

Queratoconjuntivitis Vernal

J. Gatell Tortajada
M.T. Sáinz de la
Maza Serra

Hospital Clínic
i Provincial
de Barcelona

Resumen

Presentamos dos casos de queratoconjuntivitis vernal en dos niñas gemelas con antecedentes familiares de atopia, mostrando su manejo y evolución.

Resum

Presentem dos casos de queratoconjuntivitis vernal en dues nenes bessones amb antecedents familiars d'atòpia, explicant l'actuació terapèutica i l'evolució seguida.

Summary

We report vernal keratoconjunctivitis in two twin girls with a family history of atopy. Management and clinical evolution is presented.

Nuestro caso clínico trata de dos niñas gemelas de 7 años de edad, que entre sus antecedentes

personales presentan desde los tres años de edad episodios de picor y enrojecimiento ocular, especialmente en primavera, verano y otoño, además de rinitis, y con antecedentes familiares de atopia.

Acuden por presentar episodio de picor intenso, fotofobia, y lagrimeo en ambos ojos, una de ellas presentaba una ligera ptosis. A la exploración se observó una hiperemia conjuntival bulbar generalizada en ambas, macropapilas tarsales superiores e inferiores aunque de mayores dimensiones las superiores¹, además de un exudado de aspecto mucoide, amarillento, espeso y filamentosos en ambas. A nivel del limbo esclerocorneal se podían observar unas papilas gigantes que daban lugar a unos nódulos gelatinosos gruesos o hipertrofia gelatinosa, alguno de las cuales solapaba la córnea (Figura 1). Sobre ellos existían unas lesiones finas y blancas, redondeadas y sobreelevadas que asemejan la tiza, llamadas manchas o puntos de Horner-Trantas (Figura

2). Todo ello abarcaba los 360° del limbo esclerocorneal en ambos casos. No había alteraciones corneales.

Con todos estos datos de la historia clínica, el diagnóstico fue de queratoconjuntivitis vernal en su forma limbar. El estudio alergológico realizado con tests cutáneos, resultó fuertemente positivo a los hongos del tipo alternaria que aparecen según el grado de humedad ambiental, así como débilmente positivo al perro en ambas niñas. También procedimos a realizar una topografía corneal para descartar el queratocono², degeneración marginal pelúcida, queratoglobos, y degeneración marginal de Terrien, los cuales se han asociado a casos de queratoconjuntivitis vernal, siendo esta normal.

El tratamiento tiene dos vertientes: médico y conductual. Se les instauró colirio de acetato de prednisolona 1% 4 veces al día durante 7 días para dar tiempo al inhibidor de la degranulación de los mastocitos a ser efectivo, y para hacer un tratamiento de choque para mitigar los síntomas, e ir

Correspondencia:
Jordi Gatell Tortajada
Departamento de
Oftalmología
Hospital Clínic
Villaruel 170
08036 Barcelona
E-mail:
33977jgt@comb.es

disminuyendo hasta pasar al mes, emedastina colirio 4 veces al día durante un mes, lodoxamida 4 veces al día durante un mes y pasar a 2 veces al día durante la primavera, verano y otoño³. También se les administraron antihistamínicos orales (loratadina jarabe) durante primavera, verano y otoño. En la otra vertiente tenemos el conductual, en donde debido a la alergia a los hongos de tipo alternaria se explicaron determinadas medidas ambientales para disminuir la exposición de las pacientes a los alérgenos.

Con todas estas medidas las niñas mejoraron sus síntomas. A la exploración, las papilas gigantes limbares, así como las manchas de Horner-Trantas habían desaparecido en ambas. No quedó ningún resto cicatricial ni en conjuntiva ni en córnea⁴.

La queratoconjuntivitis vernal constituye uno de los procesos atópicos a nivel ocular que cursa con inflamación conjuntival y en ocasiones también corneal. Se trata de una enfermedad recurrente y bilateral aunque asimétrica, cuya aparición es más frecuente en primavera y verano, y su incidencia es mayor en regiones cálidas y secas⁵. Aparece entre la edad de 5 a 20 años, con un pico de incidencia entre los 11 y los 13 años. La enfermedad se autolimita, y suele durar entre 4 y 10 años. Pueden existir antecedentes de rinitis, eczema, o asma personales (90%) y familiares (65%). En su fisiopatología intervienen las respuestas de hipersensibilidad de tipo I y IV⁶.

