

Estudio del síndrome de deformación corneal inducido por lentes de contacto en diez ojos.

Dr. Javier Benavides (*)

Dra. Angela María Gutiérrez (**)

1. Introducción

La córnea desde un punto de vista fisiológico, sufre cambios morfológicos ante diversas situaciones como: Cambios de presión intraocular, tensión ejercida por el párpado superior, oscilaciones entre el día y la noche etc, (1) y (2). La lente de contacto (L.d.C.), como prótesis, determina cambios morfológicos adicionales, que en ocasiones pueden ser patológicos, como es el caso del Síndrome de Deformación Corneal (S.D.C.), el cual se define como todos aquellos cambios morfológicos en la superficie corneal de usuarios crónicos de L.d.C., que se manifiestan cuando éstos son suspendidos de forma súbita, y que pueden ser permanentes o reversibles (3) (4). En este síndrome, clásicamente se pueden encontrar los siguientes hallazgos: disminución de la agudeza visual (A.V.) y/o diplopia; a la retinoscopia, reflejos distorsionados y a veces en tijera; a la queratometría, miras distorsionadas y anguladas con cambios manifiestos en el poder dióptrico y el eje del cilindro (4); y a la queratografía, distorsión y emborronamiento de los anillos.

A pesar de ello, estos medios presentan sus limitaciones porque no permiten un análisis claro de la simetría o asimetría corneal ni de la relación posicional entre la L.d.C. y la superficie corneal, así como tampoco permiten un estudio de la práctica totalidad de córnea. Para intentar compensar estas limitaciones, vamos a estudiar estos pacientes con un método complementario como es la Topografía corneal computarizada (T.C.C.), consti-

(*) Trabajo realizado durante el tercer año de Residencia en la Escuela Superior de Oftalmología. Instituto Barraquer de América.
(**) Miembro del Staff de la Clínica Barraquer.

tuyendo este último punto el objeto esencial de nuestro trabajo (5).

2. Materiales y Métodos

Nuestra muestra está constituida por seis enfermos, cuatro de ellos binoculares y dos monoculares, que acudieron al Servicio de Segmento Anterior en el intervalo de un año. A todos ellos se les realizó: examen funcional de visión, retinoscopia, queratometría, queratografía y T.C.C. En este último, se analizaron los siguientes parámetros: relación de la curva base de la L.d.C. con respecto a los valores dióptricos en la TCC de la posición de descanso de la L.d.C. con respecto a la imagen topográfica, la existencia o no de aplanamiento central de la córnea, la existencia o no de imágenes en espejo en pacientes binoculares, el índice de asimetría superficial y la existencia o no de patrón de queratocono en la imagen topográfica.

Nota: los pacientes acudieron a consulta demandando cirugía refractiva y sin documentación de las condiciones refractivas previas a la adaptación de la L.d.C.

3. Resultados

A. Clínica: Todos los pacientes acudieron a consulta con una A.V.C.C. de 1.00, sin ningún síntoma acompañante.

B. Retinoscopia: En el estudio encontramos seis ojos con reflejos aberrados, dos de ellos en tijera (astigmatismo irregular).

C. Queratometría:

- En el momento de retirar la L.d.C. todos los pacientes manifestaron un astigmatismo comprendido en un rango de una a cinco dioptrías.
- En dos ojos se pudieron observar cambios en el eje del cilindro de treinta y cinco y cuarenta y cinco grados respectivamente, desde el momento en que se retiró la L.d.C. y el momento de la reversión del síndrome.

D. Queratografía: En el estudio encontramos distorsión y emborronamiento de los anillos en todos los casos.

E. T.T.C.:

- Hay una correlación bastante exacta entre la posición de descanso de la L.d.C. y la imagen topográfica de la córnea (Fig. 1 y 2).

