

Complicaciones de la queratomileusis in situ asistida por láser en pacientes con rosácea. Presentación de un caso

Dra. Gabriela Ortiz-Nieva, Dra. Sandra Aguilar-Caso

RESUMEN

Se trata de paciente de 25 años de edad que acude a nuestro servicio manifestando fotofobia y ojo rojo de 9 meses de evolución. La paciente cuenta con antecedentes de cirugía LASIK en ambos ojos y diagnóstico de rosácea un año después de la cirugía. A su ingreso se encuentra con cuadro de mala agudeza visual (AV), microabscesos corneales y neovascularización corneal en ambos ojos (AO). Posterior a tratamiento presenta mejoría.

Discusión: Tanto la rosácea ocular (RO) como la cirugía LASIK en su postoperatorio presentan cuadros inflamatorios que afectan la superficie ocular (SO) y que pueden potenciar la presentación de complicaciones. La RO debe considerarse una contraindicación para realizar cirugía refractiva.

Palabras clave: LASIK, Rosácea ocular, Rosácea oculocutánea, Neovascularización corneal, Blefaritis

SUMMARY

A 25 year old female patient is presented who attended our service referring 9 months of photophobia, erythema and vision impairment. One year after she had LASIK surgery in both eyes, she was diagnosed with ocular rosacea. At the first visit she had low vision, corneal microabscess and corneal neovascularization in both eyes which improved with treatment.

Discussion: Both ocular rosacea and LASIK surgery induce inflammatory states which may increase the rate of complications. LASIK may be contraindicated in ocular rosacea.

Key words: LASIK, ocular rosacea, oculocutaneous rosacea, corneal neovascularization, blepharitis

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad crónica que afecta la piel facial y, en 60% de los casos, también los ojos. La rosácea ocular (RO) predominantemente afecta a mujeres adultas entre 30 y 60 años, también se presenta en niños, con mayor afección en caucásicos. Las características en piel son eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas, ausencia de comedones y rinofima (hipertrofia de las glándulas sebáceas). Los componentes oculares, con frecuencias desde 3% hasta 58% dependiendo de la serie, no son específicos e incluyen: prurito, ojo seco, dolor ocular, sensación de cuerpo extraño, fotofobia y ardor. A la exploración oftalmológica se observa margen palpebral con alteración de las glándulas de Meibomio (GM), telangiectasias y chalaziones; en la superficie ocular encontramos desde hiperemia conjuntival leve hasta neovascularización. La patogénesis de la RO aparentemente

proviene del grupo de patologías asociadas a blefaritis y enfermedad de las GM (1-3).

La queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK) es una de las cirugías refractivas más populares. Sus complicaciones más comunes están relacionadas con el retardo en la cicatrización corneal, involucrando un proceso inflamatorio que afecta toda la superficie ocular, y puede durar más de un año. Algunos factores de la cicatrización corneal son sustancias proinflamatorias que perpetúan y exacerbaban el estímulo inflamatorio causal de la rosácea ocular y viceversa (4, 5).

CASO CLÍNICO

Femenino de 25 años que acude por fotofobia y ojos rojos de 9 meses de evolución. Como antecedente oftalmológico refiere cirugía LASIK en ambos ojos en el año 2002. Como



Fig. 1. Ojo derecho antes del tratamiento.



Fig. 2. Ojo izquierdo antes del tratamiento.

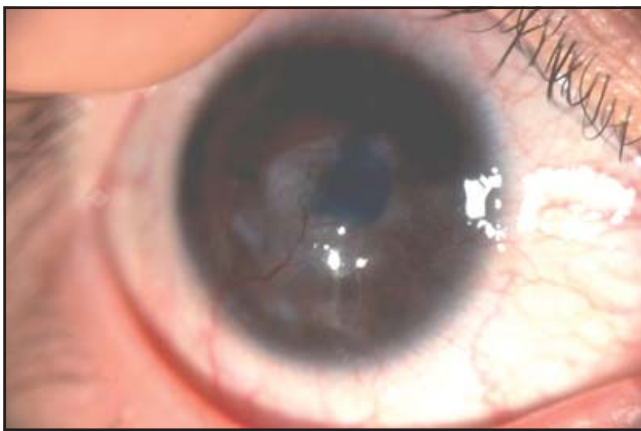


Fig. 3. Segmento anterior OD previo al tratamiento.

