

COMUNICACIONES EN PÓSTER

EXPOSITOR N° 219

VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN / FUNCIÓN VISUAL ID:822

► Adaptación de lente de contacto hidrofílica de parámetros especiales. A propósito de un caso.

AUTORES:

Ascension Pereñiguez Garcia¹, Azucena Perez Alfonso¹

¹ Meca Ópticos

Se presenta un caso clínico de un paciente remitido de un servicio de oftalmología con prescripción de lente de contacto terapéutica en ojo izquierdo de apoyo escleral, para que no se caiga.

El paciente presenta queratoprótesis de Boston tipo 1 en el ojo izquierdo.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años de edad que presenta el Síndrome Stevens-Johnson a los 4 años de edad secundario a sulfamidas. Presenta secuelas cicatriciales en mucosa oral, conjuntival y peneana. Triquiasis de ambos párpados de ambos ojos intervenida por última vez hace 5 años. Operado de Boston KPRO tipo 1 en Marzo de hace 2 años. Melting corneal con perforación corneal a nivel inferior, que ha requerido varias intervenciones con transplante de membrana amniótica y colgajo conjuntival para sellar punto de fuga en OI.

Le han probado lentes blandas y no se le adaptan, se le cae.

Actualmente, tratamiento con pred forte, vancomicina, combigan, suero autólogo y lágrima artificial.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Av: movimiento de manos a 2m, mejora algo con -4D. Con éste ojo, solo ve luz, "claridad" no como para defenderse.

Al examinar con lámpara de hendidura se observa córnea abombada, hiperemia conjuntival, Seidel, menisco lagrimal escaso y varias pestañas tocando córnea. Entropion inferior.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

La lente de contacto terapéutica sobre la queratoprótesis disminuye la incidencia de necrosis periprostética, derretimiento corneal y defectos epiteliales, distribuyendo las fuerzas evaporativas y el contacto con los leucocitos de la película lagrimal.

Las reglas de adaptación de las lentes de contacto terapéuticas son las mismas que para unas lentes contacto hidrofílicas convencionales.

En nuestro caso la córnea es irregular por la cirugía a la que se ha sometido, teniendo que seguir un método empírico.

Tras la observación con lámpara de hendidura y probarle lentes convencionales de nuestra caja de pruebas, se observa mal paralelismo entre córnea y cara posterior de la lente, con levantamiento del borde.

Se piden estas dos lentes de fabricación, una de radio pequeño y diámetro estándar y otra de radio y diámetro mayor para que sirvan de punto de partida y así determinar los parámetros definitivos. El material elegido es del 67% de hidratación y un polímero con glicerol.

Primera lente de prueba: radio base 7,60mm, potencia -4D, 12,5mm de diámetro y del 67% de hidratación. Tras dos horas de porte se observa levantamiento acusado del borde.

Segunda lente: se aumenta el diámetro considerablemente para lograr la estabilidad y se abre el radio base a 8,60mm, potencia -4D y diámetro 16mm.

Observamos un buen centrado y movimiento. Se hace un seguimiento de la adaptación y del epitelio corneal, no hay síntomas. Se le recomienda limpieza a diario con peróxido y porte progresivo.

Tras una semana de porte se valora adaptación y centrado, la lleva ininterrumpidamente 7 horas diarias.

CONCLUSIÓN

La contactología convencional no soluciona estos casos de adaptaciones especiales. Para cubrir estas necesida-

des y demandas, es necesario contar con laboratorios de fabricación y contactólogos especializados.