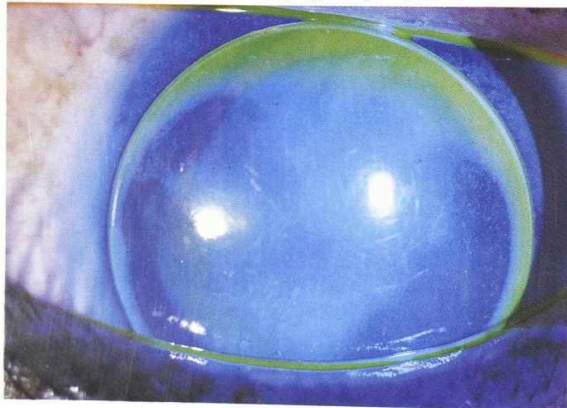


Figura 1

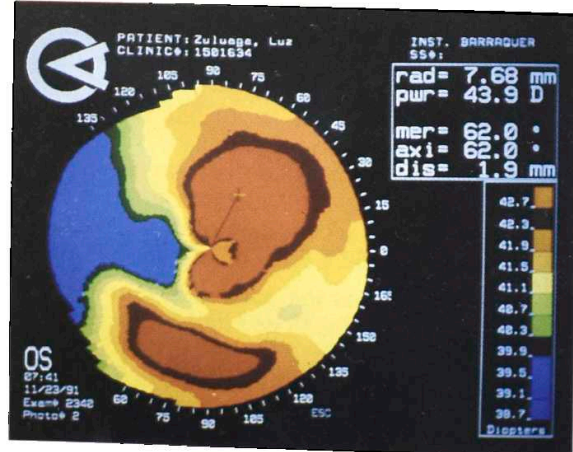


Figura 2

- En todos los casos pudimos observar un aplastamiento central de la córnea (Fig. 3).

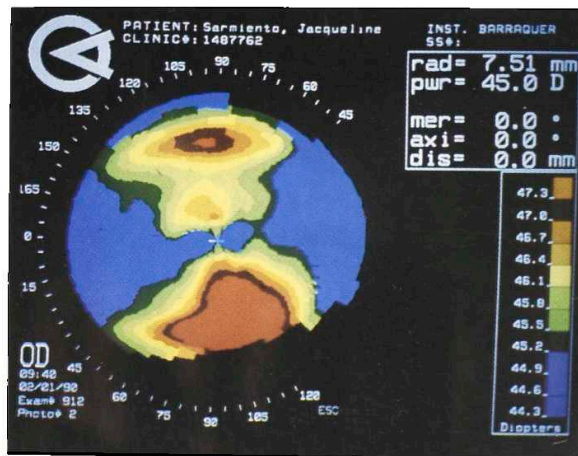


Figura 3

- Índice de asimetría superficial, entendido como la diferencia en dioptrías entre dos puntos equidistantes del centro corneal. Normalmente este índice no debe sobrepasar una dioptría. En el estudio pudimos observar valores comprendidos en un rango de una a tres dioptrías (Fig. 4 y 5).

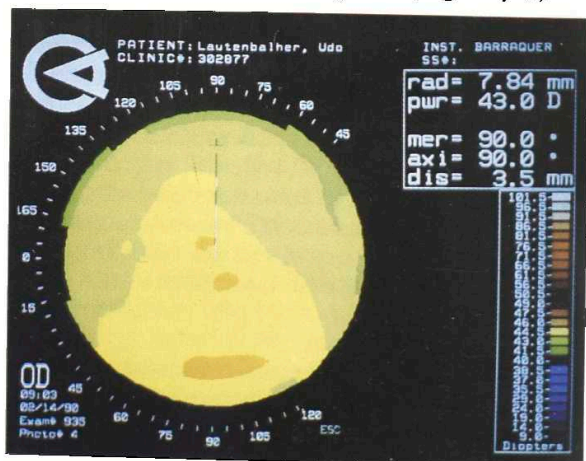


Figura 4

- En los cuatro pacientes bilaterales del estudio (2/3 de los pacientes), pudimos observar en cada uno imágenes topográficas muy similares o en espejo en ambos ojos (Fig. 6). No hallamos en nuestro estudio ninguno de los siguientes signos: a) Astigmatismo irregular b) Distorsión y angulación de miras queratométricas c) Correlación curva base



Figura 5

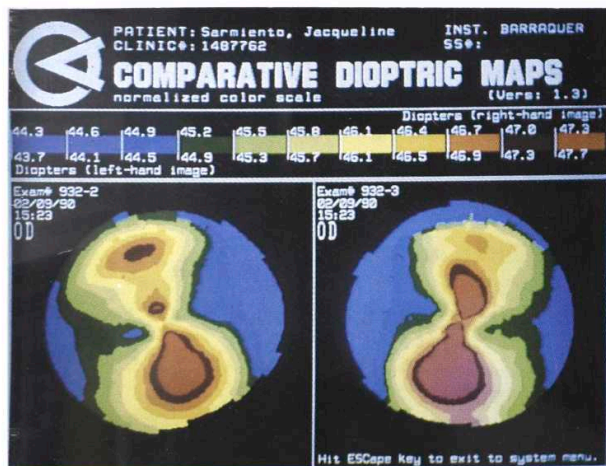


Figura 6

de la L.d.C. y la T.C.C. d) Patrón de queratocono persistente en la T.C.C.