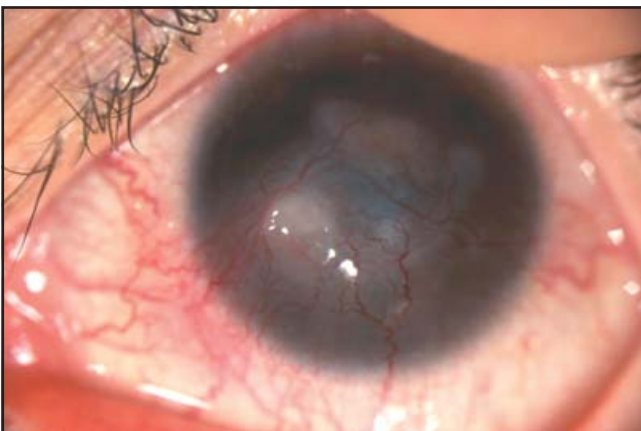


Fig. 4. Segmento anterior OI previo al tratamiento.

antecedente patológico refiere diagnóstico de rosácea en el año 2003.

Encontramos a la exploración oftalmológica: AV 1/10 en OD y 2/10 en OI. Presenta en OD edema bpalpebral (figura 1), abundante hipersecreción de las GM, conjuntiva hiperémica, córnea con vascularización centripeta en 360°, interfase con neovasos, adelgazamiento corneal en periferia temporal del colgajo, con microabscesos corneales que tiñen (figura 2), cámara anterior formada, cristalino transparente, resto no valorable. En OI, además de los hallazgos ya mencionados (figura 3) se observó córnea con leucomas central y paracentrales con microabsceso central (figura 4). En cara se observa presencia de hiperemia en frente, mejillas y nariz, con telangiectasias, pápulas, pústulas y escamas.

Con los datos anteriores se integran los diagnósticos de RO y ectasia corneal en OD. El tratamiento indicado fue aseo de borde palpebral, minociclina VO. 100 mg/día, ofloxacino c/2 h, flumetol c/8 h y lubricante c/1 h.

A la semana refiere mejoría, observándose hipersecreción meibomiana importante, disminución del tamaño de los microabscesos corneales y neovascularización persistente. Continúa mismo tratamiento, cambiando fluorometolona por prednisolona c/4 h.

A la 2ª semana se observa disminución de la secreción meibomiana, hiperemia conjuntival ligera, córnea con apa-

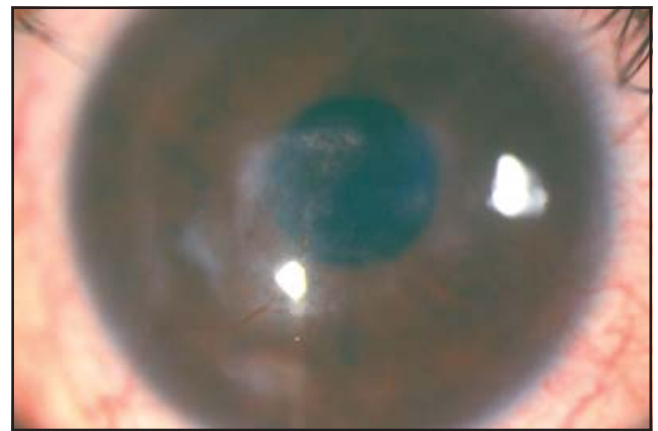


Fig. 5. Segmento anterior OD post tratamiento.

