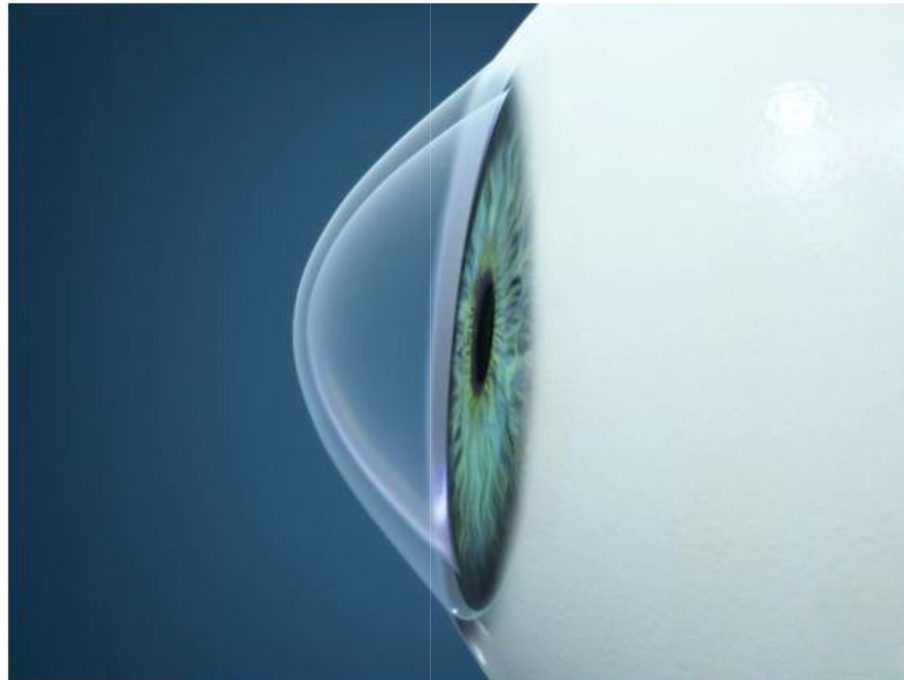


QUERATOCONO Y SU CORRECCIÓN CON LENTES DE CONTACTO



QUERATOCONO

- Distrofia corneal progresiva no inflamatoria que no cursa dolor, suele ser bilateral y se inicia, principalmente, en la pubertad.
- La córnea adopta una forma cónica por la aparición de una protusión axial con el consiguiente adelgazamiento de ésta, normalmente, en sentido nasal e inferior.
- Esto causa disminución de la visión, miopía y astigmatismo irregular.
- Su etiología es desconocida, se asocia a factores hereditarios, retinitis pigmentaria, síndrome de Down y dermatitis atópica.

DIAGNÓSTICO

- Retinoscopía (movimientos en tijera).
- Aumento del astigmatismo o de la miopía.
- No conseguir AV unidad una vez corregido con gafas.
- Morfología: queratoscopio, videoqueratografía o disco de Plácido.



Queratocono leve

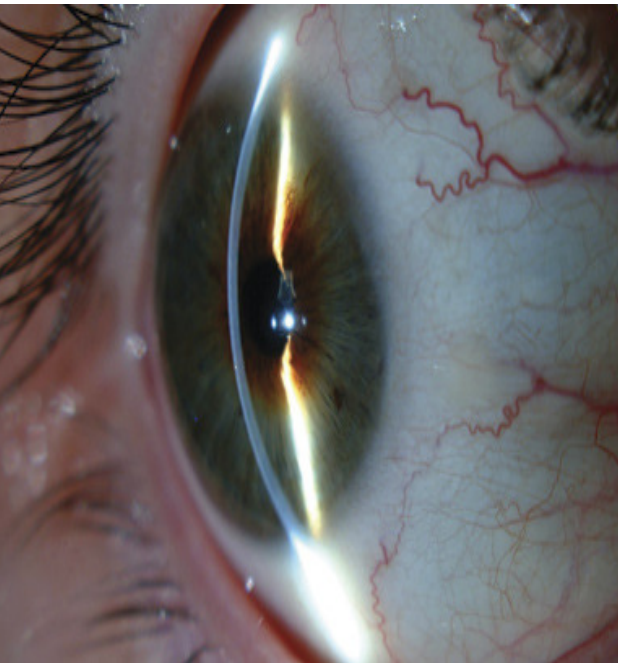
CLASIFICACIÓN

Con la queratometría distinguimos diferentes estadios:

