

Queratoplastia penetrante: retos en el seguimiento del paciente trasplantado

Penetrating keratoplasty: challenges in the follow-up of the transplanted patient

La córnea es la lente más potente del ojo; representa la sexta parte de la superficie ocular externa y su estructura es en extremo resistente, transparente, avascular y ricamente inervada, por lo que las afecciones de la córnea, tanto congénitas como adquiridas, o una deformidad en su curvatura, dificultan u obstruyen el paso de la luz o provocan que la imagen no se forme correctamente en la retina. La córnea es la única parte del ojo que puede ser trasplantada y la queratoplastia es el principal recurso terapéutico indicado en estos casos.

Debemos tener presente que el éxito de esta cirugía depende significativamente de un adecuado manejo posoperatorio. El cirujano tiene que ser capaz de reconocer y manejar una variedad de complicaciones posibles, la mayoría de las cuales pueden ser evitadas al seleccionar cuidadosamente al paciente y escoger la técnica quirúrgica adecuada.

En el seguimiento posoperatorio del paciente trasplantado nos enfrentamos a tres retos fundamentales: la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento enérgico del rechazo inmunológico, que constituye la principal causa de falla del injerto, además del diagnóstico, el tratamiento del glaucoma posqueratoplastia y los defectos epiteliales persistentes que evolucionan a úlceras del injerto provocando falla secundaria de este procedimiento. A largo plazo, podemos agregar la corrección del astigmatismo irregular y las aberraciones que afectan la calidad visual final.

Las características de avascularidad de la córnea y los privilegios inmunológicos que esto conlleva contribuyen al éxito de la queratoplastia. Una queratoplastia tiene un 90 % de probabilidades de mantenerse transparente si es la primera cirugía. Si se trata de un retrasplante o existe vascularización corneal, las probabilidades de éxito se reducen a 65 % en un período de 3 años.

El manejo del glaucoma posqueratoplastia constituye un reto en Oftalmología. El término se aplica a la elevación de la presión intraocular superior a 21 mmHg, con o sin pérdida del campo visual o cambios en la cabeza del nervio óptico. Constituye la causa más común de pérdida visual reversible y la segunda causa de fallo del

trasplante. Es un problema clínico significativo por su frecuencia de ocurrencia, dificultad en el diagnóstico y monitoreo, además de la complejidad de su manejo por las controversias existentes, ya que la técnica quirúrgica a utilizar debe lograr suficiente reducción de la presión intraocular y ser mínimamente invasiva para el injerto corneal. La trabeculectomía, aun con metabolitos, generalmente falla por la densa cicatriz perilímbal y la fibrosis existente en estos ojos. Los procesos ciclodestructivos frecuentemente deben ser repetidos y se asocian a hipotonía y ptosis bulbi, por lo que deben ser reservados para ojos sin potencial visual. Los dispositivos de drenaje para glaucoma constituyen la mejor alternativa y pueden ser implantados incluso simultáneamente con la queratoplastia si se espera un glaucoma posqueratoplastia.

La mayoría de las infecciones del injerto se reportan en el primer año de la cirugía. Se presentan en la unión huésped-injerto, generalmente alrededor de las suturas corneales, sobre todo en sitios donde se encuentran expuestos los nudos y en el centro de la córnea donante, favorecidas por factores predisponentes de la córnea receptora, como la vascularización y los defectos epiteliales. Mientras la infección posquirúrgica precoz puede ocurrir por recurrencia de la enfermedad del huésped, infección de córnea donante o contaminación intraoperatoria, las infecciones tardías son causadas por patógenos ambientales.

El astigmatismo posqueratoplastia constituye la causa más común de visión subóptima y se ha convertido en uno de los mayores problemas a resolver. Un resultado anatómico excelente puede no ser satisfactorio si la visión a través de un injerto transparente no resulta buena por la existencia de un astigmatismo elevado o irregular. Las opciones más utilizadas en la corrección del astigmatismo posqueratoplastia incluyen ajuste de la tensión de las suturas continuas, remoción selectiva de suturas, corrección óptica con lentes de contacto o cristales, incisiones relajantes, suturas de compresión o combinación de estas dos últimas, cirugía refractiva con láser, anillos intraestromales, resección en cuña, lentes tóricos fáquicos y finalmente retrasplante.*

MSc. ZAADIA PÉREZ PARRA
Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".

* BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Secretaría de Salud. Queratoplastia penetrante. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-541-11. México: Secretaría de Salud, 2011 [citado 15 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/541_GPC_queratoplastiapenetrante/GER_QueratoplastiaPenetrante.pdf
2. Quezada Baltodano FP. Perfil clínico quirúrgico de la queratoplastia penetrante en el Instituto Oftalmo Salud. Casuística. Junio 2002 a Junio 2005 [Dissertación]. Perú: Instituto Oftalmo Salud. 2009 [citado 15 de febrero de 2013]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2437/1/quezada_bf.pdf
3. Akova YA, Onat M, Koc F, et al. Microbial keratitis following penetrating keratoplasty. Ophthalmic Surg Lasers [Internet]. 1999 [citado 15 de junio de 2012]; 30(5):292-5. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/10392732>
4. Panda A, Prakash VJ, Dada T, Gupta AK, Khokhar S, Vanathi M. Ahmed glaucoma valve in post-penetrating-keratoplasty glaucoma: a critically evaluated prospective clinical study. Indian J Ophthalmol [Internet]. 2011 [citado 15 de febrero de 2013]; 59: 185-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21586837>

5. Feizi S, Zare M. Current approaches for management of postpenetrating keratoplasty astigmatism. *Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2011 [citado 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/joph/2011/708736/abs/>