

Este 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.



Caso clínico

Sección coordinada por

Silvia Alarcón. Mútua de Terrassa

Josep Torras i Sanvicens

Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona

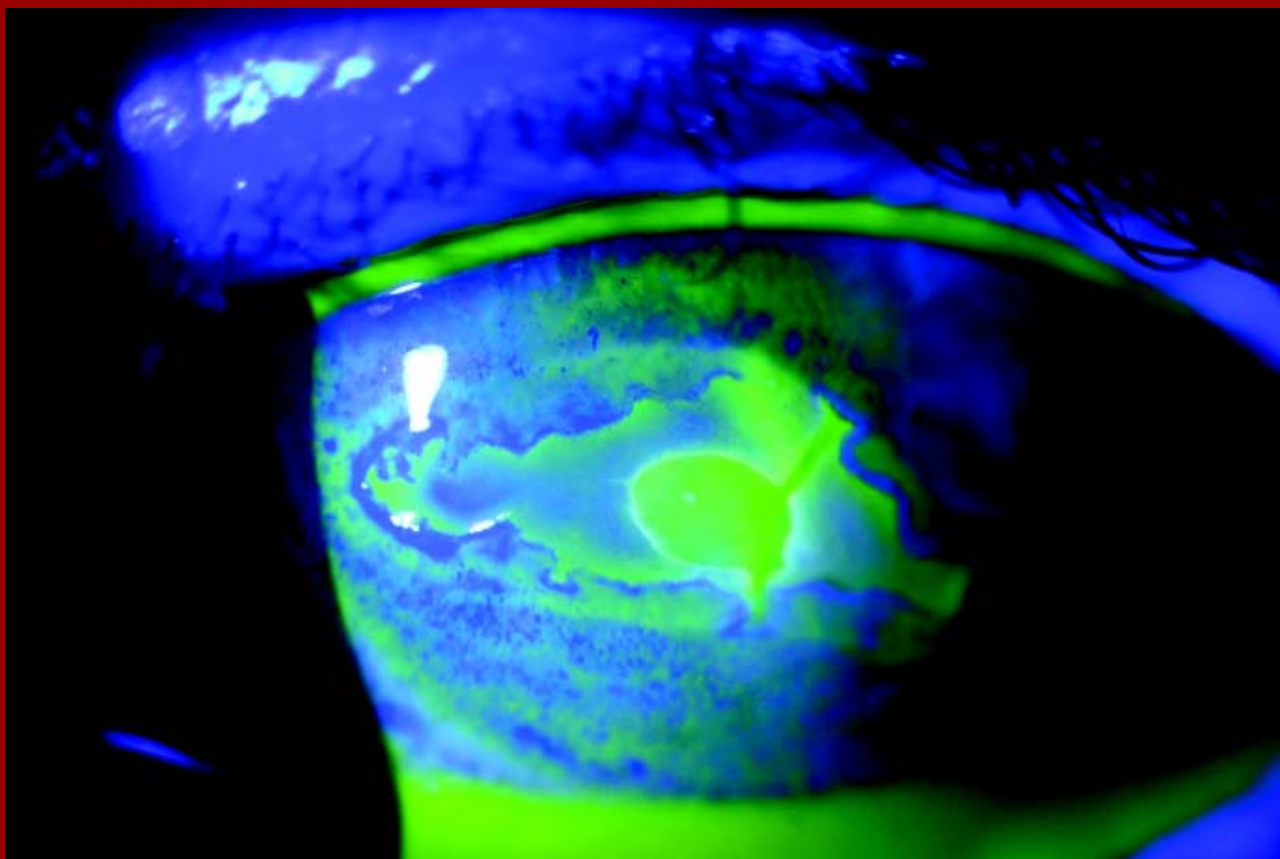
Paciente de 75 años de edad con antecedentes de varias cirugías de desprendimiento de retina en su OI con resultado visual final de amaurosis que presentó una parálisis facial idiopática ipsilateral que requirió un implante tarsal superior (peso de oro) para mejorar su oclusión.

A pesar de ello ha presentado queratitis punteada superficial de repetición y un defecto epitelial persistente indoloro.

Se presenta la exploración biomicroscópica con y sin fluoresceína.

A la vista de la exploración podemos afirmar:

- la causa del defecto epitelial es una queratitis herpética geográfica.
- existe una sobreinfección bacteriana del defecto epitelial.
- existe un descemetocelo con riesgo de perforación.
- se trata de una queratopatía en banda neurotrófica.



Respuesta

La respuesta es:

d.

Los depósitos blanquecinos rígidos con bordes puntiagudos, zonas de ruptura y situados en la zona interpalpebral central de la córnea son depósitos cálcicos de hidroxapatita subepiteliales que caracterizan a la denominada queratopatía en banda. Es característica de procesos inflamatorios crónicos, uso crónico de colirios con determinados excipientes (fosfatos especialmente) y alteraciones metabólicas sistémicas entre otras. La ausencia de dolor indica un componente neurotrófico por afectación de las ramas sensitivas corneales del V nervio craneal lo cual dificulta el proceso de cicatrización corneal. La zona central parece más adelgazada por la ausencia de placa calcárea (probablemente se ha desprendido) pero sin necrosis estromal que es lo que caracteriza los descemetoceloes.

La conducta seguida fue de simple observación dado que se trataba de un ojo amaurotico e indoloro. No obstante se le prescribió un colirio antibiótico tópico de amplio espectro para prevenir la sobreinfección.

En caso de presentar sintomatología, indicaríamos una queratectomía superficial con ayuda de agentes quelantes del calcio como el edetato disódico (colirio EDTA 2%).