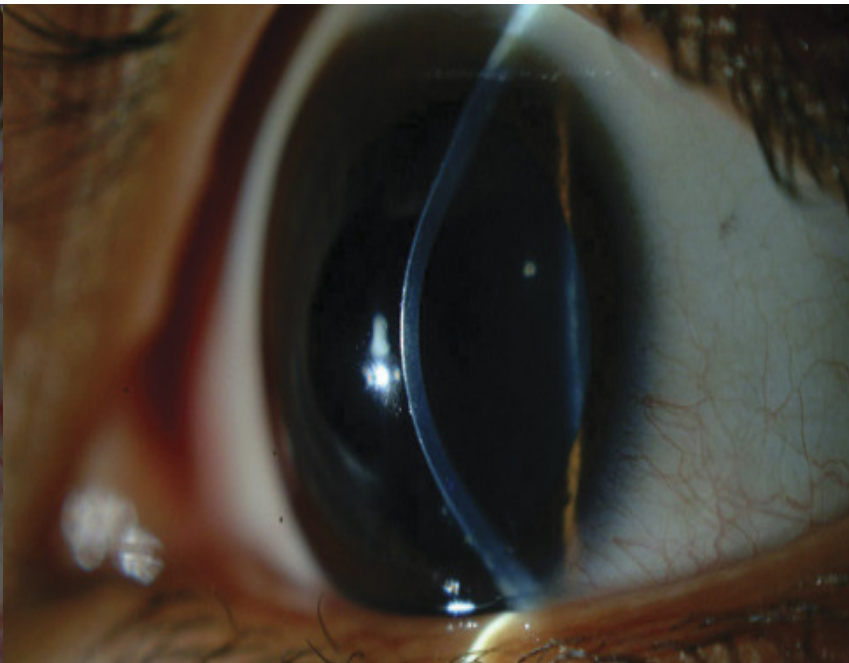
1. Leve: menores de 45,00 D
2. Moderado: entre 45 – 52 D
3. Avanzado: mayores de 52,00 D
4. Grave: mayores de 60,00 D

Y según el estadio sea Avanzado o Grave los conos se clasifican como:

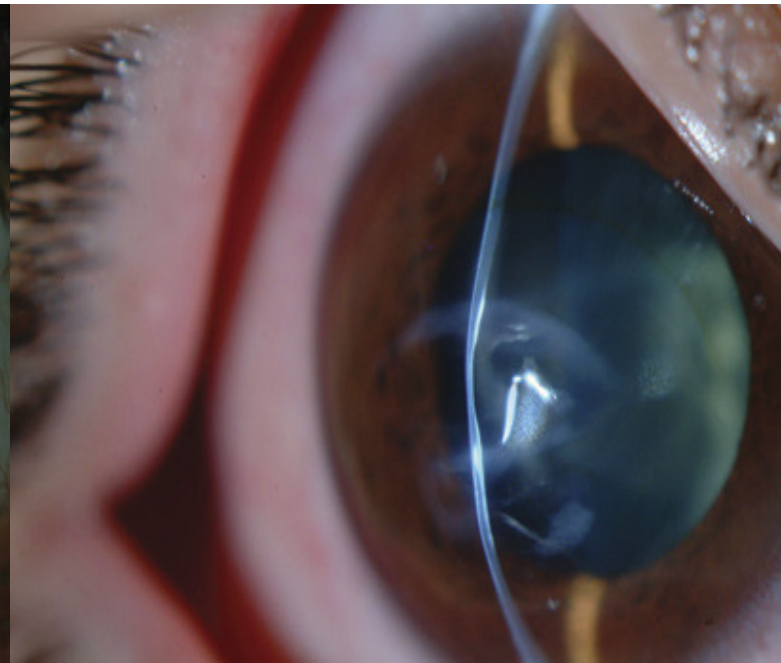
- a. Cono en forma de pezón o redondo.
- b. Cono oval o caído.
- c. Cono en forma de globo.



