

COMUNICACIONES ORALES

SÁBADO 9 DE ABRIL. Sala N-106 09:20

ORTOQUERATOLOGÍA - CONTROL DE LA MIOPIA ID: 796

► Manejo clínico de sujetos con mayor prevalencia de astigmatismo en la refracción mediante orto-k.

AUTORES:

Juan I. Bolívar Parra¹, Lorenzo Oña Antolin¹, Sonia Ortiz Pe-regrina¹

¹Centro Óptico Real

INTRODUCCIÓN

El manejo tradicional de casos clínicos mediante ortoqueratología suele estar condicionado a tener una mayor cuantía de miopía que de astigmatismo para conseguir la reducción deseada. Muchos optometristas piensan que sin esta condición no es posible realizar un tratamiento.

El objetivo de esta comunicación es mostrar dos casos de orto-K donde se plantean nuevas opciones de adaptación, con los criterios y pautas a seguir, para manejar óptimamente aquellos pacientes que presentan mayor prevalencia de astigmatismo frente a la esfera en la refracción.

MATERIAL Y MÉTODO

Se muestran dos casos clínicos con astigmatismo que acuden a orto-K

Sujeto 1:

Historia clínica: paciente de 25 años con astigmatismo en OD (ambliopía moderada). Opositor a policía. Necesita 2/3 de AVsc.

Decide operarse en 2011 del OD. Tras 2 años acude porque no pasa las pruebas, su AV incluso ha empeorado debido a que durante este tiempo no ha usado compensación.

Refracción:

OD Pre-lasik (2010): +1.00 -4.00x110° AVcc: 0.7++

OI: +0.50 -0.25x100° AV: 1.2

OD Post-lasik (2013): +1.50 -2.00x115° AVcc: 0.6--

Se le realiza terapia visual durante 5 meses hasta conseguir una AVcc 0.9++ y después Orto-k para reducir su astigmatismo.

Sujeto 2: Historia Clínica: paciente de 22 años con astigmatismo alto y miopía pequeña.

Refracción:

OD: -1.25 -4.50x15° AV: 0.8-2

OI: -1.75 -4.00x170° AV: 0.8-2

Partiendo de los mapas de elevación se realizan los cálculos para cada meridiano de forma independiente valorando las alturas sagitales en diferentes puntos, con estos datos se piden las primeras lentes. Se valoran fluorogramas y se realiza control de topografía y fluoresceinograma tras la primera noche, a la semana y a las dos semanas y al mes, dependiendo de cada caso se mantienen o se rectifican los parámetros para mejorar la adaptación.

RESULTADOS

Estos casos presentan la particularidad que la presión ejercida por la lente debe ser muy diferente en cada meridiano. La dificultad añadida radica en buscar un equilibrio entre ambos meridianos que permita conseguir el efecto deseado sin que la lente se descentre ni produzca erosiones epiteliales o punteados.

Tras valorar las lentes definitivas, se consigue regularizar la zona óptica eliminando la mayoría del astigmatismo. Al finalizar la adaptación:

- El sujeto 1 alcanza una AVsc: 0.8++ (suficiente para pasar las pruebas de policía) (fig. 1).

- El sujeto 2 alcanza una AVsc: 0.8/0.8++ prácticamente igual que la conseguida con gafas (fig. 2)

CONCLUSIONES

Con la customización de las lentes se consigue un patrón de adaptación específico en cada paciente. Ello permite que las fuerzas hidrodinámicas de succión sean lo suficientemente distintas sectorialmente para conseguir resultados tan dife-

rentes en cada meridiano y así corregir el astigmatismo. Esta comunicación muestra que se pueden conseguir buenos resultados con lentes de orto-k para casos de astigmatismo con mayor valor dióptrico que su esfera y también en astigmatismos puros.

FIGURA 1:

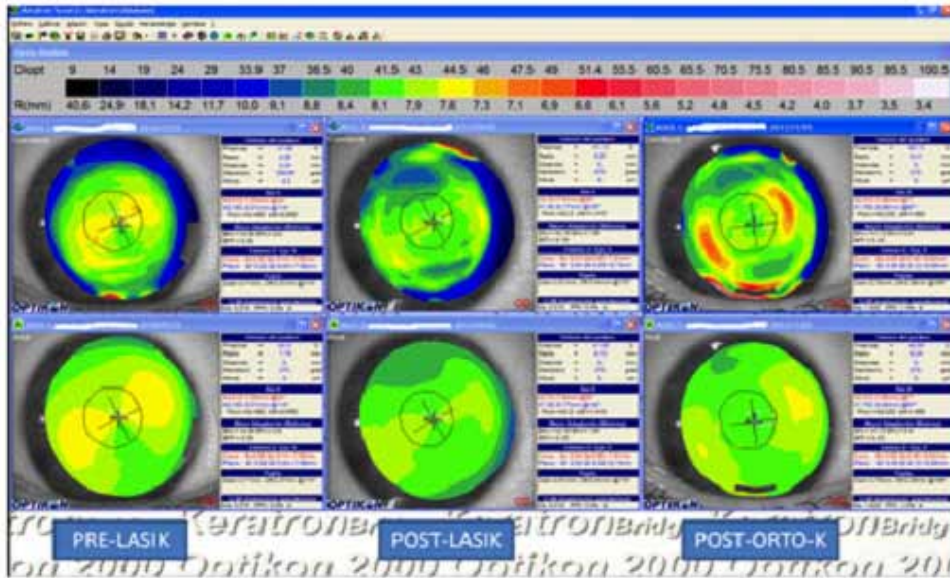


FIGURA 2:

