

En el caso presente se prescribieron biotina y cistina orales, y aplicación tópica de corticoides, con escasa mejoría a los tres meses. En los casos graves de psoriasis con gran extensión de las lesiones, más del 25% de afectación corporal, y con implicación de las uñas, éstas mejoran con tratamientos sistémicos, principalmente con los agentes biológicos como el Infliximab, etanercept y efalizumad.

Los tratamientos tópicos más efectivos son las infiltraciones de corticoides en la matriz ungueal, aunque por ser dolorosos en la práctica han caído en desuso. La laca ungueal con 8% de clobetasol, es un remedio medianamente eficaz con el que se obtienen mejores resultados.

Medicina Balear 2010; 25 (1); 38-40

Imatge diagnòstica

Mujer joven con disminución de agudeza visual y cambios refractivos progresivos

A. Urdiales, J. J. Berenguer

Servicio de Oftalmología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

Caso clínico

Mujer saharauí de 21 años que acude a un centro de cirugía refractiva para corrección de su ametropía mediante láser excimer (LASIK). La paciente refiere pérdida progresiva de agudeza visual con sus gafas y aumento de su graduación óptica en el último año.

Tras la valoración oftalmológica en dicho centro se desaconseja la cirugía LASIK por lo que es remitida a la sección de córnea del servicio de oftalmología del hospital para valoración y tratamiento.

Exploración

- Agudeza visual sin corrección: ojo derecho 0.05 // ojo izquierdo cuenta dedos a 50 centímetros.

- Agudeza visual mejor corregida: ojo derecho 0.4 // ojo izquierdo 0.1

- Refracción:

-Ojo derecho: -1 dioptrías de esfera y -7 dioptrías de cilindro a 40°

-Ojo izquierdo: -10 dioptrías de esfera y -7 dioptrías de cilindro a 165°

- Biomicroscopía:

-Ojo derecho córnea transparente, presión intraocular y fondo de ojo sin alteraciones patológicas.

-Ojo izquierdo presencia de estrías de Vogt en córnea

sin cicatrización asociada (figura 1). Presión intraocular y fondo de ojo sin alteraciones.

- Queratometría media (media de la potencia corneal en dioptrías):

-Ojo derecho 44.25 D con un cilindro queratométrico de -7.25 a 20°.

Ojo izquierdo 50 D con cilindro queratométrico de -8.75 a 170°.

- Topografía corneal (Orbscan II) diagnóstica de queratocono en ambos ojos (figuras 2 y 3).

Tras el diagnóstico de *queratocono clínico bilateral*, se decide cirugía mediante implante de anillos corneales intraestromales (modelo INTACS SK).

La técnica de implante de anillos intracorneales se realizó bajo anestesia tópica, implantándose un solo anillo de 400 micras de grosor en ojo derecho y dos anillos de 450 micras en ojo izquierdo.



Fig. 1 Roturas en la membrana de Descemet (Estrías de Vogt).

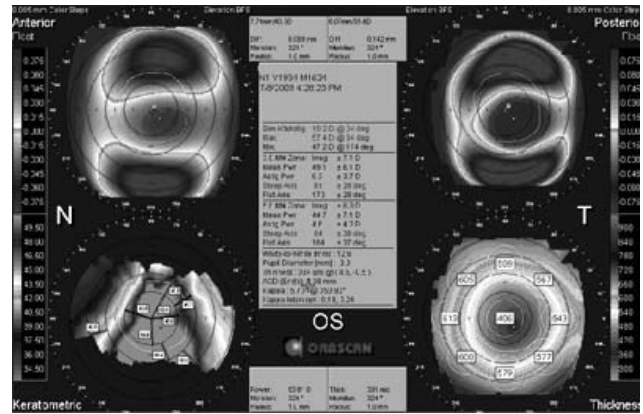
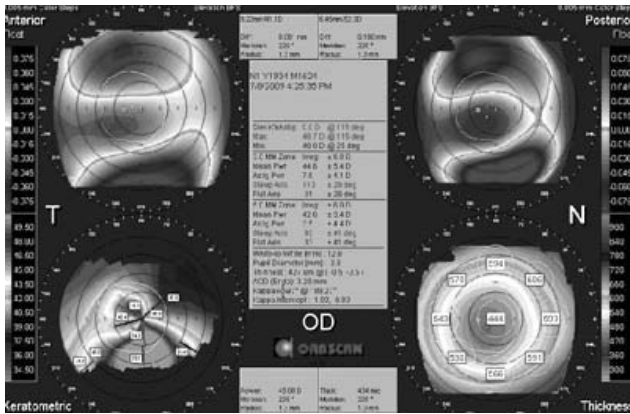


Fig. 2 y 3 Fig. 2 y 3 Topografías corneales (Orbscan II) diagnósticas de queratocono. Se aprecia importante elevación de la cara anterior y posterior de la córnea, aumento excesivo de la curvatura corneal y adelgazamiento del grosor corneal central y paracentral inferior.