Normal curvatura de una córnea
Normal



Aumento de curvatura
corneal y protusión
central



Queratocono avanzado
Adelgazamiento y
deformidad en córnea

TRATAMIENTO Y TIPOS LC EMPLEADAS

Tratamiento, tiene 3 fases:

1. Corrección óptica con gafas. Siempre que permita al paciente cubrir sus necesidades visuales.
2. Corrección óptica con LC: hidrofílicas, LCPG, Saturno, sistema PiggyBack, esclerales.
3. Corrección óptica mediante cirugía: Cross-linking, anillos intraestromales o transplante corneal.

LC HIDROFILICAS

- Esféricas o tóricas.
- Cuando el queratocono es incipiente.
- Son más confortables.
- Pasos: Se procede a la adaptación

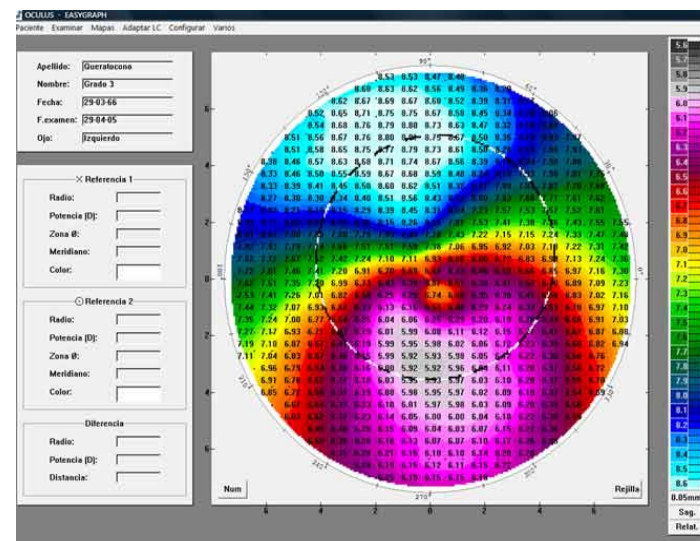
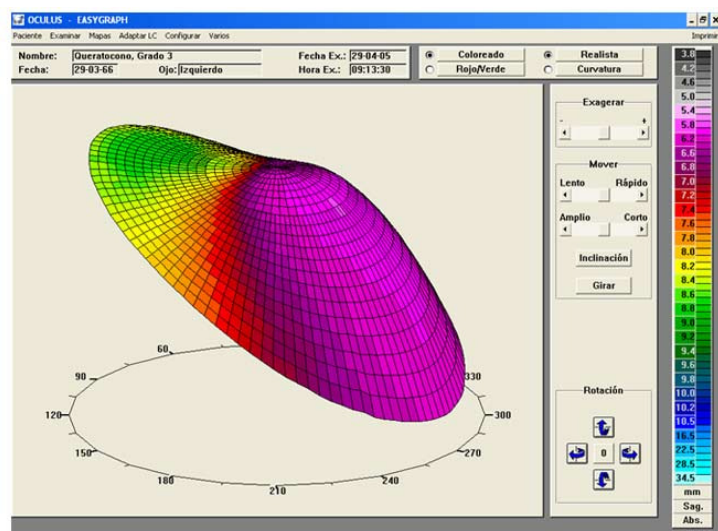
Se verifica la visión

Si la visión es deficiente se hará queratometría con LC puestas y si aparece astigmatismo se utilizará una hidrofílica tórica.

LCPG

Generalmente es la mejor solución excepto en queratocoños muy agudos.

Nos basaremos en las medidas del queratómetro y cuando éstas sean insuficientes un topógrafo nos dará un plano topográfico con mayor exactitud.

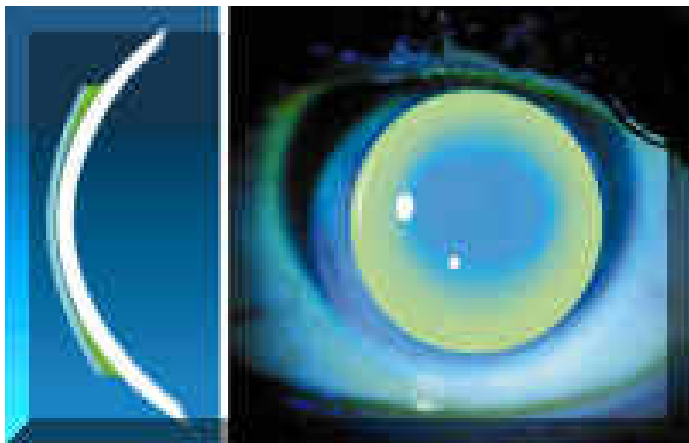


La adaptación de LCPG se inicia con una lente más abierta (radio más plano) y se continúa con una más cerrada (radio más curvo).

