

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Corrección fortuita de presbiopía inducida por laceración corneal. Reporte de caso

Dr. Sergio E. Hernández-Da Mota

RESUMEN

Introducción: Las heridas corneales por lo general requieren en muchos casos de reparación con suturas que producen defectos refractivos como el astigmatismo irregular, y leucomas que hacen que el paciente sea eventualmente candidato a queratoplastia penetrante para su corrección.

Caso clínico: Se describe caso de paciente masculino de 60 años de edad quien presentó laceración corneal por trauma vegetal con cambio refractivo de hipermetropía a miopía en su OS, lo que ocasionó mejora en la visión cercana y el abandono de la ayuda óptica cercana.

Discusión: Aunque en forma excepcional, algunas laceraciones corneales pueden llegar a producir un cambio refractivo que sea benéfico para el paciente como el caso en cuestión que no requiere mayor tratamiento.

Palabras clave: laceración corneal, presbiopía.

SUMMARY

Introduction: Corneal wounds generally require suture repair that induce refractive changes such as irregular astigmatism as well as leucomas that make the patient candidate for procedures like penetrating keratoplasty for its correction.

Case report: A 60 years old male patient had a corneal laceration secondary to vegetable trauma in his left eye with a refractive shift from hyperopia to myopia in his left eye that produce an improvement in his near visual acuity, thus discontinuing his near-sight glasses.

Discussion: Although exceptionally, some corneal wounds may induce a beneficial refractive shift for the patient that requires no other kind of treatment.

Key words: corneal laceration, presbyopia.

INTRODUCCION

Las laceraciones corneales, dentro del marco de los traumas oculares, pueden llegar a ser penetrantes, perforantes o solamente abarcar parte del espesor corneal (1). Por lo general causan defectos refractivos importantes (astigmatismo irregular) al alterar la topografía corneal sobre todo cuando se acercan al eje visual, ocasionando a su vez una agudeza visual baja. Esta disminución muchas de las veces requiere de procedimientos tales como queratoplastia penetrante (en el caso de leucomas que involucren dicho eje visual), uso de lentes de contacto rígidos o bien procedimientos queratorefractivos para su total o parcial corrección.

Raros son los casos que pudieran a llegar a producir una corrección benéfica fortuita del estado refractivo del paciente como el presentado a continuación.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 60 años de edad quien tres semanas previo a la consulta sufrió trauma con espina en OS refiriendo haber sido tratado con esteroide y antibiótico en forma tópica. Refirió baja de agudeza visual lejana y mejora sustancial en la visión cercana. Se interrogó sobre deslumbramiento y/o halos, negándolos el paciente.

A la exploración funcional, se encontró una agudeza visual de 20/40 OD y 20/200 en OS. Lo inverso se encontró en la agudeza visual cercana. Se encontró una refracción de - 0.50 esfera en OD y -2.50 con - 0.50 x 180 ° en OS. En la biomicroscopía se encontró una laceración corneal paracentral en OS, pigmentada, de aproximadamente 3 mm de longitud (Figuras 1 y 2), sin presencia de Seidel y cámara anterior formada. Resto de segmento anterior y posterior sin anor-

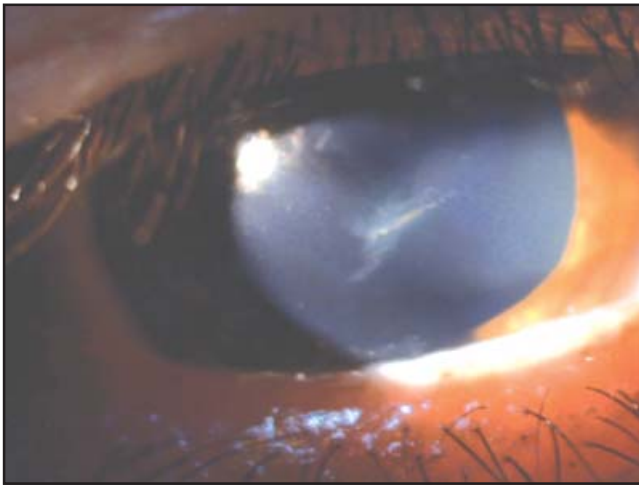


Fig. 1. Aspecto y disposición de herida corneal lamelar, OS.

malidades. El estudio topográfico se muestra en las figuras 3 y 4. Se puede apreciar un área central en forma de moño astigmático pequeño con lecturas queratométricas de 36.00 y 39.00 D orientado aproximadamente a 140°.