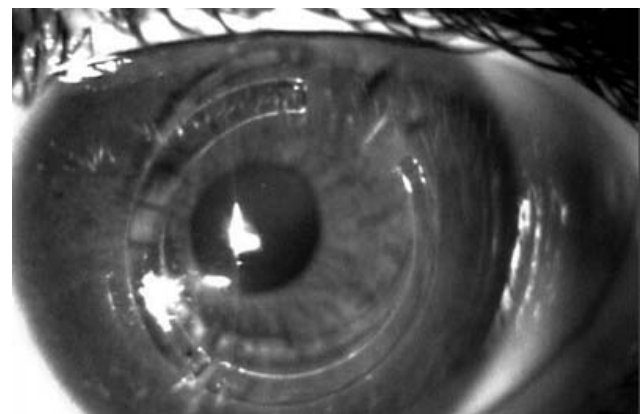
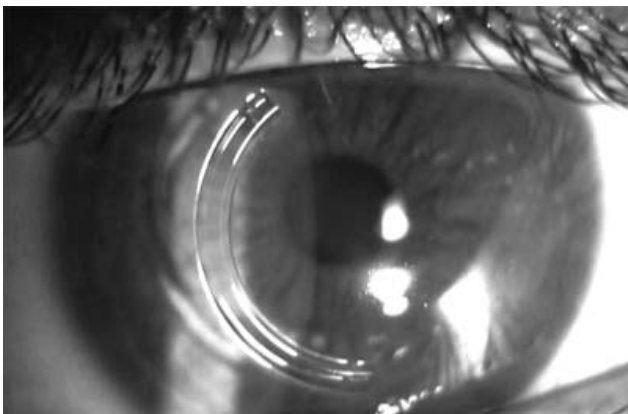


Fig. 4 y 5 OD anillo intracorneal temporal. OI dos anillos intracorneales implantados a ambos lados del eje de mayor curvatura corneal.

Las incisiones para la introducción de los anillos se realizaron en el eje corneal más curvo en ambos ojos. Los anillos se implantaron a una profundidad del 70% de la paquimetría total (grosor corneal). (figuras 4 y 5).

el ojo izquierdo. La queratometría media había disminuido 3 D en ojo derecho y 9 D en ojo izquierdo, pasando a 41.50 D y 41 D respectivamente. Se observaba además una mejoría en los mapas topográficos corneales. (figuras 6 y 7).

Evolución postoperatoria

Una semana tras la cirugía, la paciente presentaba mejoría de su agudeza visual sin corrección óptica siendo de 0.2 en ojo derecho y 0.1 en ojo izquierdo. Refería fotofobia y sensación de cuerpo extraño ocasional por lo que se aumentó la frecuencia del tratamiento antiinflamatorio tópico con Tobradex® (tobramicina y dexametasona). Un mes tras la cirugía, se encontraba asintomática y la agudeza visual sin corrección había aumentado a 0.3 en ojo derecho y 0.2 en ojo izquierdo. La mejor agudeza visual corregida era de 0.5 y 0.4 respectivamente con la siguiente refracción: +1 dioptrías de esfera y -4.25 dioptrías de cilindro a 45° en ojo derecho, y -1 dioptrías de esfera y - 4.00 dioptrías de cilindro a 165° en

Comentario

El queratocono es una enfermedad degenerativa bilateral no inflamatoria de la cornea que evoluciona de forma progresiva desde la pubertad. Constituye una de las indicaciones más comunes de queratoplastia (trasplante corneal).