Las zonas periféricas no deben estar en contacto total u oclusión sobre la zona límbar, pues se produciría rápidamente una neovascularización.

Si colocamos una LCPG demasiado plana podemos originar ulceración en el ápex del queratocono debido al roce y si nos pasamos con el radio, la lágrima queda bloqueada formando burbujas, la AV es mala y puede originarse un edema corneal, daño epitelial.

Una adaptación intermedia distribuye la presión sobre toda la córnea.



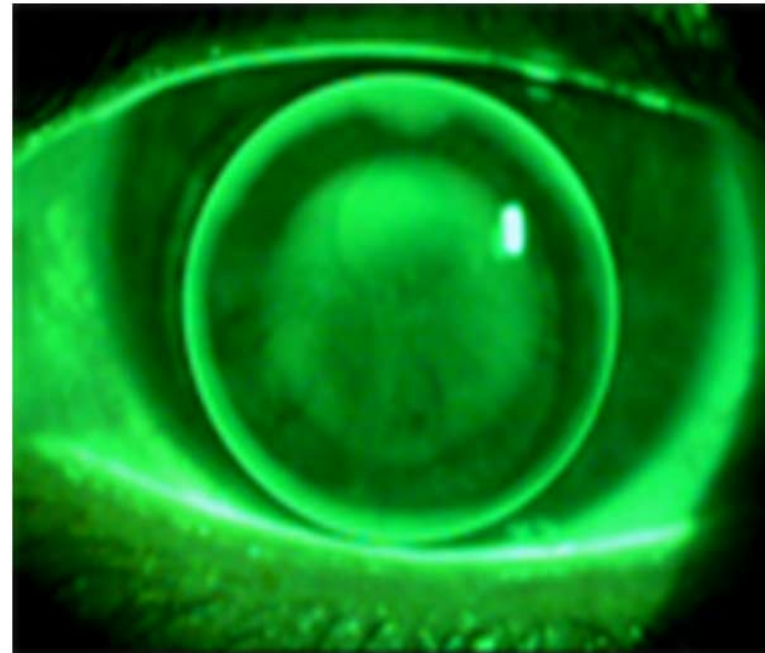
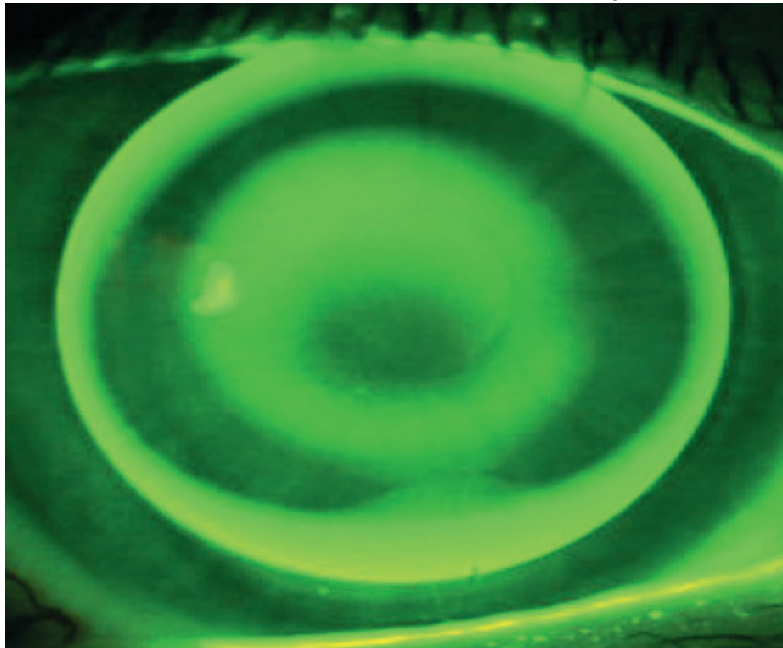
Plana



Cerrada

valoración del fluograma:

- Patrón “ojo de buey”.
- Zona oscura en el centro.
- Rodeada de anillo de fluoresceína.
- Toque periférico oscuro.
- Finalmente, anillo de fluoresceína claro (levantamiento del borde de LCPG).