Se aconsejó al paciente únicamente mantenerlo en observación y decidió él mismo abandonar su corrección óptica para presbicia.

DISCUSIÓN

En el caso presentado, la laceración corneal produjo un aplanamiento corneal central en una área muy pequeña, lo que se tradujo en un cambio refractivo hacia miopía contribuyendo en forma casual y fortuita a la corrección del estado présbita del paciente.

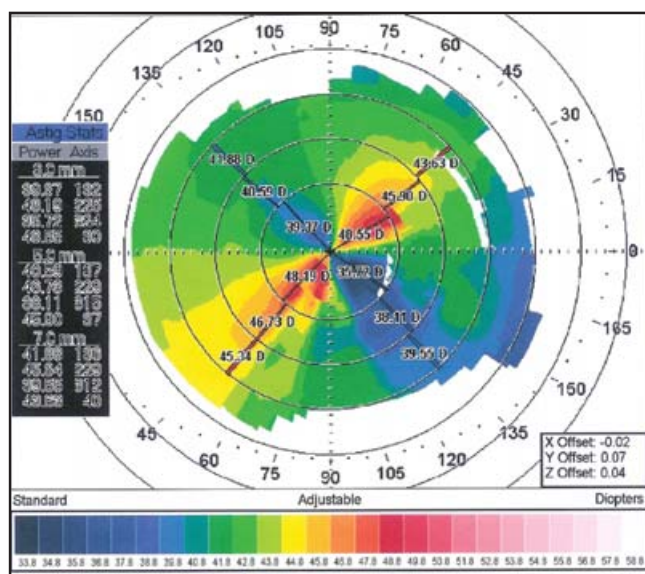


Fig. 3. Topografía corneal que muestra área de aplanamiento pequeña en forma de moño astigmático, orientada a 140°, con lecturas queratométricas de 36.00 y 39.00 D OS.

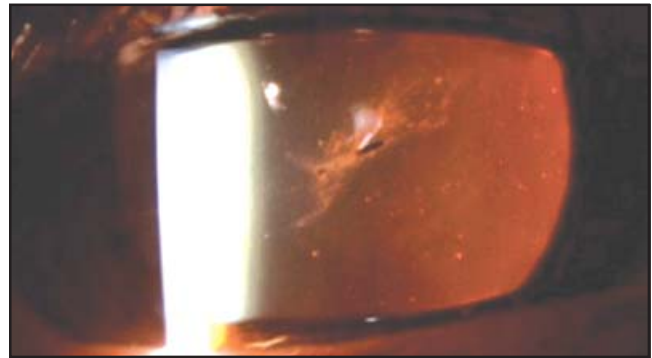


Fig. 2. Otra imagen con acercamiento de herida corneal y apreciada mediante método de retroiluminación OS.

Resulta llamativo que la laceración corneal no produjera un leucoma o astigmatismo importantes que ocasionaran una no mejoría en la agudeza visual cercana o la presencia de halos detectados por el paciente. Esto pudiera explicarse en parte por la disposición semiradial de la laceración y también por el hecho de que fue de grosor parcial (no hubo Seidel, apertura de la herida o colapso de la cámara anterior). Pudiera compararse la laceración a las incisiones realizadas en la técnica ya prácticamente abandonada de corrección óptica de queratotomía radiada (2) o mejor dicho a la queratotomía hexagonal que fue preconizada por varios autores en los años 80s y 90s (3, 4) y abandonada por algunas complicaciones tanto leves como sobrecorrección, deslumbramientos y graves como perforaciones corneales y endoftalmitis (5).

De hecho la disposición de la herida corneal remeda más a las heridas quirúrgicas hechas en esta última técnica lo que explicaría más y mejor el cambio refractivo.

