OFTÁLMICA

Asociación Guatemalteca de Oftalmología

Edición 17
Octubre
Año 2019

Piezas clave en reparación de desprendimiento de retina en pacientes pediátricos

Casos Clínicos:

- Distrofia Granular
- Trauma ocular
- Endoftalmitis post quirúrgica

Caracterización de glaucoma en la Clínica de Fundazúcar

Editora en Jefe
Dra. Andrea Arriola López
Retina y Vítreo. Uveítis, ROP

Editores Asociados
Dra. Laura Sofía Reyna Soberanis
Oftalmopediatria y Estrabismo
Dr. Erick Sáenz Morales
Oftalmopediatria y Neurooftalmologìa

Coolaboradores/Junta Directiva
Dra. Delia Porras
Oftalmopediatría y Estrabismo
Presidenta
Dr. Rudy Gutiérrez
Córnea y Segmento Anterior
Vicepresidente
Dra. Andrea Arriola
Retina y Vítreo. Uveítis, ROP
Secretaria
Dr. Eric Saenz
Oftalmopediatría y Estrabismo.
Neuroftalmología
ProSecretario
Dra. Laura Reyna Soberanis
Oftalmopediatría y Estrabismo
Tesorera
Dra. Luz Cordón
Córnea y Segmento Anterior
Vocal Docente I
Dra. Pilar Alonzo
Glaucoma
Vocal Docente II
Dra. Paulina Castejón
Oculoplástica
Vocal I
Dr. Federico Hermes
Glaucoma
Vocal II

Comité de Ética
Dr. Federico Hermes

Organización y Marketing
Lidia Martínez

ASOCIACIÓN GUATEMALTECA DE OFTALMOLOGÍA

4a Avenida 15-73 zona 10.
Edificio Clínicas Médicas - Oficina 807
Ciudad de Guatemala, Guatemala.
asociaciondeoftalmologia@gmail.com
info@oftalmologosdeguatemala.org
www.oftalmologosdeguatemala.org
+(502) 2333-7601 / 4299-1613

FOTOGRAFÍA DE PORTADA

"Desprendimiento de Retina Regmatógeno"
Dra. Giovanna E Enriquez Vera,
Dra. Linda A Cernichiaro-Espinosa
Unidad de Retina Pediátrica.
Departamento de Retina y Vítreo.
Asociación para Evitar la Ceguera en México IAP.
Fotografía de Campo Amplio, OPTOS.

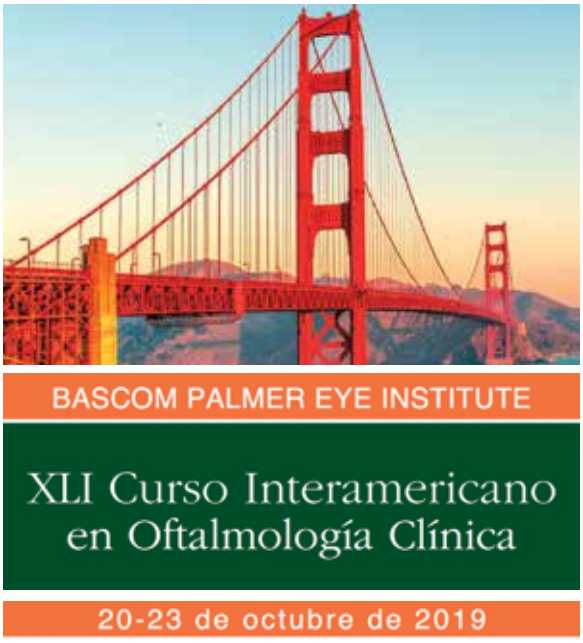
OFTÁLMICA
Asociación Guatemalteca de Oftalmología

CONTENIDO

DÍA MUNDIAL DE LA VISIÓN 2019 10 DE OCTUBRE

CONGRESO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA 2020

CONGRESO CENTROAMERICANO DE RETINA 2021



AGO

4
EDITORIAL

5
INVITADO INTERNACIONAL
Piezas clave en reparación de desprendimiento de retina en pacientes pediátricos: experiencia en un centro de referencia.

10
NUEVOS ASOCIADOS
Caracterización de glaucoma en la clínica de Fundazúcar

15
GALERÍA FOTOGRÁFICA

17
CASOS CLINICOS
Recurrencia de distrofia granular posterior a queratoplastia penetrante: Reporte de caso y revisión

20
Caso interesante: Trauma ocular después de queratoplastía penetrante.

22
Caso clínico: Endoftalmitis post quirúrgica.

23
VIII CONGRESO CENTROAMERICANO DE RETINA

26
PRÓXIMOS EVENTOS

EDITORIAL

Día Mundial de la Visión

Se calcula que existen 253 millones de personas legalmente ciegas en el mundo, de las cuales 89% vive en países en vías de desarrollo. El 75% de estas causas de ceguera son prevenibles o tratables como los son los errores refractivos y cataratas.

Desde el año 1999 se celebra el Día Mundial de la Visión, el segundo jueves de octubre, con el objetivo de sensibilizar con respecto a la prevención y tratamiento de la ceguera prevenible.

Este año será celebrado el 10 de octubre y el tema girará en torno al compromiso de los gobiernos de garantizar un mejor acceso a los servicios de salud ocular, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud "el acceso a la atención oftalmológica, que reduce la magnitud de la ceguera evitable, es parte de la obligación que emana del derecho al nivel más elevado posible de salud".

Para conmemorar el día, se realizarán numerosas actividades a nivel mundial y así ayudar a seguir reduciendo los casos de ceguera prevenible. Guatemala también participa activamente en esta celebración en donde varios centros se unen con diferentes iniciativas que abarcan diversos sectores de la población para contribuir a erradicar la ceguera prevenible y tratable.

Como Asociación Guatemalteca de Oftalmología creemos que el estimular y promover la investigación es un paso fundamental en la formación de los oftalmólogos guatemaltecos y la formación de una creciente comunidad científica que pueda ser la voz del país.

Agradecemos los aportes de los oftalmólogos interesados en compartir artículos y fotografías en esta edición y los invitamos a participar activamente en las próximas ediciones, pues únicamente el trabajo de los autores y el interés de los lectores nos permitirá llegar a la excelencia.

Dra. Andrea Arriola López
Editora en Jefe

Dra. Laura Reyna Soberanis
Editora Asociada

PIEZAS CLAVE EN REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Dra. Giovanna E Enriquez-Vera[1], Dra. Linda A Cernichiaro-Espinosa[1]
[1]Unidad de Retina Pediátrica. Departamento de Retina y Vítreo. Asociación para Evitar la Ceguera en México IAP.

INTRODUCCIÓN

Los desprendimientos de retina en población pediátrica tienen una baja incidencia si se compara con los adultos (3-13% del total poblacional).[1] Sin embargo, son causa de discapacidad visual irreversible cuando son tardíamente tratados, o inclusive por la complejidad patológica tienden a tener repercusión visual y anatómica en diversos grados. Por lo cual comprender los elementos esenciales para su reparación, es de crucial importancia antes de intervenir quirúrgicamente a un niño: diferencias en la anatomía vitreorretiniana, etiología según grupo etáreo, momento ideal de intervención quirúrgica, tipo de intervención quirúrgica, selección de tamponade, rehabilitación visual.

Anatomía vitreorretiniana.

Las enfermedades quirúrgicas vítreo-retinianas en niños, representan un reto por las características anatómicas complejas tanto del vítreo como de la retina. Es decir, el vítreo es más denso, la interfase vitreorretiniana más

Los desprendimientos de retina en población pediátrica tienen una incidencia 3-13%.

“Nuestra selección siempre es calibre 25g.”

adherente, y la retina responde con más elasticidad y genera mucha más inflamación que un adulto. Generalmente los desprendimientos en niños se presentan con más vitreorretinopatía proliferativa (VRP) en comparación del adulto, por lo tardío del diagnóstico debido a la falta de queja del paciente y la escasa colaboración de este a la exploración oftalmológica habitual, entre otras.[2]

Epidemiología

En el Bascom Palmer Eye Institute en 2018 se reportaron entre 2002 - 2013 intervenciones quirúrgicas a 206 pacientes menores de 15 años. 12% tenía desprendimiento bilateral de retina, 74% eran hombres, la edad media de diagnóstico fue de 7.3 años y el seguimiento postoperatorio medio fue de 48 meses, siendo más corto en traumáticos vs traccionales. Solo en el 77% de los casos se identificó la causa del desprendimiento de retina: 26% fueron traumáticos, 29% traccionales, 22% regmatógeno no traumático y otros (Coats, coloboma, uveítis, enfermedad de células falciformes, trauma craneal no accidental o "Shaken baby", osteoma coroideo, anomalía de morning glory, retinosquisis ligada al X y pit de nervio óptico).[1]

Las causas también se pueden agrupar según el grupo etáreo: retinopatía del prematuro y persistencia de la vasculatura fetal en el recién nacido; vitreorretinopatías hereditarias (por ejemplo: Síndrome de Stickler, vitreorretinopatía exudativa familiar [VERF]) antes de los 10 años; desprendimiento regmatógeno de retina por trauma entre 10 a 15 años; desprendimiento por miopía alta después de los 15 años.[3,4]

Tipo y tiempo de intervención quirúrgica

Como previamente mencionado, los desprendimientos en niños son usualmente diagnosticados más tardíamente y requieren intervención temprana para que no progrese. Sin embargo, en nuestra práctica sugerimos el abordaje quirúrgico "escalonado". Para los que nos dedicamos a la patología pediátrica de retina sabemos que hacer muchas maniobras en una sola intervención puede resultar contraproducente a largo plazo. Es decir, siempre se va a optar por una primera cirugía extraocular con un cerclaje escleral, por el menor riesgo de VRP y complicaciones iatrogénicas. Cuando no hay forma de hacer reparación únicamente con cerclaje escleral, es preferible realizar técnicas combinadas de cerclaje con vitrectomía vía cámara anterior, limbo o pars plana. Otra de las decisiones es la consideración de conservar el cristalino o no: realizar facoaspiración con o sin implante de lente intraocular o lensectomía. Por la facilidad de la rehabilitación visual, se prefiere preservar el cristalino en la mayoría de los casos si la patología lo permite. Uno de los pasos más difíciles para algunos cirujanos en cirugías de retina pediátricas es el momento de realizar el desprendimiento de vítreo posterior (DVP) evitando formar desgarros iatrogénicos. La tinción con triamcinolona para el vítreo y hialoides posterior resulta de gran utilidad. Como recomendación es mejor no realizar una vitrectomía completa previa al DVP, pues en lugar de facilitarnos este paso, estaríamos ejerciendo tracción sobre una pequeña superficie de hialoides en lugar de utilizar el vítreo residual como anclaje. Está descrita una técnica novedosa utilizando el asa flexible con dientes (Finesse MaxGripTM by Alcon Inc, Suiza) para realizar DVP. Con esta técnica al ejercer presión sobre la superficie de la retina a través de movimientos radiales al nervio óptico se logra desprender mecánicamente el anillo de Weiss y posteriormente separar-elevar la hialoides posterior hasta niveles pre ecuatoriales.[5,6,7]

