

Colgajo corneal plegado con crecimiento epitelial post cirugía lasik. Reporte de un caso clínico

Jorge E. Valdez-García, Yolanda Macías-Rodríguez

RESUMEN

Reportamos una complicación relacionada con el colgajo corneal que se detectó un mes post queratomileusis *in situ* con láser (LASIK) en un ojo de un paciente masculino de 20 años. El diagnóstico inicial fue de crecimiento epitelial en interfase. Posteriormente, durante el procedimiento quirúrgico para remover las células epiteliales, se diagnosticó plegamiento interior del colgajo. La reposición y limpieza del colgajo resultó en una visión mejor corregida de 20/20. Discutimos las posibles situaciones que pudieron causar esta complicación y describimos nuestro tratamiento.

Palabras clave: Lasik, colgajo corneal.

SUMMARY

We report a flap-related complication that was detected 1 month after a laser *in situ* keratomileusis (LASIK) performed in one eye of a 20-year-old man. The initial diagnosis was epithelial growth on the interface. Later, interior folding of the flap was diagnosed during the surgical procedure to remove the epithelial growth. Repositioning of the flap resulted in a best corrected visual acuity of 20/20. We discuss the possible causes of this complication and describe our treatment.

Key words: Lasik, corneal flap.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las complicaciones postoperatorias relacionadas con el colgajo de LASIK descritas en la literatura se encuentran los pliegues, el desplazamiento y el crecimiento epitelial en la interfase con incidencias de 0.01%-0.02% (1, 2), 1.2%-2% (1, 3-5) y 0.6%-3.1% (4-7) respectivamente. Existen varios reportes de casos en los que se ha perdido el colgajo por completo (8, 9) y un reporte en el que hubo crecimiento epitelial sobre un colgajo plegado sobre sí mismos después de un golpe contuso (10). Ya que existen pocos estudios en la literatura, consideramos importante reportar nuestra experiencia.

REPORTE DEL CASO

Masculino de 20 años, 1 mes post-operado de queratomileusis *in situ* asistida por láser (LASIK), referido al servicio por presentar opacidad blanquecina central en ojo derecho y

periférica en ojo izquierdo. La agudeza visual sin corrección obtenida era 20/60 para ojo derecho y no mejoraba, y 20/20 en ojo izquierdo.

El paciente fue operado de queratomileusis *in situ*, con un tratamiento de -5.00 -1.00 x 180 para ojo derecho, y de -6.00 -1.00 x 180 para el ojo izquierdo, con un microqueratomo Hansatome a 160 micras y un diámetro de 9.5 mm, sin complicaciones intraoperatorias aparentes. El paciente refiere que desde las primeras 24 horas presentó sensación de cuerpo extraño en ojo derecho, lo cual desapareció para las 72 horas del postoperatorio, al mismo tiempo que la visión inicial para ese ojo fue de 20/200 que, para el momento de su referencia, mejoró a 20/60. El ojo izquierdo presentó buena visión desde el inicio con molestias mínimas.

Biomicroscopia (fig. 1).

Ojo derecho: Presentaba opacidad blanquecina central a nivel de estroma anterior, dentro del área que suponía ser el colgajo.

Ojo izquierdo: Presentaba opacidad blanquecina en la periferia

Servicio de Oftalmología. Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey. Hospital San José-Tec de Monterrey. Ave Morones Prieto No. 3000. Monterrey, N.L. 64710. E-mail: jorge.valdez@itesm.mx

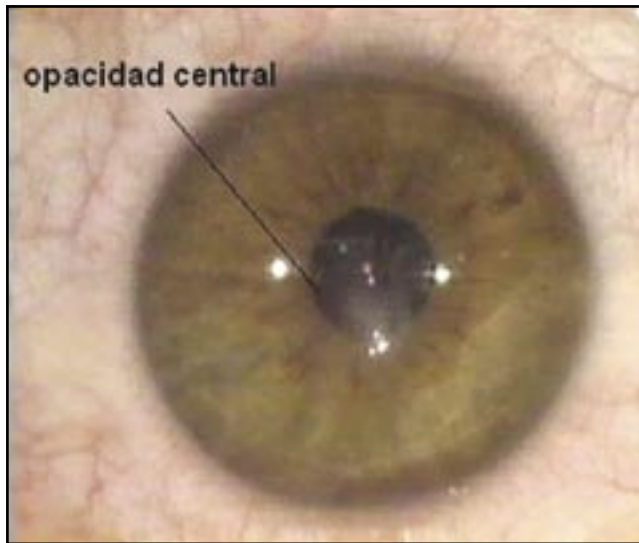


Fig. 1.

del colgajo con engrosamiento de dicha área.

Manejo

Con el diagnóstico de crecimiento epitelial, se decide levantar el colgajo y desbridar el epitelio del lecho estromal y de la superficie posterior del colgajo. En el ojo izquierdo se decidió aplicar el mismo tratamiento en el área periférica afectada del colgajo.

