Comunicación oral

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA — Viernes, 4 de abril ▶ 10:40 h ▶ Sala N-102 ▶ ID-00310

ACTUALIDAD EN EL MANEJO INTEGRAL DEL QUERATOCONO. CASO CLÍNICO

Autores:

José L. Gómez Molina[1], F. Javier Canales Calvo[1], Francisco Prieto[1]

Instituciones: [1]*Facultad de Óptica y Optometría. Universidad Complutense de Madrid.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el tratamiento del Queratocono (Kc), presenta dos objetivos claros: 1) La restauración de la estructura corneal mediante las diferentes técnicas de Queratoplastia (Qp) o por refuerzo estructural de la córnea mediante la técnica de *Cross-Linking* (CXL); 2) La corrección o compensación óptica del defecto refractivo, mediante el implante de segmentos intraestromales (SIE) y/o mediante la adaptación de Lentes de contacto (LC) de geometría avanzada. En este artículo mostramos, a través de un caso clínico, los diferentes procedimientos que se utilizan en la actualidad en el manejo integral del Kc.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 48 años. Qp en OD hace 8 años y usuaria de LC RGP en OI con mala tolerancia. Sin antecentes personales clínicos de interés.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se realiza un examen visual y ocular, junto con una evaluación topográfica de proyección *Pentacam HR* (Oculus GmBh,Wetzlar, Germany) donde destacan los siguientes hallazgos (*Tabla 1*):

- El examen visual revela una baja AV compensada (AVc/c), alto astigmastismo refractivo, unos valores altos de Queratometría media (Km) compatibles con Kc y una supresión del OD, por posible ambliopía.

- El examen topográfico determina en el OI un patrón compatible con el Kc y una patrón oblato irregular compatible con la Qp en OD. Además nos determina unos acusados valores del coma vertical corneal (3,-1) en OI compatible con Kc.

- La evaluación biomicroscópica revela un rechazo del injerto corneal del OD. No existen hallazgos clínicos de Kc en OI.

DIAGNÓSTICO

Los resultados de la exploración clínica determinan: 1) Qp en OD con rechazo endotelial del injerto corneal con perfil oblato irregular. 2) Kc III-IV(Escala KSS).

TRATAMIENTO/ EVOLUCIÓN

En relación al OD, con motivo del rechazo del injerto, se indica una nueva QP Penetrante y cambio del injerto corneal. Y para el OI el implante de SIE para la regularización de la geometría corneal y posible compensación

O/O	Refracción (Rx)			Queratometría (K)			Coma
	Avs/c	Rx	Avc/c	Kmedia	Astig. Corneal	Eje	3,-1
OD	<0,5	-1,75/ -12,00 x 25	0,2	51,6	-12,75	37	0,97
OI	<,0,5	-3,00/ -4,25 x 120	0,3	54,6	-5,25	21	-4,02

Tabla 1 / Evaluación pre quirúrgica

O/O	Rx			K			Coma
	Avs/c	Rx	Avc/c	Kmedia	Astig. Cornea	Eje	3,-1
OD	<0,5	-2,00/ -2,50 X 60	0,15	46,35	-7,5	64	-1,69
OI	<,0,5	-5,50/ -2,25 x 50	0,2	43,30	-3,70	105	-1,79

Tabla 2 / Evaluación postquirúrgica

Material	Laboratorio	%Agua	Modulo (Mpa)	Ec (mm)	Eb (mm)	Dk $*_{10^{-11}}$	Øtotal (mm)	Potencia (Dp)	Ro (mm)
Filcon V3	Sofex/Lenticon	74	0,35	0,35	0,11	60	14	-6,00	7,2

AVc/LC	Sobre Rx	AV	Biomiscroscopia
0,5	-1,00	0,6	Centrado y movimiento adecuado/ CPG++
Conclusiones	Refiere aceptable adecuada visión y tolerancia (uso de hasta 10 horas)		

Tabla 3 / Adaptación de LC

óptica mediante gafas o LC hidrofílicas que mejore la tolerancia en OI.

Tras 2 años de evolución, y una vez estabilizada la condición ocular y visual, obtuvimos los siguientes resultados en la exploración clínica y evaluación topográfica (*Tabla 2*):

- Un cambio de los valores de Km hacia valores más fisiológicos.
- Un moderado valor de astigmatismo refractivo.
- Unos valores de coma (3,-1) menores pero aún acusados en OI, que justifica el pobre valor de AVc/c en OI. Por esta razón última se opta por la adaptación de una LC Hidrofílica de alto espesor que compense el defecto refractivo y el coma vertical asociado, obteniendo una AV c/LC de 0,6 y una adecuada tolerancia. (*Tabla 3*)

CONCLUSIÓN

Actualmente, la suma de las diferentes técnicas quirúrgicas y los nuevos diseños de LC permiten un tratamiento exitoso e integral del Kc, y es un ejemplo más sobre la necesidad de colaboración multidisciplinar oftalmólogo-optometrista.