

Uniendo
ideas,
creando
sinergias.



Madrid
4 al 6 de abril

Comunicación e-póster

SUPERFICIE OCULAR / LENTES DE CONTACTO

Viernes, 4 de abril ▶ 09:00 h ▶ T-12 ▶ ID: 00215

▼ ADAPTACIÓN DE LENTE DE CONTACTO RÍGIDA PERMEABLE AL GAS EN ABLACIÓN DESCENTRADA POSCIRUGÍA REFRACTIVA

Autores:

Elvira Jiménez Guerra¹, Fernando Sánchez Jiménez¹

Institución: ¹Alain Afflelou

INTRODUCCIÓN

Manejo en la adaptación de lentes de contacto permeables al gas (LC RPG) en paciente con PRK con ablación láser descentrada respecto a pupila. Qué consideraciones hay que tener para manejar estos casos y cuáles son los resultados refractivos y visuales después de la adaptación.

HISTORIA CLÍNICA

Hombre caucásico de 38 años acude por pérdida de visión en ambos ojos (AO). Intervenido de PRK hace 10 años en OD (-4D aprox.), OI no intervenido por baja refracción. Refracción residual con gafas para uso esporádico (OD -1.00 -1.75 a 125°; OI -0.25 -0.75 a 125°). Última revisión hace 2 años.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Motilidad ocular extrínseca e intrínseca dentro de los límites normales, no presenta desviación en el cover test. AV OD/OI con Rx 0,4/0,7 y AV AO 0,8. Nueva refracción: OD -2.00 -1.50 a 125° (AV 0,7), OI -0.75 -0.75 a 130° (AV 1,0) y AV AO 1,0. No presenta anomalías acomodativas ni binoculares. Valoramos salud ocular mediante biomicroscopía y en sección óptica observamos en OD adelgazamiento en zona ínfero-nasal del

espesor corneal. Ningún hallazgo relevante más en el examen de segmento anterior y posterior.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la topografía corneal del OD observamos, tanto en mapas múltiples como tangencial, un descentramiento nasal inferior de la zona óptica ablacionada en la PRK, provocando la disminución de AV del paciente. Presión intraocular con tonómetro de no contacto: OD 14mmHg y OI 17mmHg (10h).

DIAGNÓSTICO

El paciente presenta cambio refractivo y baja AV en OD por aberraciones de alto orden inducidas, compatible con ablación descentrada tras PRK. Realizamos diagnóstico diferencial con ectasia corneal iatrogénica poscirugía refractiva. Una ectasia corneal post-PRK provoca zonas de astigmatismo irregular, islas paracentrales de ablación láser y zonas de profusión en cara posterior corneal. En nuestro caso el astigmatismo residual no es irregular y la zona óptica obtenida en mapa tangencial normalizado es homogénea pero descentrada en ínfero-nasal del OD es compatible con descentramiento de la zona óptica. El resultado puede ser el mismo que en una ectasia corneal iatrogénica, por lo que necesitaríamos una paquimetría central y periférica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Adaptamos LC RPG para crear una superficie óptica adecuada que mejore AV y sensibilidad al contraste. El primer día insertamos la LC y evaluamos estabilidad y fluorograma: LC del OD cerrada y sobrerrefracción de -1.50D, LC del OI correcta. Abrimos LC del OD y educamos al paciente en manejo y e higiene. Revisamos a la semana: fluorograma correcto pero mantiene sobrerrefracción de -0.50D. Se realiza el cambio con la sobrerrefracción y se da como definitiva. Revisamos en 1, 3 y 6 meses, observando resultados satisfactorios en visión, comodidad y salud visual.

CONCLUSIÓN

Un cirujano refractivo puede necesitar co-manejo de complicaciones en cirugía refractiva con un especialista en contactología y un optometrista debe conocer los tratamientos visuales que puedan dar resultados fiables y satisfactorios para una correcta rehabilitación y que la complicación sea minimizada.