Instrumentación quirúrgica

Nuestra selección siempre es calibre 25g con cualquier sistema de vitrectomía, de preferencia valvulado, y en ojos más pequeños (retinopatía del prematuro, por ejemplo) se puede usar calibre 27g. Existe en Alcon el 25g corto (Alcon Inc, Suiza), y en DORC EVA (Dutch Ophthalmic Research Center International BV, Holanda) 27g cortos, estos instrumentos y trocares de menor longitud para ojos pequeños evitan el contacto con retina contralateral y/o cristalino.[3]

Selección de endotamponade

Sobre el endotamponade siempre será de elección uno que no requiera reintervención, es decir, gas. Sin embargo, muchas veces no es posible lograr la posición adecuada en los niños por el tiempo apropiado para que haya oposición del tamponade con el(los) agujero(s),

de tal manera que el silicón resulta ser el tamponade de elección en desprendimientos regmatógenos de retina.[5,8] Si no existen agujeros (desprendimientos traccionales o exudativos) se puede optar por gas (hexafluoruro de azufre SF6 preferentemente). En la enfermedad de Coats con desprendimiento total de retina exudativo, el silicón ayuda a que se absorba más rápidamente el líquido subretiniano residual.[9] Es importante considerar que el silicón cambia el poder refractivo del ojo, y será motivo de consideración para rehabilitación visual pronta con lentes o lente de contacto posterior a la cirugía. Además, el gas y el silicón pueden generar catarata, y a su vez causar ambliopía por deprivación en niños menores de 8 años si no es tratada.[5,10]

Resultados y Rehabilitación visual

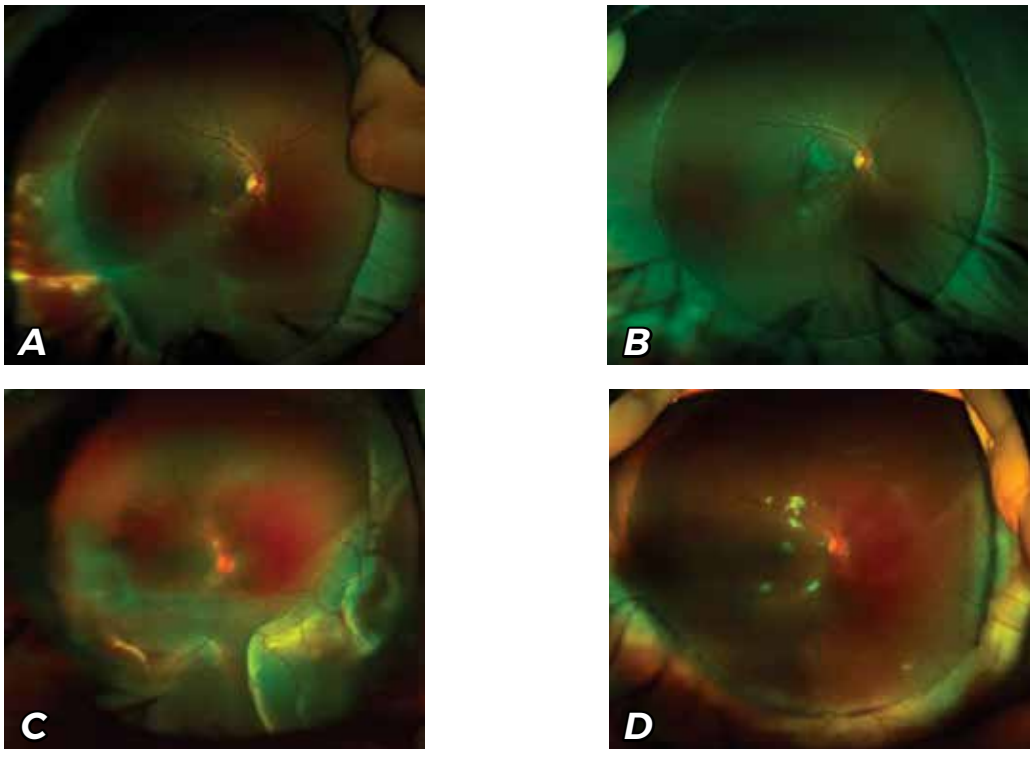
Algunos autores han descrito que generalmente obtienen mejores resultados anatómicos y visuales en los casos de desprendimiento de retina regmatógeno, siendo el de peor resultado el desprendimiento de retina traccional (retinopatía del prematuro [ROP], persistencia de vasculatura fetal [PFV], o vitreorretinopatía exudativa familiar [FEVR]).[1]

Sin embargo, en ausencia de rehabilitación visual posterior a cirugía no se van a obtener resultados visuales deseados a largo plazo en estos pacientes. Deben de implementarse inmediatamente al postoperatorio una vez resuelta la inflamación, o complicaciones post operatorias inmediatas (sangrado, hipertensión ocular, edema corneal, etc.), la refracción aérea o con lentes de contacto, así como el parchado al ojo sano para tratamiento de ambliopía.[10]

– Presentamos dos casos complejos de manejo escalonado con rehabilitación visual ulterior.

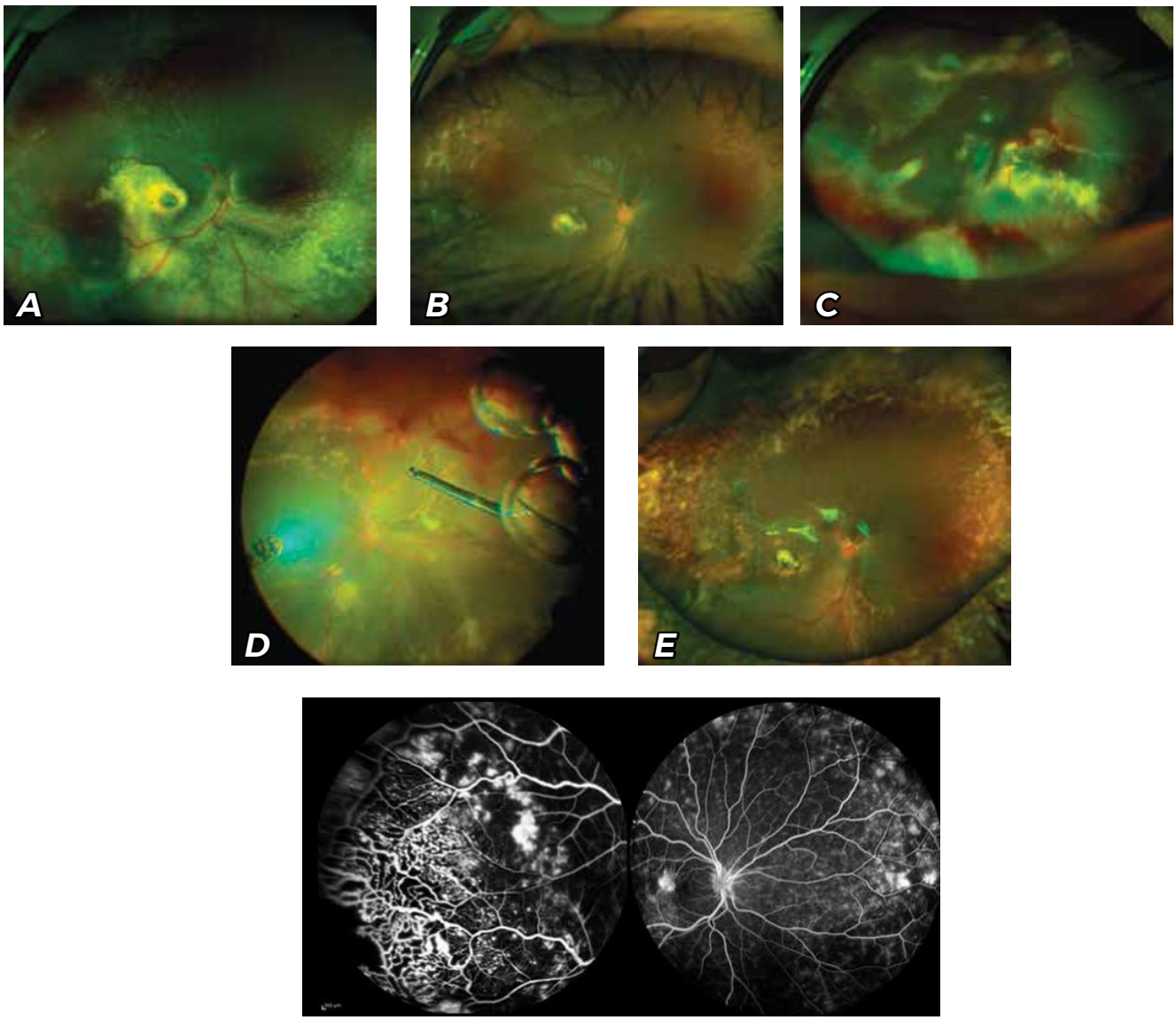
CASO 1

Paciente masculino de 3 años con antecedente de trauma ocular abierto que requirió inicialmente cierre primario y cerclaje escleral por desprendimiento localizado en sector temporal inferior (A). Se libera la tensión de la banda 8 meses después (B), sin embargo sufre trauma contuso en mismo ojo 1.5 meses posteriores presentando re-desprendimiento de retina (C) por diálisis en sector nasal superior e inferior. Se realiza vitrectomía con calibre 25G y tamponade con silicón (D). Actualmente retina aplicada, con rehabilitación visual.



CASO 2

Paciente femenino de 10 años con diagnóstico de Enfermedad de Coats ojo derecho presenta un desprendimiento de retina exudativo parcial con compromiso macular (A). Después de 8 meses con múltiples sesiones de láser, inyecciones intravítreas de antiangiogénicos y esteroides paraoculares logra una visión de 20/200. Sin embargo, tras ausentarse a sus controles por periodo de 3 meses, vuelve a consulta con agudeza visual de movimiento de manos, desprendimiento de retina total exudativo y hemorragia vítrea de dicho ojo. Se decide someterla a vitrectomía, ampliar terapia ablativa con láser y se coloca silicón en cavidad inactivándose la enfermedad.