Cabe destacar que se pudiera esperar un astigmatismo irregular por el hecho de ser una única herida a diferencia de la

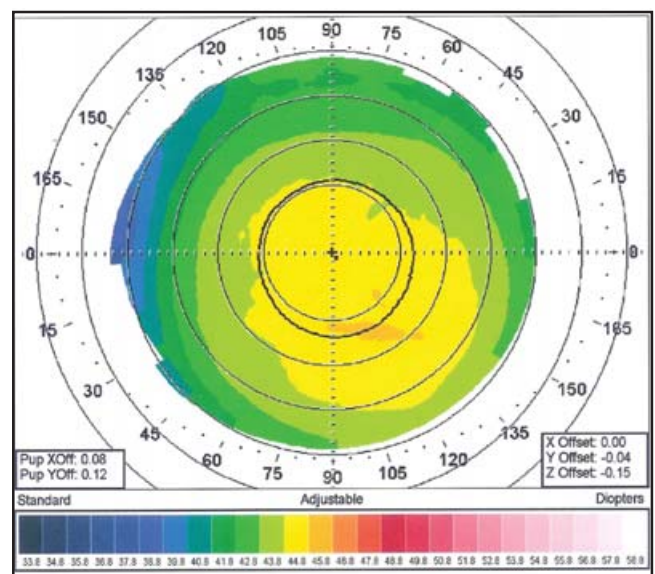


Fig. 4. La topografía del OD se aprecia con un área central de aproximadamente 44.00 D.

técnica de queratotomía hexagonal en donde, al haber varias heridas, el efecto sobre la biomecánica de la córnea y topografía de la misma sería más homogéneo. Esta situación, en el presente caso no la podemos explicar, a no ser de que algún defecto refractivo previo astigmático se compensara con la herida, situación posible que no pudo corroborarse con base en los antecedentes refractivos del paciente.

En la literatura son pocos los casos reportados en donde la laceración corneal produce un cambio topográfico que se traduce en un beneficio refractivo para el paciente. Reddy y colaboradores (6) reportan en caso también fortuito de cambio refractivo en laceraciones corneales producidas por la cuerda de un bungee mientras que Kim y colaboradores (7) reportan también cambios pero como consecuencia de trauma contuso.

Por lo general, las laceraciones corneales inducen astigmatismos irregulares que en la inmensa mayoría de los pacientes, se requiere de corrección con lentes de contacto o bien de queratoplastia penetrante en última instancia.

En años recientes se ha retomado la corrección de la presbiopía realizándose múltiples métodos (8, 9) como la queratoplastia conductiva o las expansiones esclerales para corregirla con resultados muy variables. Entre los más populares destaca el método de la monovisión (10) que esencialmente consistente en miopizar un ojo para que pueda tener visión adecuada cercana mientras que el contralateral se encarga de la visión lejana.

CONCLUSIONES

Los raros casos en los que las laceraciones corneales producen cambios refractivos monoculares que puedan beneficiar

al paciente, sobre todo presbita, deberán únicamente manejarse en forma conservadora.

REFERENCIAS

1. Potocková A, Strmen P, Oláh Z. Use of the international classification of mechanical injuries of the eye in clinical practice. *Cesk Slov Oftalmol* 2008; 64(3):120-122.
2. Ellis W. Keratotomy surgery for myopia, hiperopia, and astigmatism. Eye Center of Northern California. *Med Textbook Div* 1991, 201-224.
3. Grandon SC, Sanders DR, Anello RD. Clinical evaluation of hexagonal keratotomy for the treatment of primary hyperopia. *J Cataract Refract Surg* 1995; 21:140-149.
4. O'Dell L, Wyzinsky P. Hexagonal keratotomy for intraocular lens miscalculation. *Can J Ophthalmol* 1990; 25(7):355-357.
5. Basuk W, Zisman M, Warin Go III. Complications of hexagonal keratotomy. *Am J Ophthalmol* 1994; 117:37-49.
6. Reddy S, Myung J, Solomon JM, Young J. Bungee cord-induced corneal lacerations correcting for myopic astigmatism. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33(7):1339-1340.
7. Kim SI, Cha YJ, Park SE. A case report on the change of the refractive power after a blunt trauma. *Korean J Ophthalmol* 2008; 22(1):53-57.
8. Du TT, Fan VC, Asbell PA. Conductive keratoplasty. *Curr Opin Ophthalmol* 2007; 18(4):334-337.
9. Kleinmann G, Kim HJ, Yee RW. Scleral expansion procedure for the correction of presbyopia. *Int Ophthalmol Clin* 2006; 46(3):1-12.
10. Braun EH, Lee J, Steinert RF. Monovision in LASIK. *Ophthalmology* 2008; 115(7):1196-1202.