

Úlcera de Mooren: prevalencia y manifestaciones clínicas

Gretel Sandoval-Ramsey, Narlly Ruiz-Quintero, Everardo Hernández-Quintela, Ramón Naranjo-Tackman*

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de la úlcera de Mooren y sus manifestaciones clínicas más frecuentes, en la población de pacientes de la Asociación para Evitar la Ceguera en México.

Método: Se estudiaron retrospectivamente todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de úlcera de Mooren de enero 1996 hasta agosto 2002.

Resultados: Ingresaron diez casos con diagnóstico de úlcera de Mooren de 257,380 pacientes de consulta de primera vez, correspondiendo a una prevalencia periódica de 3 x 100,000. La edad promedio fue de 56.4 años y 70% fueron mujeres. Los datos clínicos encontrados con mayor frecuencia fueron: localización en el limbo temporal (50%); hiperemia conjuntival (70%) y vascularización corneal (70%); agudeza y capacidad visual promedio de los ojos afectados de 20/100 y 20/40 respectivamente y astigmatismo contra la regla (70%). De los tratamientos administrados predominaron los lubricantes (80%) y los esteroides tópicos 50%.

Conclusiones: La prevalencia encontrada de úlcera de Mooren es menor que la reportada en la literatura mundial. Esta patología se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad adulta, su localización habitual es el limbo temporal y sus signos clínicos predominantes son queratitis ulcerativa, hiperemia conjuntival, vascularización y leucoma corneal.

Palabras clave: Úlcera de Mooren, limbo temporal, agudeza visual, capacidad visual, astigmatismo contra la regla, queratitis ulcerativa.

SUMMARY

Objective: To know the prevalence of Mooren ulcer and its most frequent clinical manifestations in patients of the Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P.

Method: The files of all patients with diagnosis of Mooren ulcer were studied retrospectively from January 1996 to August 2002.

Results: From 257,380, first time consultation patient's ten cases with Mooren ulcer were diagnosed. This corresponded to a periodic prevalence of 3 x 100,000. The average age was 56.4 years and 70% were females. The most frequent location was the temporal limbus (50%).

Conjunctiva hyperaemia (70%) and corneal vascularization (70%) were the most frequent signs associated to the ulceration. The average visual acuity and capacity of the affected eyes was 20/100 and 20/40 respectively. The most common refractive defect (70%) was astigmatism against the rule. The most frequent administered treatments were lubricants 80% and topical steroids 50%.

Conclusion: The prevalence found is lower than that reported in the world literature. This pathology is more frequent in adult females. The most frequent location was the temporal limbus. The clinical signs are ulcerative keratitis, conjunctival hyperaemia, vascularization and corneal leucoma.

Key words: Mooren ulcer, temporal limbus, visual capacity, astigmatism against the rule, ulcerative keratitis.

INTRODUCCIÓN

La úlcera de Mooren se define como una lesión corneal ulcerativa periférica crónica. Sus bordes son infiltrados y

su progresión es circunferencial y central inicialmente. Posteriormente dejará una córnea adelgazada, vascularizada y opaca (1).

Su etiología es probablemente autoinmune, asociada a hiperactivación de linfocitos T y B a nivel del limbo corneal, depósitos conjuntivales de inmunoglobulinas y presencia de antígenos corneales (2) (Gráfica 1).

Las reacciones inmunes pueden desencadenarse por lesiones traumáticas corneales, como cirugía de catarata,

*Asociación para Evitar la Ceguera en México.

Correspondencia: Dra. Gretel Griselda Sandoval Ramsey. Real de los Reyes 87, Coyoacán, México 04030 DF. Tel: 55498849
E-mail: gretelsan@hotmail.com

queratoplastia penetrante, queratitis viral, etc., las cuales alterarán los antígenos del huésped o descubrirán antígenos ocultos (1).

La literatura reporta una incidencia de 0.03%, una mayor frecuencia en hombres, con una relación 1:0.74, entre la cuarta y quinta década de la vida, siendo su edad promedio de presentación de 48.4 años. Su localización es el limbo de la región interpalpebral (3).

Puede ser de presentación uni o bilateral y se ha demostrado que, en los casos de presentación bilateral, la tasa de perforación y recurrencia es más alta que en los casos unilaterales (3).

Los estudios realizados por microscopia de luz y electrónica han mostrado que la conjuntiva presenta gran cantidad de linfocitos y células plasmáticas y el limbo corneal evidencia, en su estroma externo, vascularización, infiltrado linfocitario, células plasmáticas y destrucción de la matriz colágena. En el estroma medio hay hiperactividad de células fibroblásticas y en el profundo una leve infiltración de macrófagos, pero se mantiene intacto (4).