CONCLUSIONES

- La anatomía vitreorretiniana de un ojo pediátrico es diferente a la de un adulto y cambia a medida que el niño crece.
- El calibre 25 gauge es el calibre de elección para las vitrectomías en pacientes pediátricos, pero también puede usarse 27ga en casos seleccionados.
- La realización de DVP requiere maniobras especiales en pacientes pediátricos.
- Se debe tomar en cuenta el cumplimiento de la postura y el riesgo de re desprendimiento de retina en los niños al momento de elegir el tamponade.
- La rehabilitación visual postoperatoria y el tratamiento de la ambliopía son clave para maximizar los resultados funcionales en el paciente pediátrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Read SP, Aziz HA, Kuriyan A, Kothari N, Davis JL, Smiddy WE, Flynn HW Jr, Murray TG, Berrocal A. Retinal detachment surgery in a pediatric population: Visual and Anatomic Outcomes. Retina. 2018 Jul; 38(7):1393-1402.

2. Gurler B, Coskun E, Osner V, Comez A, Erbagci I. Clinical characteristics and surgical outcomes of pediatric rhegmatogenous retinal detachment. Int Ophthalmol 2016;36:521-525.

3. Cernichiaro-Espinosa L, Berrocal, A. Future Trends in Pediatric Vitrectomy. Retina today. Cover focus. Setiembre 2017. Pág 55-58.

4. Smith JM, Ward LT, Townsend JH, Yan J, Hendrick AM, Cribbs BE, Yeh S, Jain N, Hubbard GB. Rhegmatogenous Retinal Detachment in Children: Clinical Factors Predictive of Successful Surgical Repair. Ophthalmology. 2019 Sep;126(9):1263-1270.

5. Gan NY, Lam WC. Special considerations for pediatric vitreoretinal surgery. Taiwan J Ophthalmol. 2018 Oct-Dec;8(4):237-242.

6. Tzu-Hsun Tsai, Chia-Ying Tsai, Jehn-Yu Huang, Fung-Rong Hu. Outcomes of pediatric cataract surgery with triamcinolone-assisted vitrectomy. Journal of the Formosan Medical Association. Volume 116, Issue 12, December 2017: 940-945.

7. Cernichiaro-Espinosa L, Berrocal, A. Novel surgical technique for inducing posterior vitreous detachment during pars plana vitrectomy for pediatric patients using a flexible loop. Retinal Cases & Brief Reports. 2017 Nov 22.

8. Ferrone PJ, McCuen BW, De Juan E, Machemer R. The efficacy of silicone oil for complicated retinal detachments in the pediatric population. Archives of Ophthalmology. 1994 Jun;112(6):773-7.

9. Li A, Capone A Jr, Trese M, Sears J, Kychenthal A, De la Huerta I, Ferrone P. Long-Term Outcomes of Total Exudative RetinalDetachments in Stage 3B Coats Disease. Ophthalmology. 2018 Jun;125(6):887-893.

10. Bai H, Meng X, Wang D, Han J. Treatment for amblyopia after surgery for cataract and vitreoretina in pediatric ocular trauma. Eye Science. 2013 Jun;28(2):68-72.

CARACTERIZACIÓN DE GLAUCOMA EN LA CLÍNICA DE FUNDAZÚCAR

Dr. Edgar Antonio Barrientos Guerra
Oftalmólogo Oculoplástico

RESUMEN

Objetivo: Caracterización clínica epidemiológica de los pacientes con diagnóstico de glaucoma en la Clínica de Fundazúcar durante el año 2015.

Tipo de estudio: transversal descriptivo. Método: Revisión de expedientes.

Resultados: N=115, 62 (53.91%) mujeres; 50 (43.48%) amas de casa; procedencia: 91 (79.13%) departamento de Escuintla; 54 (46.96%) Glaucoma Primario de Angulo Abierto, 46 (40%) Glaucoma por cierre angular primario, 15 (13.04%) Glaucoma Secundario. Excavaciones sospechosas 6 casos y 1 caso de hipertensión ocular.

Discusión y Conclusiones: El paciente con diagnóstico de glaucoma es principalmente de sexo femenino, ama de casa, procedente del departamento de Escuintla, con diagnóstico de glaucoma primario de ángulo abierto.

Recomendaciones: Estudiar la caracterización clínica y epidemiológica del glaucoma en el resto de los centros de referencia de la República de Guatemala, debido a que es una enfermedad de difícil tamizaje. Realizar campañas de educación en salud promoviendo la visita al oftalmólogo de acuerdo con su edad y antecedentes. Promover el sistema de clasificación de glaucoma CIE 10, (Clasificación Internacional de Enfermedades) para fines estadísticos en los distintos centros de atención.

Palabras clave: ***Glaucoma, Caracterización, Clasificación, Incidencia, Prevalencia.***

INTRODUCCIÓN

En el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. EL 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países de ingresos bajos.

Más del 82% de las personas ciegas tienen 50 años o más. Los estudios indican que las mujeres en cada región del mundo y todos los rangos de edad tienen riesgo significativamente mayor que los hombres en presentar discapacidad visual.

Para el 2004 se reportaban las tres primeras causas globales de ceguera: catarata 39%, errores refractivos no corregidos 18% y glaucoma 10%. El glaucoma es un grupo de condiciones caracterizadas por el daño al nervio óptico y pérdida del campo visual. La OMS ha estimado que 4.5 millones de personas son ciegas debido a glaucoma, así mismo se espera que para el 2010 la cifra de pacientes con glaucoma fuera de 60.5 millones.

Se realizó un estudio en Los Ángeles, California con el fin de determinar la edad y prevalencia de hipertensión ocular y glaucoma de ángulo abierto en adultos latinos. Los participantes fueron 6142 y la prevalencia para glaucoma de ángulo abierto fue de 4.74% y para hipertensión ocular fue de 3.56%, no se encontraron diferencias en cuanto al género.

El número estimado de personas ciegas como resultado de glaucoma primario es de 4.5 millones, contando por un aproximado de doce por ciento de la ceguera total. La mayoría de los casos de glaucoma pueden ser manejados efectivamente, es por lo que se incluyen en los planes nacionales de VISION 2020.

Se estima que para el año 2020 a nivel mundial habrán 79.6 millones de personas con glaucoma, de las cuales 74% tendrán Glaucoma de ángulo abierto. En el 2010 las mujeres representaban el 55% de los glaucomas de ángulo abierto, 70% de glaucoma de ángulo

cerrado y 59% del glaucoma total para este año.

Es evidente que algunas de las cifras son estimadas a nivel mundial, ya que en países en vías de desarrollo como el nuestro se carecen de estadísticas reales o las que se tienen presentan muchos sesgos, comparado con países desarrollados en los cuales los sistemas de salud cuentan con bases de datos fidedignas.

En Guatemala no se conoce la descripción de pacientes con glaucoma atendidos durante el año 2015 en la Clínica de Fundazúcar en el Departamento de Escuintla. Por lo que se decidió realizar una caracterización clínica epidemiológica, efectuando un estudio transversal descriptivo en el cual se revisaron los expedientes clínicos de enero a diciembre de 2015, obteniendo de los mismos los datos del tipo de glaucoma, edad, sexo, ocupación y procedencia del paciente.

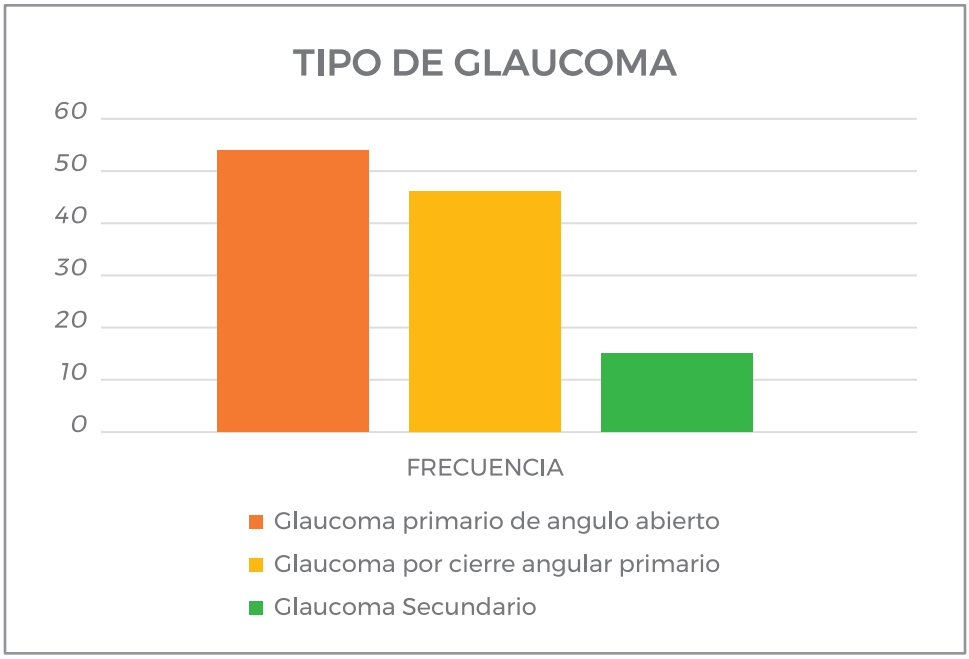
La manera adecuada de resolver un problema es saber su magnitud, para planificar y ejecutar estrategias de detección temprana y tratamiento. Por tanto, se planteó la realización de este estudio en un centro de referencia de la región Sur y Suroccidente de Guatemala con el fin de recabar datos demográficos sobre el comportamiento del Glaucoma en dicho centro y valorar estrategias de prevención.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo. Se revisaron todos los expedientes de pacientes que consultaron a la Clínica de Fundazúcar de los meses de enero a diciembre del año 2015 con diagnóstico de glaucoma obteniendo por medio de la base de datos electrónica el número de registro clínico.

Luego se procedió a la búsqueda de dichos expedientes en el archivo y mediante el instrumento de recolección de datos, se registraron los datos requeridos. Luego se procesaron los datos mediante el programa Microsoft Excel 2013.