La córnea adopta una forma cónica irregular debido principalmente a la alteración de sus fibras de colágeno. Los principales signos anatómicos del queratocono son el adelgazamiento y protrusión de la cornea en su zona central o paracentral lo que origina un alto astigmatismo irregular con disminución progresiva de la agudeza visual. En las etapas avanzadas pueden producirse roturas a nivel de la mem-

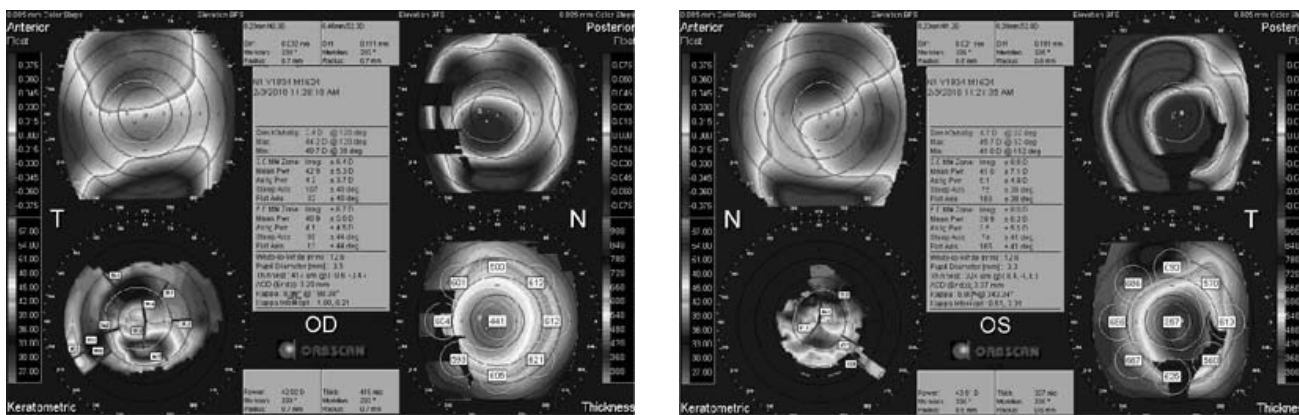


Fig. 6 y 7 Topografías corneales postcirugía. Se aprecia menor elevación de cara anterior y posterior de la córnea, disminución de la curvatura corneal (queratometrías medias) en ambos ojos.

brana de Descemet, y cicatrices lineales superficiales. También puede producirse un hídrops agudo, que es un cuadro de edema corneal agudo localizado.

La topografía corneal permite el diagnóstico precoz y diferencial del queratocono, además de proporcionar la información necesaria para el tratamiento, que dependerá del estado evolutivo del mismo.

En las etapas iniciales se indica la corrección óptica y adaptación de lentes de contacto rígidas, mientras que en los casos avanzados, cuando existe una pérdida visual considerable, los tratamientos de elección son los trasplantes corneales, la queratoplastia lamelar (DALK) y la queratoplastia penetrante.

Actualmente se dispone de nuevas técnicas para los queratoconos leves y moderados, una de ellas es el implante de anillos corneales intraestromales. Los anillos intracorneales son unos segmentos semicirculares de material acrílico, de espesor y arco variables, que se implantan en el estroma profundo de la córnea. El estudio preoperatorio del paciente debe incluir necesariamente una topografía corneal sobre la cual se planifica el tratamiento. El objetivo principal de estos anillos es la detención de la progresión del queratocono retrasando la necesidad de un trasplante de córnea. Como objetivo secundario se pretende corregir, en la medida de lo posible, las irregularidades corneales y los errores refractivos asociados a esta patología. De esta forma, en algunos casos es posible mejorar significativamente la agudeza visual del paciente.

Bibliografía

1. Vabres B, Bosnjakowski M, Bekri L, Weber M. Deep Anterior

Lamellar Keratoplasty Versus Penetrating Keratoplasty for Keratoconus: A Clinical Trial. J Fr Ophthalmol. 2006 Apr; 29 (4):361-71.

2. Jorge L. Alio, Mohamed H. Shabayek, MD, Alberto Artola. Intracorneal ring segments for keratoconus correction: Long-term follow-up. J. Refract Surg 2006; Sept 25:124-129.

3. Holladay JT. Keratoconus detection using corneal topography. J Refract Surg 2009 Oct;25 (10 Suppl): S958-62.

4. Ertan A, Colin J. Intracorneal rings for keratoconus and keratectasia. J Cataract and Refract Surg. 2007;Jul 33 (7):1303-14.