con antibióticos de amplio espectro. La presencia de leucomas residuales y adelgazamiento estromal es habitual en estos casos.

La queratoplastia lamelar anterior profunda, QLAP, o DALK por sus siglas en inglés, es una técnica en auge debido a que, aunque presenta mayor complejidad técnica, confiere menos probabilidad de complicaciones postquirúrgicas inmediatas (hemorragia expulsiva, coroidea, hipertensión ocular, endoftalmitis) como tardías (rechazo del injerto). Es necesaria cierta experiencia en cirugía lamelar corneal si se realiza de forma manual, o contar con la tecnología necesaria para elaborarla de forma automatizada. Los resultados publicados son prometedores referentes a supervivencia de injerto y baja presentación de complicaciones (4-7).

La queratoconjuntivitis adenovírica es una conjuntivitis epidémica causada por el adenovirus serotipos 8, 19 y 37 con mayor frecuen-

cia, transmitiéndose por contacto que transmite el virus vehiculizado sobre todo por la saliva y las lágrimas de los pacientes, siendo altamente contagiosa durante al menos 2 semanas. Se manifiesta como ojo rojo, picor, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño, hiperemia, secreción catarral, fotofobia... que afectan inicialmente a un ojo y después al contralateral. Puede existir además adenopatías preauriculares. Las formas severas pueden cursar con hemorragias subconjuntivales, edema palpebral, e incluso formación de pseudomembranas, muy molestas con intensa sensación de roce. Al final del cuadro pueden aparecer infiltrados corneales, con pequeñas nubes que pueden dificultar la visión y pueden tardar días a meses en desaparecer, incluso después de haber desaparecido los síntomas. El tratamiento es a base de medidas preventivas e higiénicas, antivíricos tópicos y colirios antiinflamatorios no esteroideos y humectantes, reservando los corticoides para aquellos casos con infiltrados corneales activos (8,9).

El síndrome de ojo seco es probablemente la patología más prevalente a nivel oftalmológico, según el grupo de trabajo internacional de ojo seco (DEWS 2007) (10). La tendencia actual encuadra esta patología dentro de lo que se ha dado en llamar el síndrome de disfunción de la película lagrimal (TDS). La descripción en profundidad de esta enfermedad no podría ser abarcada en este trabajo, pero no podemos dejar de mencionar que en nuestro ámbito seguimos la tipificación clínica propuesta por el Prof. Murube que la etiqueta según su etiología, histología y gravedad (11,12). El tratamiento debe ser escalonado acorde a la gravedad de los síntomas, y debe incluir medidas generales, ambientales/dietéticas y terapia sustitutiva con lagrimas artificiales/geles humectantes, secretagogos sistémicos (pilocarpina, flumacénilo), tópicos (eloisina), tratamiento sintomático: colirios de AINE, dexametasona, antihistamínicos, todos a ser posible sin conservantes, y también se puede asociar taponamiento canalicular y suero autólogo. Las medidas quirúrgicas se reservan para casos de mal control (injertos de glándulas salivares, cantoplastias, injerto de membrana amniótica, queratoprótesis...).

CONCLUSIONES

Creemos conveniente recordar, que en un mismo paciente pueden concurrir diferentes patologías de superficie ocular, que pueden requerir tratamientos muy diferentes dentro del espectro terapéutico, pero interrelacionados entre sí.

En el caso que presentamos, se da la circunstancia de la presentación realmente inusual de infección corneal tras cirugía refractiva, queratoconjuntivitis epidémica y síndrome de ojo seco severo. Todas estas patologías presentan un denominador común: la alteración de la superficie ocular que altera temporal o permanentemente la función visual.

Es importante que el oftalmólogo se familiarice con las tendencias actuales y las tenga en cuenta en la aplicación clínica. En este sentido la queratoplastia lamelar anterior profunda, realizada con cualquiera de las técnicas sugeridas (Price, Manche, Melles, Amayen, Anwar, Güell...) se debe considerar si las capas profundas de la córnea se encuentran respetadas. Asimismo se debe sospechar la presencia de un síndrome de ojo seco precoz a nivel etario ante la existencia previa de eventos adversos oculares, y conocer los métodos de cuantificación clínica tanto subjetiva (en nuestro caso el OSDI) como objetiva por los medios habituales (schirmer, BUT) y especiales (estudio del frotis, patrones tincionales...) para así poder llevar a cabo una correcta clasificación, gradación y plan terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang MA, Jain S, Azar DT. Infections following lasik in situ keratomileus: An integration of the published literature. *Surv Ophthalmol* 2004; 49: 269-280.
2. Karp CL, Tuli SS, Yoo SH, Vroman DT, Alfonso EC, Huang AH, Pflugfelder SC, Culbertson WW. Infectious keratitis after LASIK. *Ophthalmology*. 2003; 110: 503-10.
3. Alio JL, Perez-Santonja JJ, Tervo T, Tabbara KF, Vesaluoma M, Smith RJ, Maddox B, Maloney RK. Postoperative inflammation, microbial complications, and wound healing following

- laser in situ keratomileusis. *J Refract Surg.* 2000; 165: 23-38.
4. Melles, et al. A surgical technique for posterior lamellar keratoplasty. *Cornea* 1998 Nov, 17(6): 618-26.
 5. Sugita J, et al. Deep lamellar keratoplasty with complete removal of pathological stroma for vision improvement. *Br J Ophthalmol* 1997 Mar; 81(3): 184-8.
 6. Manche EE, et al. Deep lamellar keratoplasty using viscoelastic dissection. *Arch Ophthalmol* 1999 Nov; 117(11): 1561-5.
 7. Hirano K, et al. Separation of corneal stroma and Descemet's membrane during deep lamellar keratoplasty. *Cornea* 2002 Mar; 21(2): 196-9.
 8. Rajaiya J, Chodosh J. Nuevos paradigmas en la patología ocular infecciosa: queratoconjuntivitis por adenovirus. *Arch Soc Esp Oftalmol* v. 81 n. 9 Madrid sep. 2006.
 9. Butt AL, Chodosh J. Adenoviral keratoconjunctivitis in a tertiary care eye clinic. *Cornea* 2006; 25: 199-202.
 10. Lemp MA. The definition and classification of dry eye disease: Report of the definition and classification subcommittee of the international dry eye workshop (2007). *Ocul Surf* 2007; 5: 75-92.
 11. Murube J. Clasificación clínica del ojo seco. In: Murube J (ed): *Ojo Seco-Dry Eye*. Madrid. Tecimedia Edit. 1977; 39-44.
 12. Murube J, Benítez del Castillo JM, ChenZhuo L, Berta A, Rolando M. The Madrid Triple Classification of Dry Eye. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2003; 78: 587-594.