GRAFICA No. 1
Distribución de los Tipos de Glaucoma
Clínica Fundazúcar año 2015



RESULTADOS

TABLA No.1
Características Básicas de pacientes con Glaucoma
Clínica Fundazúcar año 2015

CARACTERÍSTICAS		
Total general de pacientes oftalmológicos	5,697	
Total de pacientes con diagnóstico de glaucoma	115	
Edad Promedio (DE)	65.4 (+ 13.62)	
Primeras consultas	58	
Reconsultas	57	
	No.	**%**
SEXO		
Femenino	62	53.91
Masculino	53	46.09
OCUPACIÓN		
Ama de casa	50	43.48
Jubilado	15	13.04
Agricultor	10	8.70
Comerciante	3	2.61
Piloto	3	2.61
Jornalero	2	1.74
Contador	2	1.74
Otros	9	7.83
Ninguna	21	18.26
PROCEDENCIA		
Escuintla	91	79.13
Suchitepéquez	7	6.09
Santa Rosa	5	4.35
Guatemala	4	3.48
Jutiapa	4	3.48
Sacatepéquez	2	1.74
Chimaltenango	2	1.74
TIPO DE GLAUCOMA		
Glaucoma primario de ángulo abierto	54	46.96
Glaucoma por cierre angular primario	46	40.00
Glaucoma Secundario	15	13.04

TABLA No.2
Ocupación de Pacientes con Glaucoma
Clínica Fundazúcar año 2015

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA
Ama de casa	50	50
Jubilado	15	65
Agricultor	10	75
Comerciante	3	78
Piloto	3	81
Jornalero	2	83
Contador	2	85
Cajero	1	86
Enfermera	1	87
Estudiante	1	88
Fotógrafo	1	89
Maestro	1	90
Oficinista	1	91
Sastre	1	92
Soldador	1	93
Técnico	1	94
Ninguna	21	115

TABLA No.3
Procedencia de Pacientes con Glaucoma
Clínica Fundazúcar año 2015

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA
Escuintla	91	91
Suchitepéquez	7	98
Santa Rosa	5	103
Guatemala	4	107
Jutiapa	4	111
Sacatepéquez	2	113
Chimaltenango	2	115

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El contacto diario en la clínica o en la institución dedicada a prestar servicios en salud, nos permite identificar las enfermedades más frecuentes de nuestro país. Los Hospitales Nacionales o Centros de Referencia son una fuente valiosa e importante para datos demográficos y epidemiológicos. Es necesario conocer el comportamiento de las enfermedades a través del conocimiento de cifras; saber cuántos las padecen; a quien afecta más por sexo, por edad; si su presentación está relacionada con la ocupación o el lugar de procedencia, con el fin de tener un panorama que nos ayude en la toma de decisiones y la planificación de estrategias de servicio.

El glaucoma es una enfermedad de difícil diagnóstico y por lo tanto de difícil detección temprana por medio de tamizaje, por lo que lo anterior es mucho más valioso en relación con esta patología.

En la clínica de Fundazúcar durante el año 2015 se atendieron 8849 consultas a 5,672 pacientes, de los cuales 115 tuvieron diagnóstico de glaucoma, 1% (58) son casos nuevos y 1% (57) casos con diagnóstico previo.

La prevalencia e incidencia es variable para cada grupo poblacional, de igual manera el número de casos utilizados para el cálculo de dichas tasas varia de uno a otro estudio. El glaucoma es un grupo de enfermedades que tienen características en común pero muchas variables para su origen y en algunos casos no se conoce el mecanismo exacto, esto aunado que la observación de la excavación y las estructuras del ángulo anterior presentan variabilidad entre observadores. Como parte del diagnóstico de glaucoma se requiere la realización de campos visuales, tomografía de coherencia óptica del nervio óptico y paquimetría. Esto dificulta el diagnostico ya que el acceso a estos métodos diagnósticos no se encuentra al alcance de toda la población por lo cual el diagnóstico es complejo, esto podría explicar la variabilidad en la incidencia y prevalencia entre una región y otra.

No existe un predominio en cuanto al sexo de pacientes que consultan, encontramos que la diferencia entre hombre y mujer para el presente estudio son 7.82 puntos porcentuales a favor de una mayor consulta por parte de mujeres, pero no un predominio tan fuerte como en el estudio realizado por Zárate Ferro U. en el que la diferencia entre mujer y hombre fue de 33.4 puntos porcentuales. Esto puede asociarse a la distribución de pacientes en total, en la cual tampoco se refleja un predominio marcado entre un sexo y otro, ya que de los 5697 pacientes atendidos 54.87% eran mujeres y 45.13% hombres.

En relación con las primeras consultas, el promedio de edad fue de 65.52 años (±14.87), cuanto más se retrase la detección y tratamiento, es más probable encontrar casos con daño extenso y avanzado, lo cual se traduce como disminución de calidad de vida para el enfermo, para la familia, e implicaciones socioeconómicas para la sociedad. En el caso de glaucoma es importante un diagnóstico temprano para evitar discapacidad visual irreversible.

La edad promedio de pacientes evaluados es de 37.04 (±21.96) años y la edad promedio de los pacientes con diagnóstico de glaucoma es de 65.4 (±13.62) años, lo cual se correlaciona con los hallazgos de la literatura que indican que este proceso patológico está relacionado al aumento de edad y/o a la percepción de procesos que disminuyen la visión tales como cataratas.

Las ocupaciones más encontradas no precisan una remuneración fija y seguro social, algunos de los pacientes dijeron ser jubilados, en ocasiones el cese de actividad laboral sin pensión es tomado como jubilación. El resto de las ocupaciones referidas se encuentran en menor medida y algunas de las que sabemos existen en la población no aparecen, podría deberse a los horarios de trabajo o que se cuenta con algún seguro médico o seguro social, por lo que no asisten a este tipo de institución; esto queda fuera del objetivo de la investigación, pero es importante mencionarlo. En la revisión de la literatura no se encuentra que haya una ocupación que determine un riesgo especial para el desarrollo de esta patología.

Para la clasificación del tipo de glaucoma se utilizó la clasificación de Foster, otros estudios utilizan otras clasificaciones, correlacionando los resultados de este estudio con los hallazgos de la literatura revisada que indican que el glaucoma primario de ángulo abierto es más frecuente en la población hispana. (24)

CONCLUSIONES

- En la clínica de Fundazúcar el paciente con diagnóstico de glaucoma es principalmente de sexo femenino (53.91%) de 65.4 (+13.62) años y ama de casa (43.48%).
- La procedencia referida con mayor número es del departamento de Escuintla (79.13%).
- El tipo de glaucoma con mayor diagnóstico es el primario de ángulo abierto (46.96%).

RECOMENDACIONES

- Estudiar la caracterización clínica y epidemiológica del glaucoma en el resto de los centros de referencia oftalmológicos de la República de Guatemala, por la complejidad en tamizaje.
- Investigar los factores que influyen en la consulta y diagnóstico tardío del glaucoma en la Clínica de Fundazúcar y la oferta de servicios preventivos y curativos en la región.
- Realizar campañas de educación en salud promoviendo la visita al oftalmólogo de acuerdo con su edad y antecedente.
- Promover el sistema de clasificación de glaucoma CIE 10, (Clasificación internacional de enfermedades) para fines estadísticos en los distintos centros de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Organización Mundial de la Salud [en línea].2014. Ceguera y Discapacidad Visual Nota descriptiva 282. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/

2.Organización Mundial de la Salud. Global Initiative for the elimination of avoidable blindness: Action plan 2006-2001. Ginebra: OMS; 2007.

3.Organización Mundial de la Salud [en línea]. OMS; 2014 Priority eye diseases. Disponible en: www.who.int/blindness/causes/priority/en/index6.html

4.Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma in 2010 and 2020. Br J Ophthalmol, 2006, 90(3): 262-267.

5.Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera. IAPB; 2007. Ceguera, Pobreza y Desarrollo: El impacto de VISIÓN 2020 en las metas del desarrollo del milenio de las Naciones Unidas. Disponible en: http://www.v2020la.org/docs/MDGs_leaflet_espanhol.pdf

6.Organización Mundial de la Salud. OMS; 2010. Action Plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2009-2013. Disponible en: http://www.who.int/blindness/ACTION_PLAN_WHA62-1-English.pdf

7.American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course Section 10 Glaucoma 2012-2013. San Francisco: AAO; 2012.

8.Piñero RT, Lora M, Andres MI. Glaucoma: Patogenia, diagnóstico y tratamiento. OFFARM. 2005; 24(9): 88-96.

9.Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, et al. Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos. Ophthalmology. 2004; 111(8): 1439-1448.

10. Tham YC, Li X, Wong TY, et al. Global Prevalence of Glaucoma and Projection of Glaucoma Burden through 2040. Ophthalmolgy. 2014; 121(11): 2081-2090.

11. Foster PJ, Buhrmann R, Quigley HA, Johnson G. The defintion and classification of glaucoma in prevalence surveys. Br J Ophthalmol. 2002; 86(2): 238-242.

12. Allingham RR, Damji KF, Freedman S, et al. Shields: Textbook of Glaucoma. 6a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.

13. Day AC, Baio G, Gazzard G, et al. The prevalence of primary angle closure glaucoma in European derived populations: a systematic review. Br J Ophthalmol. 2012; 96 (9): 1162-1167.

14. Calugaru D, Calugaru M. Prevention of Neovascular Glaucoma. Ophthalomology. 2013 ; 120 (7): 1507-1508.

15. Moraczewski AL, Lee RK, Palmberg PF, et al. Outcomes of treatment of neovascular glaucoma with intravitreal bevacizumab. Br J Ophthalmol. 2009; 93(5): 589-593.

16. Bohnsack BL, Freedman SF. Surgical Outcomes in Childhood Uveitic Glaucoma. Am J Ophthalmol. 2013; 155(1): 134-142.

17. Siddique SS, Suelves AM, Baheti U, Foster CS. Glaucoma and Uveitis. Surv Ophthalmol. 2013; 58(1): 1-10.

18. Bai HQ, Yao L, Wang DB, et al. Causes and treatments of traumatic secondary glaucoma. Eur J Ophthalmol. 2009; 19(2): 201-206.

19. Gonzáles MC, Moreno MV, Takane MI, et al. Glaucoma facomórfico y ultrabiomicroscopia. Rev Mex Oftalmol. 2015; 89(2): 52-58.

20. Castañeda R, Jiménez J, Iriarte MJ. Concepto de sospecha de glaucoma de ángulo abierto: definición, diagnóstico y tratamiento. Rev Mex Oftalmol. 2014; 88(4): 153-160.

21.Zárate Ferro U. Caracterización epidemiológica del glaucoma en la población del Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Enero- diciembre 2012. Acta Médica Peruana. 2013; 30(4): 74-79.

22. Levkovitch-Verbin H, Goldshtein I, Chodik G, et al. The Maccabi Glaucoma Study: Prevalence and Incidence of Glaucoma in a Large Israeli Health Maintenance Organization. Am J Ophthalmol. 2014; 158(2): 402-408.

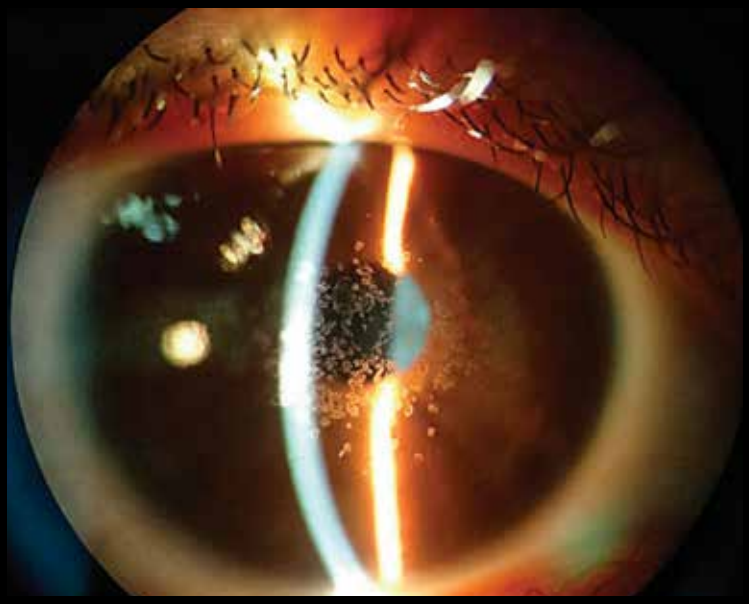
23. Cassard S, Quigley HA, Gower EW, et al. Regional Variation and Trends in the Prevalence of Diagnosed Glaucoma in the Medicare Population. Ophthalmology. 2012; 119 (7): 1342-1351.