En cuanto al tratamiento, es esencial el estudio y tratamiento por parte del alergólogo. se pueden utilizar antihistamínicos tópicos⁷ o sistémicos, inhibidores de la degranulación de los mastocitos tópicos, o AINES tópicos. En brotes agudos serán necesarios los esteroides tópicos aunque debido a sus efectos indeseables se suspenderán tan pronto como hayan controlado el proceso mientras se mantienen otros fármacos para prevenir nuevas reactivaciones. Para casos refractarios se puede utilizar la ciclosporina A tópica^{8,9} aunque todavía existen problemas de tolerancia. Hay otras alternativas médicas como la mitomicina C¹⁰⁻¹² y/o el abordaje quirúrgico¹³.

En resumen, la queratoconjuntivitis vernal puede controlarse si es tratada adecuadamente. Recordemos que su duración suele ser de 4 a 10 años. Si conseguimos mantener al paciente libre de complicaciones, especialmente corneales, habremos evitado la disminución de la agudeza visual por cicatrices y en consecuencia la necesidad de cirugías corneales futuras.



Figura 1.
Hipertrofia gelatinosa



Figura 2.
Manchas
de Horner-Trantas

Bibliografía

1. Leonardi A, Brun P, Tavolato M, Abatangelo G, Plebani M, Secchi AG. Growth factors and collagen distribution in vernal keratoconjunctivitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2000;41(13):4175-81.
2. Totan Y, Hepsen IF, Cekic O, Gunduz A, Aydin E. Incidence of keratoconus in subjects with vernal keratoconjunctivitis: a videokeratographic study. *Ophthalmology* 2001;108(4):824-7.
3. Avunduk AM, Avunduk MC, Kapicioglu Z, Akyol N, Tavli L. Mechanisms and comparison of anti-allergic efficacy of topical lodoxamide and cromolyn sodium treatment in vernal keratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 2000;107(7):1333-7.
4. Sonini S, Lambiasi A, Marchi S, Pasqualetti P, Zuccaro O, Rama P, Magrini L, Juhas T, Succi MG. Vernal keratoconjunctivitis revisited: a case series of 195 patients with long-term followup. *Ophthalmology* 2000;107(6):1157-63.
5. O'Shea JG. A survey of vernal keratoconjunctivitis and other eosinophil-mediated external eye diseases

- amongst Palestinians. *Ophthalmic Epidemiol* 2000; 7(2):149-57.
6. Uchio E, Matsuura N, Matsumoto S, Ikezawa Z, Ohno S. Immunological and clinical features of vernal keratoconjunctivitis between persons with and without systemic atopic dermatitis. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 2000;104(9):638-43.
 7. Verin P, Allewaert R, Joyaux JC, Plozzi E, Koliopoulos J, Bloch-Michel E. Comparison of lodoxamide 0,1% ophthalmic solution and levocabastine 0,05% ophthalmic suspension in vernal keratoconjunctivitis. *Eur J Ophthalmol* 2001;11(2):120-5.
 8. Gupta V, Sahu PK. Topical cyclosporin A in the management of vernal keratoconjunctivitis. *Eye* 2001; 15(Pt 1):39-41.
 9. Avunduk AM, Avunduk MC, Erdol H, Kapicioglu Z, Akyol N. Cyclosporine effects on clinical findings and impression cytology specimens in severe vernal keratoconjunctivitis. *Ophthalmologica* 2001;215(4): 290-3.
 10. MacLeod JD. Mitomycin-C and vernal conjunctivitis. *Ophthalmology* 2000;107(12):2127.
 11. Pandey SK, Saini JS, Werner L, Apple DJ. Mitomycin-C and vernal conjunctivitis. *Ophthalmology* 2000; 107(12):2125-7.
 12. Akpek EK, Hasiripi H, Christen WG, Kalayci D. A randomized trial of low-dose, topical mitomycin-C in the treatment of severe vernal keratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 2000;107(2):263-9.
 13. Nishiwaki-Dantas MC, Dantas PE, Pezzutti S, Finzi S. Surgical resection of giant papillae and autologous conjunctival graft in patients with severe vernal keratoconjunctivitis and giant papillae. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2000;16(6):438-42.