

Este nuevo espacio está destinado a la presentación de un caso clínico a través de una imagen fotográfica o procedente de cualquier exploración complementaria. Se trata de un ejercicio deductivo en el que, partiendo de la imagen, se plantean unas cuestiones que el autor resuelve en la siguiente página.

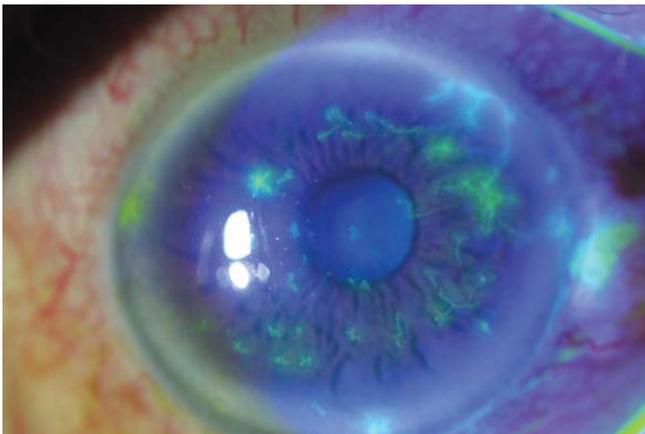
Sección coordinada por
Silvia Alarcón. Mútua de Terrassa

Caso 1

Josep Torras Sanvicens, Laia Pascual Batlle
 Servei d'Oftalmologia. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona

Hombre de 64 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y necesidad de oxígeno domiciliario, sin antecedentes oftalmológicos de interés. Presenta un ojo derecho rojo con lagrimeo, fotofobia y sensación de cuerpo extraño de una semana de evolución. El paciente refiere un traumatismo en ese mismo ojo con la mascarilla del oxígeno coincidiendo con el inicio de la sintomatología.

A la vista de la exploración biomicroscópica con fluoresceína, podemos diagnosticar este caso de:

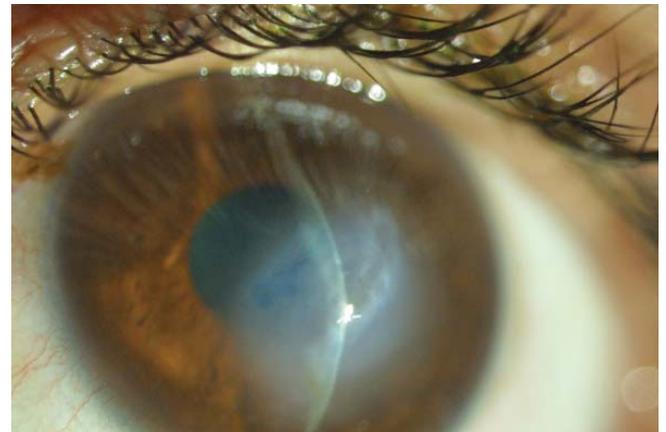


- Queratitis punteada superficial en relación a ojo seco secundario al oxígeno de la mascarilla
- Queratitis postconjuntivitis adenovírica
- Queratitis por herpes simple
- Erosión corneal en fase de epitelización
- Queratitis por herpes zoster

Caso 2

Josep Torras Sanvicens, Joan Casado Martín
 Servei d'Oftalmologia. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona

Paciente de 46 años de edad que acude al servicio de urgencias tras entrada de un cuerpo extraño en su ojo izquierdo. Como único antecedente relata una ambliopía en dicho ojo conocida desde la infancia. El paciente refiere sensación de cuerpo extraño y dolor moderado acompañado de disminución aguda de su AV previa. Su AV en el ojo derecho (OD) es de 8/10 sin corrección óptica y en su ojo izquierdo (OI) de CD a 50 cm. PIO y fondo de ojo dentro de la normalidad.



Las siguientes imágenes corresponden a la exploración biomicroscópica con y sin Fluoresceína. Señalar la respuesta correcta:

- Perforación ocular con atalamia y signo de Seidel positivo
- Úlcera corneal bacteriana
- Degeneración ectásica de la córnea
- Queratitis disciforme con edema corneal
- Edema corneal secundario a glaucoma congénito descompensado

Respuesta

La respuesta es:

- c

Las características morfológicas de las lesiones, de forma dendrítica, sugieren el diagnóstico de *herpes*.

La presencia de múltiples dendritas nos puede hacer sospechar un *herpes zoster* (VHZ) pero debería acompañarse de clínica más dolorosa y muchas veces de lesiones cutáneas en el recorrido de la rama nerviosa afectada sin cruzar la línea media. Un signo característico es la afectación de la piel de la punta de la nariz o signo de Hutchinson (por afectación del nervio nasociliar), que puede anunciar afectación ocular presente o futura.

De forma típica, la infección por el virus del *herpes simple* (VHS) del epitelio corneal produce una úlcera dendrítica ramificada lineal o serpiginosa. El aspecto deprimido y ulcerado de las dendritas debidas a VHS, y la presencia de bulbos terminales (extremo de la rama dendrítica aumentado de tamaño y redondeado), ayudan a diferenciar entre las dendritas del VHS y las pseudodendríticas elevadas, similares a placas, del VHZ¹.

Los pacientes con EPOC, que frecuentemente están tratados con medicación corticosteroidea tanto inhalada como por vía oral, hacen, con más frecuencia que la población general, queratitis multifocales, geográficas e, incluso, bilaterales.

1. Rapuano CJ, Luchs JI, Kim T. *Los requisitos en oftalmología: segmento anterior*. Madrid: Ed. Harcourt, 2001.

Respuesta

La respuesta es:

- c



Discusión

En la imagen biomicroscópica apreciamos una opacificación corneal central con gran engrosamiento del estroma corneal. El perfil de la hendidura es muy sugestivo de una ectasia corneal (queratocono, degeneración marginal pelúcida). La imagen con fluoresceína demuestra bullas epiteliales en la zona edematosa.

Las degeneraciones ectásicas de la córnea pueden complicarse con rupturas agudas de la membrana de Descemet, bien espontáneas, bien post-traumáticas, desencadenando un edema agudo localizado de la córnea denominado *hídrops corneal*.

Se descarta la perforación ocular por no existir signo de Seidel y apreciarse una cámara anterior de grado IV. En el caso de la úlcera corneal bacteriana deberíamos apreciar un infiltrado corneal infeccioso que es de aspecto mucho más denso que el edema corneal y la tinción con fluoresceína sería mucho más intensa.

En la queratitis disciforme deberían existir antecedentes herpéticos además de visualizarse precipitados queráticos. Además el edema corneal suele ser leve y es rara la presencia de grandes bullas epiteliales.

El edema corneal secundario a glaucoma congénito suele ser difuso, además de encontrarse otros signos característicos de esta patología como la PIO elevada y el aumento del diámetro corneal.