24. Varma R, Wang D, Wu C, et al. Four Year Incidence of Open Angle Glaucoma and Ocular Hypertension: The Los Angeles Latino Eye Study. Am J Ophthalmol. 2012; 154(2): 315-325.

25. Heijl A, Alm A, Bengtsson B, et al. The Glaucoma Guidelines of the Swedish Ophthalmological Society. Acta Ophthalmol. 2012; 90(251): 1-40.

GALERÍA FOTOGRÁFICA

Exotropia congénita,
Clínica Visualiza



Distrofia corneal, Escuela Superior de Oftalmología

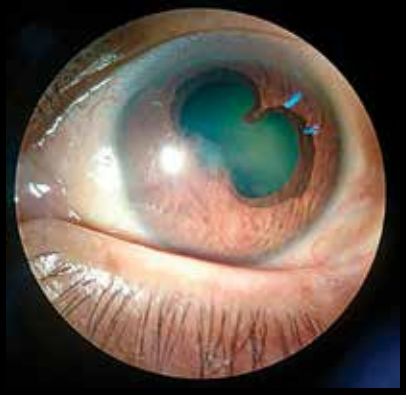
Pterigión bilateral,
Escuela Superior de Oftalmología

Quiste dermoide limbal,
Escuela Superior de Oftalmología

Iris Albino, Escuela Superior de Oftalmología

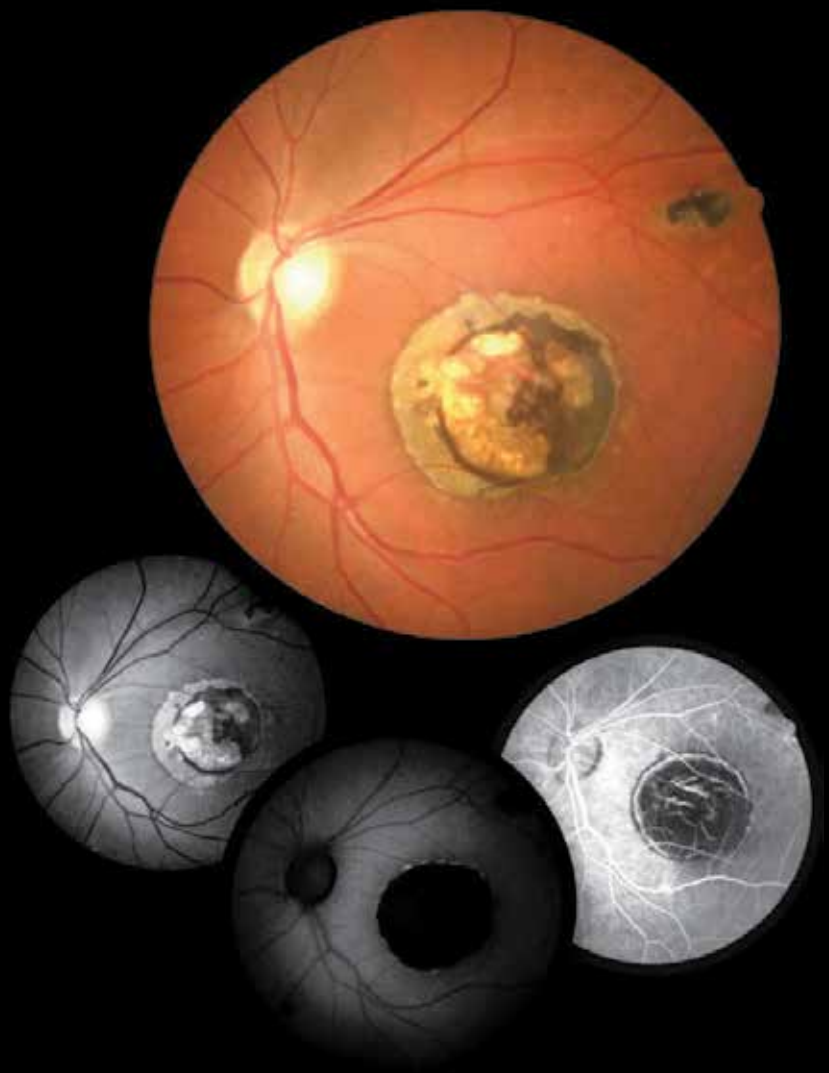
Manchas de Roth, Unidad Nacional de Oftamología

Agujero macular,
Escuela Superior de Oftalmología



Sinequia posterior + rubeosis
+ ectropion uveal, Escuela
Superior de Oftalmología

Luxacion del LIO en
CA, Escuela Superior de
Oftalmología



Cicatriz corioretiniana, Escuela Superior de Oftalmología

RECURRENCIA DE DISTROFIA GRANULAR POSTERIOR A QUERATOPLASTIA PENETRANTE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN

Trevor Pineda González MD[1], Lourdes Guambo Amboya MD[1],
Carlos León Roldan MD[2], Alejandro Campos MD[2], Andrea Arriola MD, MSc[2].
[1]*Residente de tercer año de Oftalmología.* [2]*Oftalmólogo, Retina-Vítreo, Uveítis.* [3]*Oftalmólogo, Director del Programa.*
Escuela Superior de Oftalmología, Centro Oftalmológico León.

RESUMEN

La distrofia granular es una enfermedad autosómica dominante, parte de un conjunto de enfermedades caracterizadas por acúmulo de material hialino o amiloide en el estroma superficial que provocan una disminución de la transparencia corneal. Reportamos un caso que representa una complicación poco común de recurrencia de las lesiones posterior a un trasplante penetrante de forma unilateral.

Palabras clave: *Distrofia granular, trasplante corneal, material hialino, autosómica dominante.*

INTRODUCCIÓN

Las distrofias corneales son un espectro de enfermedades poco frecuentes que se inicia en la primera o segunda décadas de la vida que provoca disminución de la visión más significativa cerca de los 40 años de edad.(1)(2)

Por lo general son bilaterales y simétricas, sin predominancia en sexo, y predilección de la enfermedad en pacientes con ascendencia escandinava, sin embargo se encuentra en personas de diferentes países y nacionalidades.

La mayoría de las distrofias corneales se heredan como rasgos autosómicos dominantes con variabilidad en la expresión clínica y alto grado de penetrancia.(3)

Pueden ser clasificadas en diversas formas, de acuerdo con patrones genéticos, severidad, características histopatológicas, características bioquímicas y localización anatómica(4).

Durante su evolución, los acúmulos van aumentando en número, densidad (extendiéndose hacia la periferia) y profundidad sin llegar a alterar el endotelio corneal.

Los hallazgos clínicos en conjunto con la microscopia confocal y estudios genéticos apoyan el diagnóstico(5).

Dentro de la sintomatología aparecen eventualmente episodios de fotofobia y deslumbramiento, en la biomicroscopia se encuentra sensibilidad corneal preservada, pérdida de la transparencia corneal causada por acumulación progresiva de depósitos anormales en las diferentes capas de la córnea, el material encontrado en el estroma es de tipo queratohialino y puede ser producido por queratocitos anómalos(6).

Dentro del tratamiento de esta enfermedad se pueden realizar distintos procedimientos, entre los más utilizados se mencionan el trasplante corneal y la fotoqueratectomia terapéutica (PTK)(7)(8).

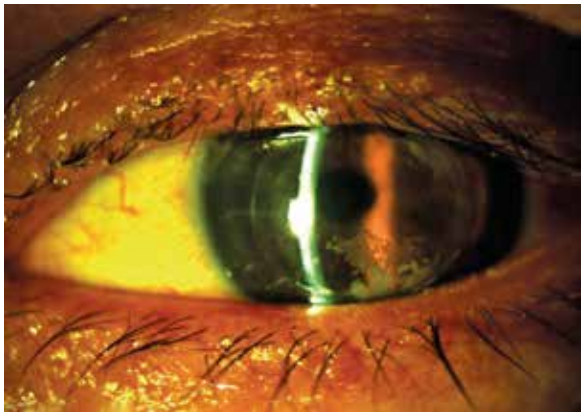


Figura 1. Depósitos blanquecinos en estroma anterior.

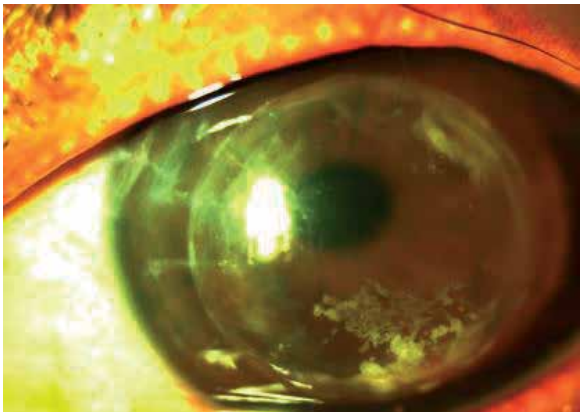


Figura 2. Gránulos blanquecinos inferiores que coalescen y adoptan el aspecto de “copos de nieve”.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 60 años de edad, el cual acude por disminución de agudeza visual en ambos ojos de 3 años de evolución, con antecedentes oftalmológicos de diagnóstico de distrofia granular en ambos ojos y trasplante corneal más cirugía de catarata con colocación de lente intraocular ambos ojos hace aproximadamente 7 años.

A la exploración oftalmológica se encuentra AVCC OD: NPL y OS: 20/200 con +2.00-6.00 x 75, presión intraocular ojo derecho medido por digito presión y ojo izquierdo 15mmhg por tonometría de Goldmann.

A la biomicroscopia se encuentra en ojo derecho botón corneal opaco, edematoso, con pliegues en Descemet, ojo izquierdo con lesiones blanquecinas a nivel de estroma anterior (figs. 1 y 2) de predominio inferior entre M V-Vl. A la evaluación de fondo de ojo bajo dilatación con pupila de 5mm y lente de 90D se encuentra; ojo derecho no valorable, en ojo izquierdo silueta de nervio óptico y reflejo naranja. Se deja en tratamiento con condroitin sulfato gotas 1.8mg, hialuronato sódico gotas 1.0mg 5 veces al día en, solución salina hipertónica gotas 5 veces al día y timolol gotas 0.5% 2 veces al día ambos ojos. Se plantea a paciente valorar distintas opciones de tratamiento.