LENTES TIPO SATURNO

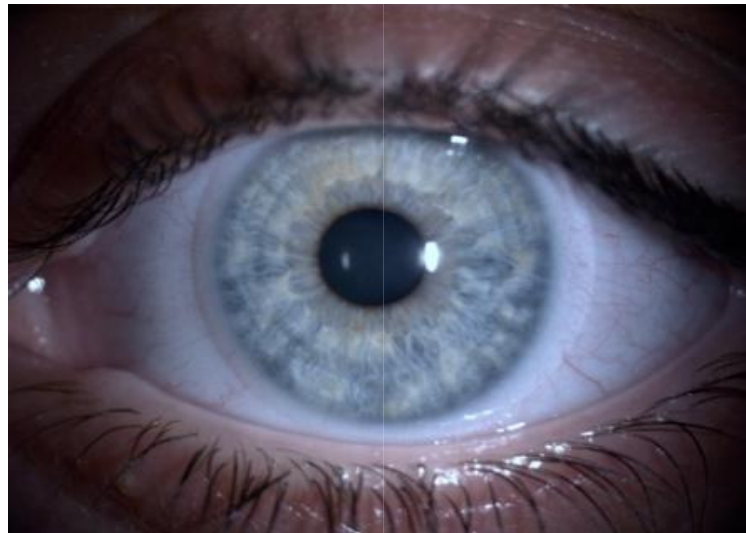
- Consiste en una LCPG en su centro y una LC hidrofílica en su periferia.
- Compagina la mejor AV de la LCPG con la comodidad de las LC hidrofílicas.
- No es el tipo de LC de primera elección porque tiene una serie de inconvenientes:
 - limitación de parámetros
 - fragilidad en la unión rígida-blanda
 - difícil evaluación al no poder aplicar fluoresceína
 - alto precio

SISTEMA PIGGYBACK

- Sistema combinado de dos LC.
- Adaptamos sobre la córnea una LC hidrofílica de alta hidratación con $2/3$ de la refracción total del paciente.
- Posteriormente se hace queratometría para seleccionar el radio de la LCPG que pondremos sobre la primera.
- Ésta última será de bordes redondeados para evitar romper la LC hidrofílica.
- Se recurre a este método, sobre todo, para pacientes con especial sensibilidad al porte de LCPG.

LC ESCLERALES

- Están indicadas en caso de queratoconos agudos donde las LCPG se desplazan, se caen o no se toleran.
- Tiene apoyo en la esclera, donde la sensibilidad es menor que en la córnea, lo que permite una buena tolerancia.



CONCLUSION

El queratocono se manifiesta con una enfermedad no inflamatoria sin dolor, normalmente bilateral y suele iniciarse en la pubertad.

El síntoma más característico es la pérdida de AV, que se va acentuando con un astigmatismo irregular y la aparición de un cono.

La corrección del queratocono dependerá del grado de éste.

En estadios iniciales, donde es difícil diagnosticarlo, se puede usar gafas, pero a medida que vaya avanzando y la visión empeore habrá que utilizar LC.

Si se utilizan rígidas, éstas serán LCPG, primero, y si no es posible, esclerales y las de Saturno.

Si los resultados con LC no son satisfactorios y el cono es severo hay que aconsejar cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Contactología. Antonio López Alemany. Ed. Scriba 1997
- Complicaciones de la LC. Juan A. Durán de la Colina. Elío Diez-Feijóo. Ed. Tecnimedia 1998
- Contactología Aplicada. Raúl Martín Herranz. 2005
- Monografías de Gaceta. Juan Delgado Espinosa y José Luis Martín Alvelo. 1997
- Recursos de internet (imágenes):

Conóptica, Hugo Legaría (Contactólogo), Clínica Giménez Almenara, VisionCare (Centro Oftalmológico), IMO Instituto de microcirugía ocular, Eye Excellence (Centro de Visión).

Fin.