Hallazgos quirúrgicos

Durante la cirugía, al levantar el colgajo del ojo derecho, se observa que éste se encuentra plegado sobre sí mismo y adherido al estroma, con crecimiento epitelial en interfase; la superficie estromal que carecía de colgajo se encontraba cubierta por epitelio (fig. 2).

El colgajo fue despegado, desdoblado y limpiado; se removió el epitelio que cubría el lecho estromal, y el colgajo se recolocó y planchó en su lugar (fig. 3). Finalmente se colocó un lente de contacto terapéutico.



Fig. 2.



Fig. 3.

Resultados

Desde las primeras 24 horas postoperatorias el paciente notó una notable mejoría en su visión, la cual fue de 20/30 y 20/20 con corrección para el ojo derecho al tercer mes del tratamiento, sin mostrar signos de recurrencia. El ojo izquierdo permaneció con la misma agudeza visual, 20/20, sin mostrar cambio con respecto a su visita previa.

DISCUSIÓN

El plegamiento del colgajo sobre sí mismo en cirugía de LASIK es una complicación inusual, que en este caso pasó inicialmente inadvertida por el oftalmólogo hasta que, con el tiempo, causó una opacidad central de tipo crecimiento epitelial, la cual fue manejada satisfactoriamente. En el reporte de Leung (10) de un caso similar, el plegamiento, en este caso traumático, pasó inadvertido inicialmente (con diagnóstico de colgajo truncado) hasta que hubo crecimiento epitelial severo a las 4 semanas de que ocurrió el plegamiento. En ambos casos los resultados del manejo postoperatorio fueron buenos.

Es difícil determinar qué causó el plegamiento del colgajo en nuestro paciente, pero esto nos hace tener en cuenta que la revisión de los colgajos al final de la cirugía después de haber retirado el blefaróstato (ya que puede ocurrir arrastre del colgajo con la valva inferior) es muy importante y debe hacerse con buena iluminación, revisando que las marcas de referencia se encuentren alineadas adecuadamente; podríamos utilizar la lámpara de hendidura cuando sea necesario. Hay que insistir con el paciente acerca de los cuidados postquirúrgicos que podrían evitar un desplazamiento o plegamiento del colgajo. Finalmente hay que revisar con mucha atención los colgajos aparentemente truncados o incompletos y vigilar cualquier dato de crecimiento epitelial, pues puede tratarse de un plegamiento de colgajo.

El manejo se basa en los resultados obtenidos del manejo de otras complicaciones como recolocación del colgajo y crecimiento epitelial, y consiste en levantar el colgajo, lim-

piarlo de las células epiteliales en interfase y recolocarlos en forma adecuada.

REFERENCIAS

1. Gimbel HV, Penno EE, van Westenbrugge JA, Ferensowicz M, Furlong MT. Incidence and management of intraoperative and early postoperative complications in 1000 consecutive laser in situ keratomileusis cases. *Ophthalmology* 1998; 105(10):1839-47.
2. Solomon KD, Holzer MP, Sandoval HP y cols. Refractive Surgery Survey 2001. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28(2):346-55.
3. Rocep OF, Cagil N, Hasiripi H. Outcome of flap subluxation after laser in situ keratomileusis: results of 6 month follow-up. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26(8):1158-62.
4. Yidirim R, Devranoglu K, Ozdamar A y cols. Flap complications in our learning curve of laser in situ keratomileusis using the Hansatome microkeratome. *Eur J Ophthalmol* 2001; 11(4):328-32.
5. Lin RT, Maloney RK. Flap complications associated with lamellar refractive surgery. *Am J Ophthalmol* 1999; 127(2):129-36.
6. Walker MB, Wilson SE. Incidence and prevention of epithelial growth within the interface after laser in situ keratomileusis. *Cornea* 2000; 19(2):170-3.
7. Wang MY, Maloney RK. Epithelial ingrowth after laser in situ keratomileusis. *Am J Ophthalmol* 2000; 129(6):746-51.
8. Sridhar MS, Rapuano CJ, Cohen EJ. Accidental self-removal of a flap—a rare complication of laser in situ keratomileusis surgery. *Am J Ophthalmol* 2001; 132(5):780-2.
9. Eggink FA, Eggink CA, Beekhuis WH. Postoperative management and follow-up after corneal flap loss following laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28(1):175-9.
10. Leung AT, Rao SK, Lam DS. Traumatic partial unfolding of laser in situ keratomileusis flap with severe epithelial ingrowth. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26(1):135-9.

Cita histórica:

La primera descripción perfectamente documentada del síndrome de morning glory se debe a Kindler, en 1970 (*Kindler P. Morning glory syndrome: Unusual congenital optic disc anomaly. Am J Ophthalmol* 69:376, 1970).