DISCUSIÓN

Las distrofias corneales son un grupo de alteraciones hereditarias caracterizadas por depósitos anormales de material amiloide, hialino o mixto en la córnea(6), que ocasionan pérdida de la transparencia corneal. En la primera década de la vida pueden aparecer los primeros signos biomicroscópicos de las opacidades corneales; aunque la progresión suele ser lenta y no da alteraciones visuales ni erosiones hasta más allá de la 4ª década. Existen numerosos tipos de tratamiento, la PTK ha demostrado ser más efectiva en estos casos, pues se trata de una técnica mínimamente invasiva que puede conseguir una mejoría de la agudeza visual a corto plazo en algunos de estos pacientes y conlleva un menor riesgo de complicaciones y cuidados postquirúricos que la queratoplastia(8), sin embargo en nuestro caso el paciente es sometido a trasplante de córnea bilateral, el cual se reserva para los casos con disminución de la agudeza visual significativa, opacidades profundas, o erosiones recidivantes que no responden a tratamientos menos invasivos(10), sin embargo esta descrito que existe hasta una 43% de recurrencia entre 10–15 años posteriores a la queratoplastia.

El tiempo medio de recurrencia de lesiones es similar tras ambos procedimientos quirúrgicos, alrededor de 4 años, y la diferencia de AV no es estadísticamente significativa.

Gracias a los avances en el material quirúrgico y los tratamientos inmunosupresores, los resultados han ido mejorando con el tiempo, lo cierto es que todavía distan de ser del todo satisfactorios (11).

Las complicaciones son numerosas durante el acto quirúrgico, la más temida es la hemorragia expulsiva.

Durante el postoperatorio inmediato pueden ocurrir:

1) Ruptura de las suturas.
2) Problemas de epitelización.
3) Infecciosas.
4) Rechazo corneal.
5) Astigmatismo residual. (12)(13)

El diagnóstico de falla corneal se establece hasta después de 90 días de tratamiento con pérdida irreversible de la claridad del injerto central independientemente de la agudeza visual. Existen factores del receptor que reducen las posibilidades de tener un injerto transparente, entre las que se encuentran antecedentes de vitrectomía, pseudofaquia, afaquia o edema corneal, historia de glaucoma especialmente aquel que no tiene tratamiento establecido y neovascularización.

Al tener conocimiento de las complicaciones frecuentes post trasplante de córnea, es relativamente raro observar durante el período de seguimiento que el paciente vuelva a presentar signos de distrofia granular en el botón injertado, esta recurrencia de lesiones es del 43% a 15 años posterior a la queratoplastia (14). Actualmente se desconoce incidencia o cifras de estudios con este tipo de complicación, por lo que sería conveniente identificar este tipo de evento así como condiciones oculares, características inmunológicas que pueden provocar su reaparición.

CONCLUSIONES

La distrofia granular es una enfermedad poco común de diagnóstico principalmente clínico el cual consiste en observar los depósitos estromales blanquecinos característicos desde temprana edad, existen distintos métodos para confirmar el diagnóstico entre ellos la microscopia confocal, ultrabiomicroscopia y SD-OCT; del mismo modo diferentes tipos de tratamiento dependiendo a que nivel del estroma se encuentren las lesiones que incluye PTK o queratoplastia lamelar superficial o profunda (15).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Castillo Pérez C. "Distrofia corneal granular". Rev Cubana Oftalmol, 2015;28(2).

2) Musch DC "Prevalence of corneal dystrophies in the United States: estimates from claims data" Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(9):6959-63

3) Bourges JL. "Corneal dystrophies". J Fr Ophtalmol. 2017;40(6):e177-e192

4) Weiss, J." La Clasificacion IC3D de Las Distrofias Corneales".Cornea 2008;27(2).

5) Centellas Vargas W. "Microscopía confocal en distrofias corneales" Rev Mex Oftalmol; 2009; 83(1):26-34.

6) Kamiya K. "Effect of Light Scattering and Higher-order Aberrations on Visual Performance in Eyes with Granular Corneal Dystrophy" Sci Rep. 2016;18(6):24677.

7) Cárdenas Díaz T. "Principios para realizar queratectomía fototerapéutica" Revista Cubana de Oftalmología. 2016;29(4).

8) Kamiya K "Central Islands and Visual Outcomes of Phototherapeutic Keratectomy Using the Photorefractive Keratectomy Mode" Cornea, 2018(14).

9) Cabrera Ventura O. "Uso de la microscopía confocal in vivo en el diagnóstico de distrofias cornéales" Rev Ciencias Médicas, 2016;20(6).

10) Gayger Müller E. "Persistence of granular corneal dystrophy type-1 deposits in the predescemetic layer after big-bubble deep anterior lamellar keratoplasty". Arq Bras Oftalmol, 2018;81(1):66-9.

11) Sahay P "Granular corneal dystrophy: an enigma resolved." Int Ophthalmol. 2018;25.

12) Müller EG "Persistence of granular corneal dystrophy type-1 deposits in the predescemetic layer after big-bubble deep anterior lamellar keratoplasty". Arq Bras Oftalmol. 2018;81(1):66-69.

13) Nakamura T "Refractive Outcomes After Phototherapeutic Refractive Keratectomy for Granular Corneal Dystrophy." Cornea. 2018;37(5):548-553

14) Lewis DR "Recurrence of Granular Corneal Dystrophy Type 1 After Phototherapeutic Keratectomy, Lamellar Keratoplasty, and Penetrating Keratoplasty in a Single Population" Cornea. 2017;36(10):1227-1232.

15) Chen G, Tzekov R, Li W, et al. "Deep anterior lamellar keratoplasty versus penetrating keratoplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials". Cornea. 2016;35(2):169-74.

CASO INTERESANTE: TRAUMA OCULAR DESPUÉS DE QUERATOPLASTIA PENETRANTE

Dr. Carlos Enrique Luna Reynoso
Residente de tercer año. Clínica de Trauma Ocular, Unidad Nacional de Oftalmología.

INTRODUCCIÓN

El trauma ocular provoca un amplio espectro de lesiones al globo ocular, los cuales van desde un daño superficial hasta amenazar la visión.[1] Los trasplantes corneales son realizados cada vez con mayor frecuencia. La Organización Mundial para la Salud (OMS) reportó que en el año 2000 se realizaron al menos 120,000 queratoplastias penetrantes (QP) alrededor del mundo[2], en el año 2012 el número aumento a 184,576 siendo las de tipo QP las más comunes (90%).[3] A continuación presentamos el caso de un paciente con dehiscencia post traumática de el botón corneal 8 años después de realizado el procedimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

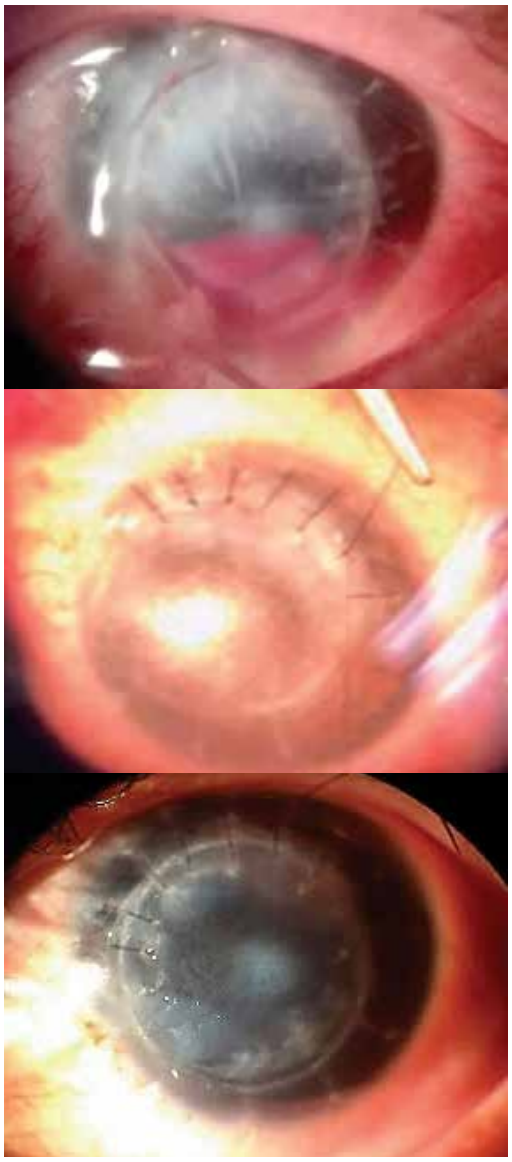
Paciente masculino de 27 años, soltero, obrero de aserradero, originario y residente en el departamento de Cobán, quien se presenta en la emergencia del Hospital Roosevelt, relata que se encontraba trabajando cuando por accidente una vara de madera es expulsada de maquinaria industrial y le golpea el ojo izquierdo hace 14 horas.
Antecedente de trasplante corneal en ojo izquierdo, no recuerda la indicación, mismo fue realizado en una jornada médica, refiere una evolución poco satisfactoria, sin seguimiento oftalmológico, con agudeza visual estable de sombras y movimientos.

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

La agudeza visual en el ojo derecho logMar 0 (Snellen 20/20), ojo izquierdo logMar 2 (movimiento de manos), que no mejora con agujero estenopeico. La presión intraocular era de 14 mmHg en el ojo derecho y digital disminuida en el ojo izquierdo. Ocular Trauma Score calculado en 2.

Al examen físico, movimientos extraoculares sin restricción, párpados, vía lagrimal y rim orbitario sin alteraciones. Al examen en lámpara de hendidura el ojo derecho no presentaba alteraciones, ojo izquierdo se evidencia inyección conjuntival moderada 360º, dehiscencia de botón corneal de MIX - MXII midiendo 5 mm en extensión con protrusión de vítreo y poco pigmento, botón corneal opaco con pliegues en Descemet 3+, hifema grado I, aniridia 360º, no se observaba cristalino. Fondo de ojo poco detalle por opacidad de medios. ***(Fig. 1).***

Se realiza cirugía en OS, bajo efectos de anestesia local, se procede a realizar paracentesis en MXI, se libera vítreo encarcelado en dehiscencia utilizando esponja de Weck y tijera Vanas, se colocan puntos radiales con sutura de nylon 10 -0 en MIX – MXII, se realiza lavado de cámara anterior y vitrectomía anterior, procedimiento concluye sin complicaciones. ***(Fig. 2).***



A la evaluación post quirúrgica a las 24 horas, la visión se documenta logMar 2, presión intraocular de 10 mmHg, a la evaluación biomicroscópica, botón corneal aposicionado, seidel negativo, botón corneal con edema 4+ cámara anterior formada, celularidad 3+, aniridia, afaquia, no detalle de polo posterior, reflejo rojo, se difiere ultrasonido. Se inició tratamiento con moxifloxacina en gotas cada 3 horas, acetato de prednisolona al 1% cada hora, analgesia sistémica y re evaluación en una semana.