La terapéutica actual consiste en realizar excisión conjuntival seguida de queratoepitelioplastia y añadir ciclosporina tópica al 1%. La tasa de efectividad reportada es de 95.6% (3).

En casos de difícil manejo, algunos autores han utilizado ciclofosfamida oral a dosis de 2 a 3 mg/kg/día por seis a veinticuatro meses de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, no comparativo, transversal y descriptivo, en el que se revisaron todos los expedientes con el diagnóstico clínico de úlcera de Mooren, de enero 1996 a agosto 2002, del Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" de la Asociación para Evitar la Ceguera en México.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, localización

de la úlcera, síntomas y signos oculares asociados, agudeza y capacidad visual, error refractivo asociado y tratamiento administrado.

RESULTADOS

De los 257,380 pacientes que ingresaron a consulta de primera vez en el periodo revisado, 10 correspondieron a úlcera de Mooren (11 ojos en total, ya que un caso fue bilateral), obteniendo una prevalencia periódica de 3:100,000.

La edad promedio de presentación fue de 56.4 \pm 19.7 años y 70% de los casos correspondió al sexo femenino.

La localización más frecuente de la úlcera fue el limbo temporal (5 ojos), en el limbo nasal (4 ojos) y en la región central de la córnea (2 ojos) (Gráfica 2).

Los signos oculares que predominaron fueron hiperemia conjuntival (70%), vascularización corneal (70%), leucoma corneal (50%) e inyección ciliar (40%). En 10% de los casos se encontró células en cámara anterior, depósitos retroqueráticos, infiltrados lipídicos y perforación (Gráfica 3).

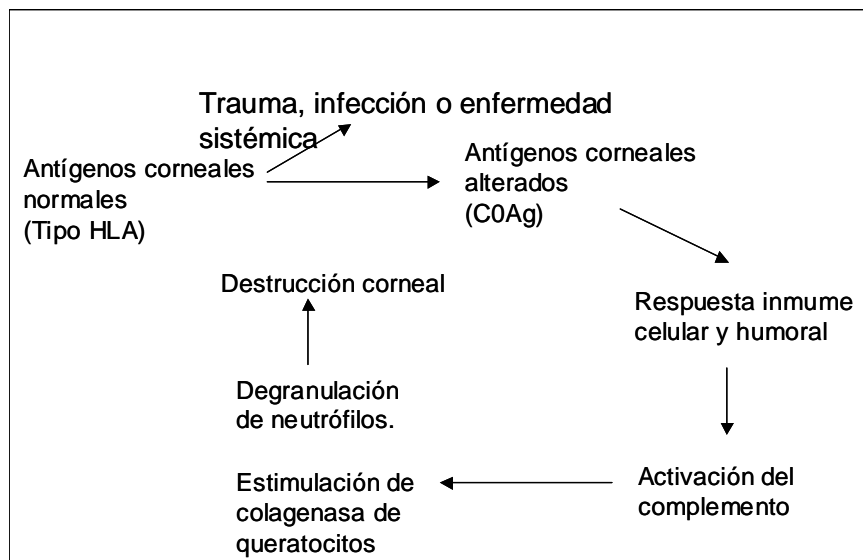
La agudeza y la capacidad visual promedio al ingreso en el ojo afectado fue de 20/100 y 20 /40, respectivamente, con astigmatismo con la regla en 80% de los casos (Gráfica 4).

El tratamiento que prevaleció consistió en lubricantes (80%), esteroides tópicos (50%), esteroides sistémicos, antiinflamatorios no esteroideos tópicos con antibióticos tópicos (20%) y ciclosporina tópica y ciclopléjicos (10%) (Gráfica 5).

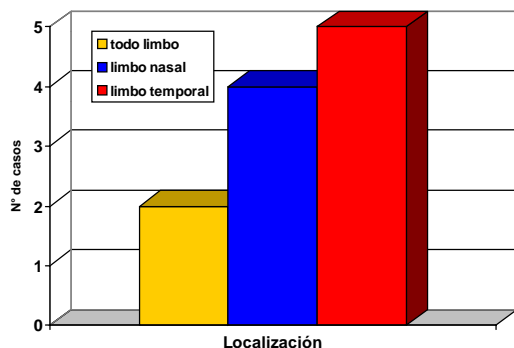
DISCUSIÓN

La prevalencia tan baja de esta patología en nuestro medio, en comparación con lo reportado en la literatura mundial,

