XXIII CONGRESO INTERNACIONAL
Optometría, Contactología y Óptica Oftálmica
Optom 2014
Uniendo ideas, creando sinergias.
Madrid
4 al 6 de abril

Comunicación e-póster

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA | Domingo, 6 de abril | 10:00 h | T-11 | ID-00390

DISTROFIA GRANULAR EN ESTROMA CORNEAL: CASO CLÍNICO

Autores:

Laura García Montero[1] , Cristina Bautista Triviño[1] , Cristina Niño Rueda[1]

Instituciones: [1]*Clínica Universitaria de Optometría. Universidad Complutense de Madrid.*

INTRODUCCIÓN

Las distrofias corneales comprenden una variada serie de entidades que quedan al margen de los tipos etiopatogénicos clásicos como las infecciones, inflamaciones, traumatismos y neoplasias.

En la mayoría encontramos cambios en la transparencia de la córnea provocados por la formación de depósitos de materiales anómalos. En algunos casos la curvatura y el espesor corneal se ven comprometidos.

Su incidencia en general es baja y su repercusión es variable, desde pasar desapercibidas hasta progresar hacia una pérdida de visión severa. Para diferenciar las distrofias de las degeneraciones corneales recurrimos a un conjunto de características comunes: la alteración primaria y espontánea corneal, casi siempre bilateral y simétrica, predominio central, inicio precoz y progresión generalmente lenta. Estos rasgos nos indican un defecto genético a diferencia del origen inflamatorio, con expresión fenotípica en la córnea, siendo la presencia de antecedentes familiares la diferencia más concluyente con las degeneraciones corneales.

Las degeneraciones, por el contrario, tienden a ser periféricas, unilaterales o bilaterales asimétricas. El origen tardío y progresión más evidente. A menudo son secundarias a otras patologías locales o sistémicas, con frecuencia inflamatorias, acompañadas de vascularización corneal, o bien asociados a envejecimiento o a agresiones ambientales.

Si el origen genético y la patogenia no quedan establecidos de forma precisa, debemos basarnos en los signos clínicos e histopatológicos para realizar una clasificación descriptiva.

El progreso de la genética está haciendo posible una clasificación cada vez más precisa y dando un conocimiento más profundo de su mecanismo causal y la composición de sus depósitos.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 54 años de edad, que acude a consulta de la Clínica de Optometría de la UCM para revisión. Refiere visión borrosa fluctuante en lejos y fotofobia. En condiciones escotópicas percibe halos e incluso visión doble de los focos luminosos. Usa corrección óptica para visión próxima. Presenta antecedente familiar: madre con distrofia corneal. Historia médica y ocular no relevantes.

EXPLORACIÓN

Las pruebas optométricas monoculares y binoculares están dentro de la normalidad.

La agudeza visual mejora en lejos y cerca mediante corrección óptica. Llegando en ambos casos a una agudeza visual de 1,2 con cada ojo.

Al estudiar el polo anterior mediante biomicroscopía se observan opacidades corneales en estroma de forma bilateral y simétrica predominando en el área central de la córnea con aspecto granular cristaloide. El resto de estructuras y anejos oculares están dentro de la normalidad.

CONCLUSIÓN

En este caso, al tener carácter hereditario y teniendo en cuenta sus características: afectación en la transparencia, el nivel histológico afectado es el estroma y patrón de los depósitos de tipo granular, sería compatible a una distrofia granular.

Mediante corrección óptica se alcanzan valores óptimos de agudeza visual; aun así los síntomas producidos por la dispersión de la luz provocada por las opacidades corneales no serán resueltos y se prescribe para mayor confort visual lentes fotocromáticas para disminuir halos y fotofobia. Remitimos el paciente al oftalmólogo para valoración del polo anterior y posibles tratamientos en caso de progresión.