

Queratopatía lipoidea primaria bilateral recidivante en injerto de queratoplastia.

Rubén Yela¹, Miguel Ángel Ordoñez Lozano¹, Diana Elizabeth Fuentes Ventura¹, Laureano Álvarez-Rementería Capelo², Pilar Balado Vázquez¹

1. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto Provincial de Oftalmología de Madrid
2. Centro de Oftalmología Barraquer, Barcelona



Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid

Introducción

La queratopatía lipoidea es una distrofia corneal en la que, tanto de forma idiopática como secundaria a varios factores, se produce el depósito progresivo de distintos tipos de lípidos sobre la capa estromal profunda de la córnea.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso de queratopatía lipoidea primaria bilateral en la que, tras realizarse queratoplastia en un ojo, se produjo de forma progresiva la recidiva de la distrofia corneal sobre el injerto de queratoplastia.

Materiales y método

Revisión de la documentación gráfica disponible así como de la historia clínica del paciente y de la bibliografía disponible sobre la queratopatía lipoidea primaria.

A pesar de la recidiva, la agudeza visual en el ojo transplantado mejoró progresivamente a lo largo de 8 años hasta llegar a una MAVC de 0.6. Actualmente la recidiva de la queratopatía lipoidea sobre el injerto es evidente pero la paciente mantiene una MAVC de 0.5 en OD y 0.7 en OI, por lo que no se plantea la necesidad de queratoplastia de rescate hasta mayor disminución de la agudeza visual e impacto en la calidad de vida del paciente.

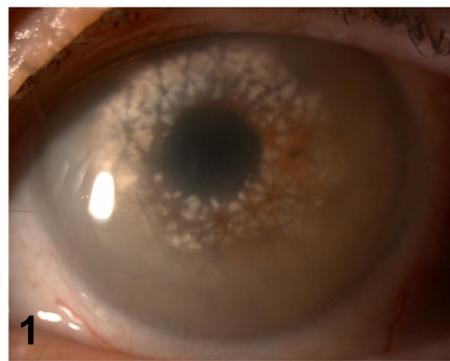
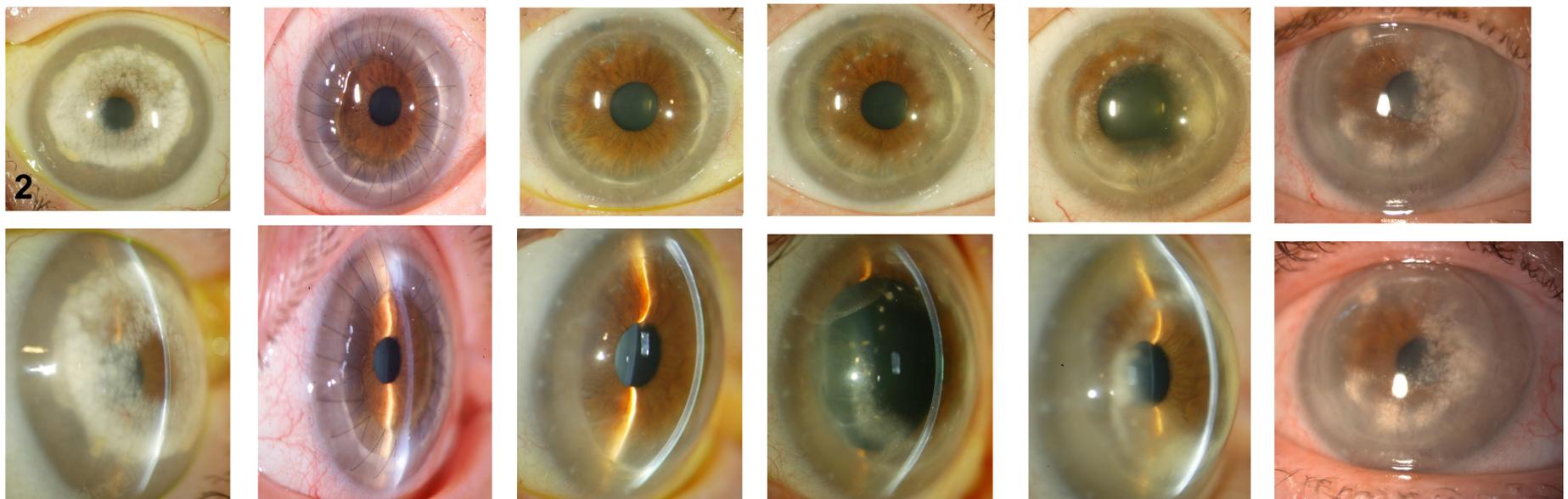


Figura 1. Ojo izquierdo, estado actual.

Figura 2. Ojo derecho. Imagen preoperatoria, postoperatorio inmediato y evolución a lo largo de 15 años.



Resultados

Paciente de 51 años sin antecedentes medicoquirúrgicos ni oftalmológicos de interés que acude a consulta hace 15 años por disminución progresiva de agudeza visual. Presentaba una MAVC de 0.4 (OD) y 0.85 (OI), objetivándose en la biomicroscopía una degeneración corneal anular de aspecto lipoideo y localización estromal profunda. La afectación era bilateral, llegando a ocupar eje visual en OD.

Se realiza queratoplastia penetrante de 8.5 mm en OD, con un periodo postoperatorio sin complicaciones y presentando una MAVC de 0.4 al mes de la intervención.

La evaluación histopatológica del botón corneal demostró la presencia de un material granular lipídico en estroma profundo. Se realiza valoración y estudio por el servicio de Endocrinología y se descarta la presencia de trastornos del metabolismo lipídico, estableciéndose el diagnóstico definitivo de queratopatía lipoidea primaria.

A los 3 años de la queratoplastia se objetiva en la biomicroscopía la presencia de opacidades corneales similares a la lesión primaria, sospechándose recidiva de la distrofia corneal sobre el injerto.

Discusión

La queratopatía lipoidea primaria se caracteriza por la ausencia de trastornos del metabolismo lipídico así como de antecedentes de traumatismos, cirugía ocular o cualquier trastorno oftalmológico asociados.

Aunque la etiología aún queda por aclarar, la neovascularización corneal juega un papel fundamental en la fisiopatología de las formas tanto idiopáticas como secundarias¹.

De hecho, la terapia con factores antiangiogénicos (anti-VEGF), en concreto bevacizumab, se ha mostrado eficaz, tanto por vía tópica como subconjuntival, para la profilaxis de la recidiva de este trastorno sobre el injerto corneal en algunos casos².

Conclusión

Este caso ejemplifica la posibilidad de recidiva sobre el injerto de queratoplastia de la queratopatía lipoidea, subrayando la importancia de ajustar las expectativas del paciente durante el proceso de evaluación preoperatorio y de realizar un estrecho seguimiento para la detección precoz y manejo de la misma.

Bibliografía:

1. Alfonso E et al. Idiopathic bilateral lipid keratopathy. *Br J Ophthalmol.* 1988, 72, 338-343.

2. Castro-Rebollo M, Montes-Mollón MA, Pérez-Rico C, Teus MA. Eficacia de bevacizumab tópico en queratopatía lipoidea bilateral primaria. *Arch Soc Esp Ophthalmol.* 2011;86(11):374-376.