

ID: 20402

DE UNA QUERATOTOMÍA ARQUEADA EXITOSA A UN FRACASO

Autores:

M^ª DE LAS MERCEDES ARROYO GUARDEÑO. Clínica Baviera. Córdoba. España.

MARÍA VICTORIA SÁNCHEZ GARCÍA. Clínica Baviera. Córdoba. España.

Tipo de comunicación:

Comunicación en e-póster

Área temática:

SEGMENTO ANTERIOR, LENTES DE CONTACTO Y TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

Subárea temática:

Intervención optométrica en cirugía ocular

Palabras clave:

KA, astigmatismo, colaboración

INTRODUCCIÓN

Las queratotomías arqueadas (KA) se realizan para reducir el astigmatismo residual después de una cirugía y consiste en realizar unas incisiones en el meridiano más curvo de la córnea con lo que se consigue aplanar; este efecto se acompaña del encurvamiento del meridiano opuesto. Este fenómeno se conoce como acoplamiento, y lo podemos definir como la relación entre el cambio en el poder refractivo corneal en el eje de la incisión y el cambio inducido en el poder refractivo corneal en el eje complementario a 90°.

El objetivo fundamental al presentar este caso es demostrar como una KA con un resultado muy predecible puede tener un resultado fallido si el paciente no colabora.

HISTORIA CLÍNICA

Sujeto de 30 años que tras realizar una cirugía refractiva mediante la técnica LASIK, le queda un astigmatismo mixto residual. Se indica para corregirlo una KA.

Refracción preoperatoria bajo ciclopléjia y AV:

OD: +3.75-3.75x15° AV:0.90

OS: +3.50-3.75x180° AV:0.80



COMUNICACIÓN e-POSTER

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se le realiza una exploración que incluye valoración de polo anterior, PIO, topografía y fondo de ojo. No presenta ninguna alteración.

Resultados a los 6 meses de la cirugía LASIK:

	AVsc	Refracción manifiesta	Refracción ciclopléjica	PIO
OD	0.80	-0.50-0.25x155° (AV:1.00)	+0.50 (AV: 0.85)	17
OS	0.74	0.00-1.50x15° (AV:0.84)	+1.00-1.75x15° (AV:0.84)	18

METODOLOGÍA:

El eje del astigmatismo (105°) se marca en la lámpara de hendidura, con unos marcadores tintados con rotulador estéril de violeta de genciana. A continuación, se coloca a la paciente en la camilla y se marca el centro pupilar con un marcador de zona óptica de 6 mm. Para marcar el sitio de las incisiones arqueadas se utiliza el compás de KA. Las incisiones se hacen con el bisturí de diamante que es calibrado al 95% del espesor de la paquimetría (560 micras), estas son de 2 mm. Una vez finalizado el proceso se procede a irrigar las incisiones con solución salina.

En este caso la paciente no colabora y se mueve, lo que provoca que la incisión inferior se prolongue hasta los 4-5 mm de longitud.

RESULTADOS:

A la semana se revisa y se retira la lente de contacto. Se toma AV y alcanza 0.70 pero la paciente se queja de ver "doble". Al refraccionar, se obtiene 0.00-1.00x105° con una AV de 0.95.

Esto ha ocurrido por el efecto de acoplamiento ya que al moverse la paciente hemos hecho unas incisiones mayores en el meridiano más curvo, lo que ha llevado a un encurvamiento mayor del eje más plano, traducándose en un astigmatismo en el eje contrario al que estábamos tratando.

CONCLUSIONES:

Las KA son un recurso simple y sencillo, que consigue de una manera rápida y eficaz compensar defectos residuales. Pero se necesita un grado de colaboración bueno, el cual no siempre se consigue. Si la colaboración es escasa o nula no será este un procedimiento adecuado, ya que un movimiento incontrolado del ojo puede producir una incisión de forma, trayecto y localización indeseable.

En este caso el resultado iba a ser exitoso ya que tratábamos un astigmatismo mixto con equivalente esférico neutro y el resultado sería una emetropía al compensarse la refracción de ambos meridianos.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



PARTNER
PREFERENTE