A la evaluación a la semana, agudeza visual de logMar 2, con agujero estenopeico logMar 1.7, presión intraocular de 12 mmHg, a la evaluación biomicroscópica el botón corneal con edema 1+, cámara anterior formada, celularidad 2+, afaquia y aniridia, con lente de 90D se observa silueta del nervio óptico y reflejo naranja, retina impresiona aplicada. A las 3 semanas post operatorias la agudeza visual mejoró a logMar 1.7 con agujero estenopeico, el botón corneal continua opaco sin embargo es posible evaluar fondo de ojo con mayor detalle, evidenciando desprendimiento de vítreo posterior, nervio óptico con excavación de 0.7, mácula con buen brillo, y retina aplicada 360°. ***(Fig. 3).***

DISCUSIÓN Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Las indicaciones quirúrgicas de QP son variadas, un estudio reportó que el trauma ocular constituyo una indicación de QP en 25.5% de pacientes, siendo las quemaduras químicas (17%) y el trauma penetrante (8.5%) las etiologías causantes.[4] El trasplante corneal también puede ser indicado en casos en los que el paciente presente secuelas de trauma ocular, siendo las cicatrices corneales la causa más común.[5]

Estudios de estrés holográfico han revelado que la córnea a pesar de clínicamente lucir sanada, nunca recuperan la fuerza tensil de una córnea normal. La complejidad del cierre de heridas post QP implica a nivel histológico una aposición anormal de las fibras de colágeno, incarceración de la membrana de Bowman y de Descemet, en lugar de una recuperación anatómica hablamos de una creación de una cicatriz de matriz estromal que mantiene unido el tejido. [6]

En este caso, el paciente se presenta con trauma ocular y dehiscencia del botón corneal, demuestra que a pesar de transcurrido tiempo la córnea no recupera su adherencia y fuerza tensil, lo cual se correlaciona con reportes de dehiscencia traumática después de QP en casos hasta 34 años después de realizada.[6]

El pronóstico visual después de una dehiscencia traumática de QP es generalmente pobre, se ha reportado que de 25-50% de los pacientes empeoran su visión, usualmente menor de logMar 1 (Snellen 20/200), 7 en la ***tabla 1*** se muestran la experiencia de 6 autores respecto a la agudeza visual final después de dehiscencia traumática, los resultados con frecuencia son pobres con una AV mejor corregida peor a la reportada previo al trauma (61-95%), igual (5 – 13%) y mejor (0-27%). [8]

En el caso reportado, la agudeza visual mejora con un botón corneal clínicamente más claro, sin embargo, la rehabilitación y el potencial visual deben ser evaluados para decidir el mejor manejo ulterior, ya sea la adaptación de lente de contacto o la colocación de un lente intra ocular de fijación escleral como opciones terapéuticas.

TABLA No.1

Resultados visuales en pacientes con dehiscencia traumática post QP

Autor	Número de casos	Pacientes con peor AV (%)	Pacientes con igual AV (%)	Pacientes con mejor AV (%)
Williams et al	15	73	13	13
Lam et al	19	95	5	0
Rohrbach et al	15	85	8	8
Agrawal	18	61	17	22
Tran et al	26	83	6	11
Das et al	19	64	9	27

AV: agudeza visual mejor corregida.
Tabla adaptada de Steinberg et al.[8]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferenc Kuhn, M. P. (2002). OCULAR TRAUMA Principles and Practice. New York: Thieme.

2. Steinberg, J., Eddy, M.-T., Katz, T., Fricke, O. H., Richard, G., & Linke, S. J. (2012). Traumatic wound dehiscence after penetrating keratoplasty: case series and literature review. European Journal of Ophthalmology, 22(3), 335–341.

3. Gain, P., Jullienne, R., He, Z., Aldossary, M., Acquart, S., Cognasse, F., & Thuret, G. (2016). Global survey of corneal transplantation and eye banking. JAMA Ophthalmology, 134(2), 167–173.

4. Krysik, K., Wroblewska-czajka, E., Lyssek-boron, A., Wylegala, E. A., & Dobrowolski, D.(2018). Total Penetrating Keratoplasty: Indications, Therapeutic Approach, and Long-Term Follow-Up, 2018, 4–6.

5. Doren, G. S., Cohen, E. J., Brady, S. E., Arentsen, J. J., & Laibson, P. R. (1990). Penetrating Keratoplasty After Ocular Trauma. American Journal of Ophthalmology, 110(4), 408–411.

6. Gunasekaran, S., Sharma, N., & Titiyal, J. S. (2014). Management of traumatic wound dehiscence of a functional graft 34 years after penetrating keratoplasty. BMJ Case Reports, 1–3.

7. Haddadin, R. I., Vora, G. K., & Chodosh, J.(2013). Corneal trauma following keratoplasty. International Ophthalmology Clinics, 53(4), 23–32.

8. Steinberg, J., Eddy, M.-T., Katz, T., Fricke, O. H., Richard, G., & Linke, S. J. (2012). Traumatic wound dehiscence after penetrating keratoplasty: case series and literature review. European Journal of Ophthalmology, 22(3),335–341.

CASO CLÍNICO ENDOFTALMITIS POST-QUIRÚRGICA

Dra. Kenia Cruz[1] Dra. Andrea Arriola MD, MSc [2] Dr. Carlos León[3].
[1] *Residente de tercer año de Oftalmología.*
[2]*Oftalmólogo, Retina-Vítreo, Uveítis.*
[3]*Oftalmólogo, Director del Programa.*
Escuela Superior de Oftalmología, Centro Oftalmológico León.

RESUMEN

La endoftalmitis es una infección intraocular severa asociada a disminución de la agudeza visual y dolor con hallazgos en segmento anterior (células en la cámara anterior/posterior e hipopión) y polo posterior[1,2]. Es una devastadora complicación que puede presentarse después de una cirugía oftalmológica, con una incidencia de 0.023-1.8% según la intervención[2]. La Sociedad Americana de Retina y Vítreo ha clasificado la endoftalmitis postoperatoria según su forma de presentación en hiperaguda, si se produce en 24 horas; aguda, si se presenta durante las primeras seis semanas; y crónica, más de seis semanas postquirúrgicas. El diagnóstico es clínico, sustentado por cultivo de los fluidos intraoculares. Los gérmenes gram positivos son más frecuentes, como Staphylococcus coagulasa negativa (33-77%) y Staphylococcus aureus (10-21%)[3]. Los gérmenes gram negativos son reportados en un 6,5 %[3]. La terapéutica se basa en la biopsia vítrea, la administración de antibióticos intravítreos y la realización o no de la vitrectomía pars plana (VPP), con uso de antibióticos tópicos y sistémicos asociados[1,4].

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años, consulta por ojo rojo, epifora y dolor en ojo izquierdo. *(Figura 1)*

Dentro de sus antecedentes personales Patológicos: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Dislipidemia, Enfermedad coronaria y tabaquismo de (10 cigarrillos diarios).

Oftalmológicos–Laser focal ojo izquierdo (1983), cerclaje por desprendimiento de retina regmatógeno ojo izquierdo (2003) ambos procedimientos realizados en Bascom Palmer Eye Institute. En enero de 2009 se le realiza vitrectomía, lensectomía, peeling, silicón ojo izquierdo por desprendimiento de retina regmatógeno en el mismo ojo.

En 2018 se presenta con agudeza visual de movimiento de manos con aumento de PIO de 30 mmHg (con tratamiento máximo tolerado) e hipopión inverso, por lo que se decide intercambio silicón-silicón ojo izquierdo, presentándose a las 48 horas con cuadro clínico descrito.

Al examen oftalmológico biomicroscópico ojo derecho sin alteraciones, ojo izquierdo con edema bipalpebral, hiposfagma inferior 180°, puntos in situ, enfisema subconjuntival temporal, córnea desepitelizada 100%, cámara anterior formada, celularidad 3+, hipopión menor 1mm, pupila no reactiva por sinequias posteriores a cápsula y discoria. Fondo de ojo evidencia silicón en cavidad vítrea, retina aplicada; por lo que se decide manejo: ceftazidima (0.2 mg/0.1mL) y vancomicina (1mg/0.1mL) intravítrea. No presenta mejoría clínica por lo que se decide intercambio silicón-silicón y antibióticos intravítreos trasoperatorios. A las 72 horas el paciente evoluciona de forma satisfactoria volviendo a agudeza visual basal de movimiento de manos. *(Figura 2)*

DISCUSIÓN

La endoftalmitis puede ocurrir después de cualquier cirugía oftalmológica, su incidencia varía según la intervención: cirugía de catarata 0.023%[2], vitrectomía vía pars plana (0,046 % a 0,07%), queratoplastia penetrante (0,11 % a 0,18 %), cirugía combinada de queratoplastia penetrante y cataratas (0,194 %), procedimientos filtrantes para glaucoma (0,06 % a 1,8 %)[1]. En la actualidad la administración intravítrea (ceftazidima 0.2 mg/0,1 mL y vancomicina 1 mg/ 0,1 mL) es la combinación más utilizada[1]. Sin embargo, muchos pacientes no responden de la manera satisfactoria por lo cual es necesario realizar tratamiento quirúrgico pertinente como en este caso.

El manejo óptimo es el diagnóstico temprano y las terapéuticas inmediatas[4]. La intervención quirúrgica temprana permite el tratamiento inmediato de la patología, como medida profiláctica previniendo complicaciones que pueden ocurrir por procesos de larga evolución y daño permanente a los tejidos[4].

Incluso si la percepción de luz no vuelve, ayuda a la estética y reduce la incidencia de la enucleación/ evisceración, importante para el impacto psicológico adicional al paciente[1].

REFERENCIAS

1. Duperet Carvajal D, Audivert Hung Y, Quiala AlayoL, et al. Evaluation of endophtalmitis in the first clinical stage. Medisan 2013; 17(12):9057.
2. Jabbarvand, M., Hashemian, H., Khodaparast, M., et al. Endophthalmitis occurring after cataract surgery. Outcomes of more than 480 000cataract surgeries, epidemiologic features and risk factors. Ophthalmology 2016, 123(2):295-301.
3. Kanski, J. Oftalmología Clínica. España, 2012. Elsevier.
4. Kuhn F, Gini G. Complete and early vitrectomy for endophthalmitis (CEVE) as today's alternative to the endophthalmitis vitrectomy study. In: Vitreo-retinal Surgery. Springer Berlin Heidelberg; 2007; 53-68.

Figura 1. Segundo día postquirúrgico a recambio de silicón-silicón.