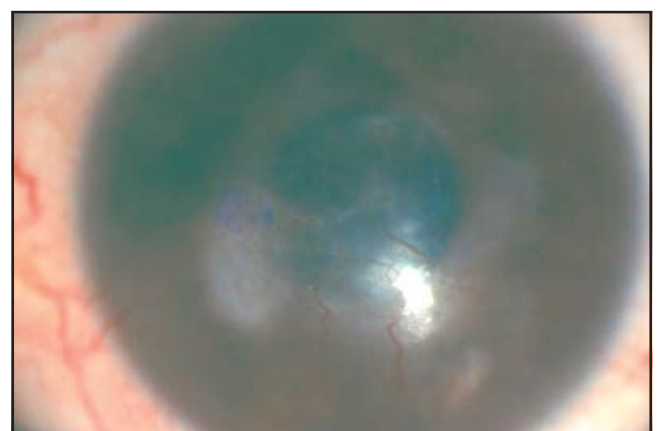


Fig. 6. Segmento anterior OI post tratamiento.

rente disminución de trama vascular, sin microabcesos, observando en su lugar leucomas (figuras 5, 6).

DISCUSIÓN

La rosácea ocular parece ser causada por un estímulo antigénico que llega a la superficie ocular por medio de la película lagrimal (PL). Las lesiones en piel están relacionadas con la hipersensibilidad tipo IV a *Demodex folliculorum*, sin embargo, la causa de irritación ocular no ha sido establecida. Dentro de los factores asociados con la patogénesis están las lipasas bacterianas, la IL-1 α y algunas metaloproteinasas. La deficiencia en la fase lipídica de la película lagrimal, causada por alteraciones de las glándulas de Meibomio, dan lugar a una osmolaridad elevada, aumentando la irritación de la superficie ocular. Los vasos sanguíneos en la rosácea ocular desarrollan cambios en su función y se vuelven hiperreactores a estímulos internos y externos. Se cree también que el factor inflamatorio en la superficie ocular está relacionado con la deficiencia de células goblet conjuntivales, lo cual disminuye la producción de mucina, que tiene una función protectora (1-3).

Por otro lado, posterior a la cirugía LASIK existen factores que pueden agravar un cuadro de rosácea ocular, como inflamaciones, alteraciones en la inervación y alteración de las vías metabólicas de ácidos grasos, lo que conlleva al ojo seco, debido a la disminución de la producción de la lágrima. Todo esto favorece el desarrollo de infecciones como úlceras o abscesos corneales (4, 5).

También se ha reportado que la rosácea ocular puede causar un adelgazamiento importante de la córnea, lo cual puede ser un factor coadyuvante para el desarrollo de una ectasia corneal post LASIK (2). Además de esto, se ha encontra-

do que algunos pacientes postoperados de LASIK con rosácea ocular desarrollan queratitis lamelar difusa.

Dado lo previamente descrito consideramos a la rosácea ocular, o a la sospecha de su existencia, una contraindicación clara para realizar LASIK en estos pacientes. Debemos realizar un detallado estudio de la superficie ocular de los pacientes a quienes se les practicará LASIK, buscando cualquier defecto en el borde palpebral, glándulas de Meibomio, película lagrimal y epitelio corneal, para evitar complicaciones posteriores a la cirugía. Los pacientes con sospecha de rosácea ocular deben ser enviados a revisión dermatológica, para valorar la realización de esta cirugía, ya que las alteraciones de la superficie ocular pueden ser muchas y graves, llegando a comprometer la visión del paciente.

REFERENCIAS

1. Pisella PJ, Brignole F, Debbasch C, Lozato PA, Creuzot-Garcher C, Bara J, et al. Flow Cytometric Analysis of Conjunctival epithelium in Ocular Rosacea and Keratoconjunctivitis Sicca. *Ophthalmology* 2000; 107:1841-1849.
2. Dursun D, Piniella AM, Pflugfelder S. Pseudokeratoconus Caused by Rosacea. *Cornea*. 2001; 20(6):668-669.
3. Barton K, Monroy DC, Nava A, Pflugfelder S. Inflammatory Cytokines in the Tears of Patients with Ocular Rosacea. *Ophthalmology* 1997; 104:1868-1874.
4. Ivarsen A, Laurberg T, Møller-Pedersen T. Characterisation of corneal fibrotic wound repair at the LASIK flap margin. *Br J Ophthalmol* 2003; 87:1272-1278.
5. Neto MV, Mohan RR, Ambrósio R, Hutcheon AEK, Zieske JD, Wilson SE. Wound Healing in the Cornea. A Review of Refractive Surgery Complications and New Prospects for Therapy. *Cornea*. 2005; 24:509-522.