F. Tratamiento. En nuestro Centro procedemos del siguiente modo:

1. Se suspende el uso de la L.d.C.

En casos en que haya un gran astigmatismo, consideramos que es conveniente retirar poco a poco la L.d.C., es decir, disminuir en dos horas el uso de la L.d.C. cada mes.

2. Realizamos controles de queratometría, refrac-

ción y T.C.C. cada mes. Si revierte el síndrome, hay que ratificar su estabilización un mes después.

3. Si el síndrome ha revertido, consideramos que el paciente estará en condiciones de adaptarse unas nuevas gafas y/o unas nuevas L.d.C., y si el paciente lo desea se le podrá intervenir de cirugía refractiva.

4. Si no revierte el síndrome o no se estabiliza, consideramos que sería conveniente seguir con los controles antes mencionados, e intentar la adaptación de unas nuevas gafas y/o unas nuevas L.d.C.

5. Si tenemos un patrón topográfico de queratocono, consideramos que es conveniente esperar para ver si revierte, y si no lo hiciese, deducimos que estamos ante un queratocono subclínico e intentaremos adaptar una nueva L.d.C.

G. Evolución: Normalmente el síndrome revierte, y suele hacerlo entre uno y tres meses. En el estudio, todos los casos revirtieron entre una semana y dos meses y medio.

4. Discusión

La baja incidencia de este síndrome y sus escasas referencias bibliográficas internacionales hacen difícil un estudio amplio y detallado de este síndrome. En nuestro estudio hemos intentado compensar estas limitaciones con un estudio más pormenorizado de la T.C.C.

En el pasado, este síndrome era más frecuente debido al uso de L.d.C. rígidos de PMMA. Hoy día es menos frecuente debido al mayor uso de L.d.C. gas permeables y blandos (4).

En queratometría, algunos autores describen casos de distorsión y angulación de miras, así como de astigmatismo irregular. En el presente estudio se encontraron 2 casos. También hay reportes de cambios en la orientación del cilindro con respecto a los datos previos a la adaptación de la L.d.C. de hasta veinte grados. En nuestro estudio no hemos podido analizar este punto pues no contábamos con los datos previos a la adaptación de la L.d.C. No obstante hallamos dos casos en que se observaron cambios de treinta y cinco y cuarenta y cin-

co grados respectivamente, desde el momento en que se suspendió la L.d.C. y el momento en que revertió el síndrome.

En este trabajo hemos podido comprobar la importancia de la T.C.C. en el diagnóstico, así como en el seguimiento del síndrome, al poder observar gráficamente determinados signos que normalmente pasaban desapercibidos con la retinoscopia, queratometría y queratografía.

Hay casos en que este síndrome puede ofrecer una imagen topográfica muy semejante a la que nos tiene acostumbrados el queratocono. En nuestro Centro consideramos que nos encontramos ante un queratocono subclínico cuando el patrón topográfico no revierte a la normalidad.

Todos los pacientes analizados acudieron a nuestro Centro solicitando cirugía refractiva. Nosotros consideramos a una córnea con este síndrome como una córnea patológica, y por lo tanto, como una contraindicación absoluta para cirugía refrac-

tiva. Consideramos que algunos fracasos en cirugía Refractiva pueden haber sido ocasionados por el insuficiente estudio de la topografía corneal preoperatoria.

Bibliografía

1. Gil del Río E. Lentes de contacto. 1a. edición. Edit. Jims. Barcelona 1990.
2. Miller D. Complicaciones de los lentes de contacto, Edit. Salvat. 1a. edición. Barcelona 1984.
3. Astigmatism after Contac Lens Wear. Am J. Of Optometry and Physiological Optics. Vol. 54 - 11: 787 - 791.
4. Contac Lens - Induced Corneal Warpage. Eleanor F. Mobilia and Kenneth R. Kenyon.
5. Topographic Changes in Contac Lens-induced Corneal Warpage. Ophthalmology. June 1990. Vol. 97. Number 6 (734 - 744).