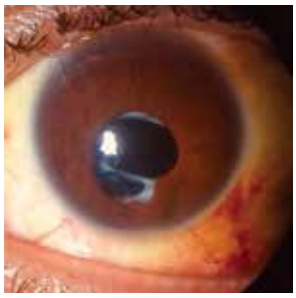


Figura 2. Post quirúrgico de segundo recambio de silicón.

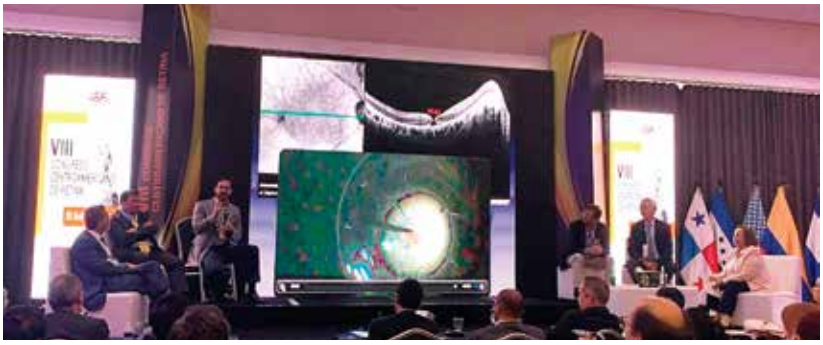
VIII CONGRESO CENTROAMERICANO DE RETINA

EL SALVADOR

Dra. Andrea Arriola López

Guatemala se hizo presente en el VIII Congreso Centroamericano de Retina llevado a cabo en agosto pasado en la Ciudad de San Salvador.

El evento reunió expertos internacionales de alto prestigio y comunidad médica de Centroamérica y Suramérica, enfocado en temas de actualización en abordajes médico-quirúrgicos, estudios de imágenes, diagnóstico y tratamiento en modalidad de mesas redondas, conferencias y discusión de casos, lo cual manifiesta la impecable organización por parte de la comunidad de Oftalmología de El Salvador. La Sociedad de Retina de Guatemala participó presentando trabajos libres con investigaciones de alto nivel y excelencia.



Dra. Dalia González

Dr. Mario Gutiérrez

Dr. José Manuel Del Cid

Dr. Roberto Jule
Dr. Humberto Ramírez

Tras esta experiencia académica y de convivencia internacional, Guatemala fue nombrada como locación sede para el IX Congreso Centroamericano de Retina en 2021.

NOVARTIS

PRÓXIMOS EVENTOS

Academia Americana de Oftalmología AAO
Oct 12 – Oct 15
San Francisco, California, EEUU
www.aao.org

XLI Curso Interamericano de Oftalmología Clínica Bascom Palmer Eye Institute
Oct 20 – Oct 23
Miami, Florida, EEUU
https://www.cursointeramericanodeoftalmologia.com/

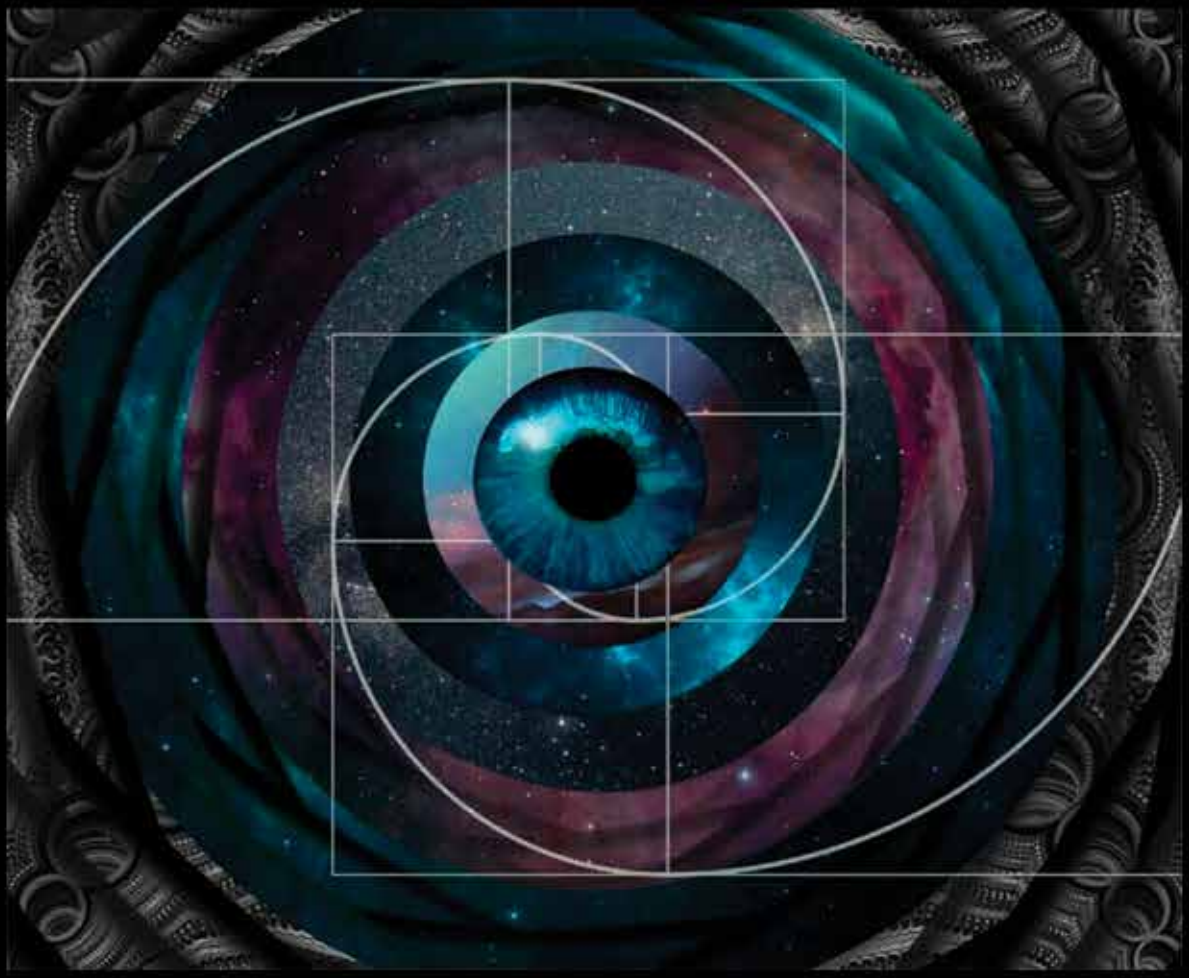
International Symposium on Ocular Pharmacology and Therapeutics
Nov 7 -– Nov 9
Valencia, España
https://www.isoptclinical.com/

Asia-Pacific Vitreo-Retina Society Congress 2019
Nov 22 - Nov 24
Shanghai, China
secretariat@apvrs.org

IV Simposio Internacional de Glaucoma
Nov 29 – Nov 30
Santiado de Chile, Chile
www.simposioglaucoma2019.cl

XXV Curso Internacional de Córnea y Cirugía Refractiva
Nov 30 – Dic 2
Mérida, Yucatán, México
http://www.rsos-jeddah.com/

XVII Congreso Nacional de Oftalmología
Asociación Guatemalteca de Oftamología



Controversias en Oftalmología

21 y 22 de mayo de 2020
Centro de Convenciones
Grand Tikal Futura Hotel

	Hasta 31 de enero	Hasta 31 de marzo	Día del evento
Socios	$50	$75	$100
No socios/ Extranjeros	$200	$225	$250
Residentes/ Fellows	$30	$60	$90

www.oftalmologosdeguatemala.org

REQUISITOS DE INGRESO A LA AGO

AGO

Socio en Entrenamiento

1. Solicitar ingreso a la Junta Directiva de la Asociación Guatemalteca de Oftalmología por escrito, adjuntar Curriculum Vitae con copia de DPI o pasaporte en caso de ser extranjero.

2. Adjuntar a la solicitud una carta del Postgrado de Oftalmología en donde se encuentra cursando la Maestría en Oftalmología en la cual indiquen el año que cursa.

3. Copia de colegiado activo o colegiado transitorio.

4. De ser aceptada la solicitud, presentar en el acto de ingreso un trabajo científico, del cual será informados por Junta Directiva.

5. La aceptación definitiva y su anotación en los libros como asociados activo se hará hasta que se cancele la cuota de ingreso (esta cuota se debe cancelar antes del acto de ingreso).

6. Los pagos para permanecer como Socio en Entrenamiento activos son mensuales o anuales (Q.21.00 mensuales o anuales Q.250.00).

7. La cuota única de inscripción es de Q.200.00.

8. Al completar los 3 años de entrenamiento Oftalmológico automáticamente pasa a pertenecer a los socios titulares (Nacionales) de la AGO o Socios Correspondientes (Extranjeros). Adquiriendo los derechos y obligaciones que a cada clase de asociado le confiere.

Nota: La presentación del trabajo científico de ingreso se puede hacer mediante un artículo publicado en la revista Oftálmica de la AGO, siguiendo los lineamientos presentados en las normas de Vancouver o tomando como muestra los artículos de las ediciones anteriores.

Socio Titular

1. Solicitar ingreso a Junta Directiva de la Asociación Guatemalteca de Oftalmología por escrito, adjuntar Curriculum Vitae con copia de DPI.

2. Adjuntar a la solicitud la lista de trabajos o méritos que demuestren sus conocimientos de la especialidad de oftalmología, debiendo comprobar tres años de entrenamiento oftalmológico en el Hospital - Escuela del país o su equivalente de reconocimiento en el extranjero, con sus respectivas calificaciones. (Entiéndase títulos, diplomas por participación en congresos, conferencias, certificado de notas etc.).

3. De ser aceptada la solicitud, presentar en el acto de ingreso un trabajo científico, del cual será informados por Junta Directiva.

4. La aceptación definitiva y su anotación en los libros como asociados activo se hará hasta que se cancele la cuota de ingreso (esta cuota se debe cancelar antes del acto de ingreso).

5. Los pagos para permanecer como Socio Activo son mensuales (Q.50.00 o anuales (Q.600.00).
La cuota única de inscripción es de Q.500.00.

Nota: La presentación del trabajo científico de ingreso se puede hacer mediante un artículo publicado en la revista Oftálmica de la AGO, siguiendo los lineamientos presentados en las normas de Vancouver o tomando como muestra loa artículos de las ediciones anteriores.

Enviar papelería a: asociaciondeoftalmologia@gmail.com

Bancórneas

Banco de Córneas de Guatemala

SI QUIERE SER DONANTE PUEDE COMUNICARSE A:

Tels.: 2226-9106 / 4102-2655

2a. Avenida 0-46, Zona 2, Ciudad

www.bancorneas.org

info@bancorneas.org

/ bancorneas

"Que la luz de tus ojos siga brillando, aún después de tu vida"

CON EL APOYO DE:

www.bancorneas.org