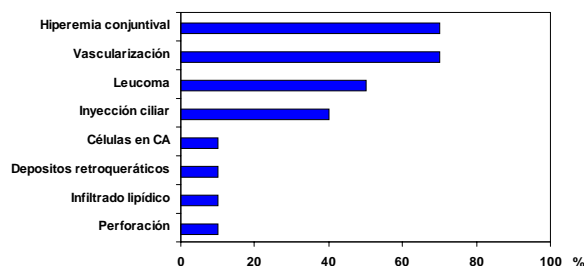
Gráfica 1. Patogénesis de la úlcera de Mooren



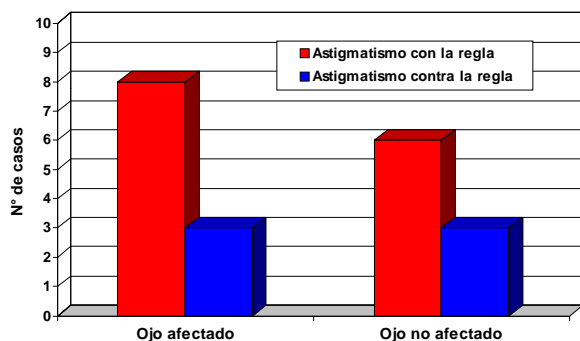
Gráfica 2. Localización



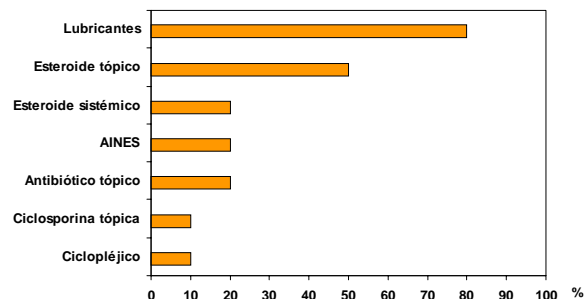
Gráfica 3. Signos oculares asociados



Gráfica 4. Tipo y frecuencia del astigmatismo corneal



Gráfica 5. Tratamientos administrados



probablemente refleja el poco conocimiento de las manifestaciones clínicas y comportamiento de esta entidad; por consiguiente, su diagnóstico es usualmente de exclusión y su tratamiento es inespecífico en fases iniciales de la enfermedad.

Otra causa pudiera ser la presentación clínica propia debido al tipo de población analizada, al compararla con las series de Lewallen, Courtright y Jiaqui en donde se estudian diferentes grupos étnicos.

CONCLUSIONES

Podemos concluir con este estudio que nuestra prevalencia es menor a la encontrada en la literatura mundial, que la úlcera de Mooren se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad adulta, que se localiza esencialmente en la región temporal del limbo corneal, que sus signos clínicos oculares asociados habituales son la hiperemia conjuntival, la vascularización y el leucoma corneal y que los lubricantes y esteroides tópicos son los tratamientos más frecuentemente administrados.

REFERENCIAS

1. Mondino BJ. Inflammatory diseases of the peripheral cornea. *Ophthalmology* 1988; 95(4):463-472.
2. Tiev KP, Borderie VM, Briant M, Ziani M, Morvant C, Baret M, Khattabi AE, Genereau T, Laroche L, Cabane J. Severe Mooren's ulcer: Efficacy of monthly cyclophosphamide intravenous pulse treatment. *Rev Med Interne* 2003; 24 (2):118-122.
3. Jiaqui C, Hanping X, Zhen W, Bing Y, Zuguo L, Longshan C, Xiangming G, Yuesheng L. Mooren's ulcer in China: a study of clinical characteristics and treatment. *Br J Ophthalmol* 2000; 84:1244-1249.
4. Young RD, Watson PG. Light and electron microscopy of corneal melting syndrome (Mooren Ulcer). *Br J Ophthalmol* 1982; 66(6):341-356.
5. Foster CS. Systemic Immunosuppressive Therapy for Progressive Bilateral Mooren's Ulcer. *Ophthalmology* 1985; 92:1436-1439.
6. Jing-cheng Z, Xiu-ying J. Immunological Analysis and Treatment of Mooren's Ulcer with Cyclosporin A applied Topically. *Cornea*; 12(6):481-488.
7. Craig JT, Smith SI, Morgan CH, Stephenson SF, Key T y cols. HLA and Mooren's ulceration. *Br J Ophthalmol* 2000; 84:72-75.

Cita histórica:

Hace 100 años, en Texas, **HL Hilgartner** inició el tratamiento del retinoblastoma mediante radioterapia.