

MESA REDONDA La ventana del Residente: festival de casos clínicos

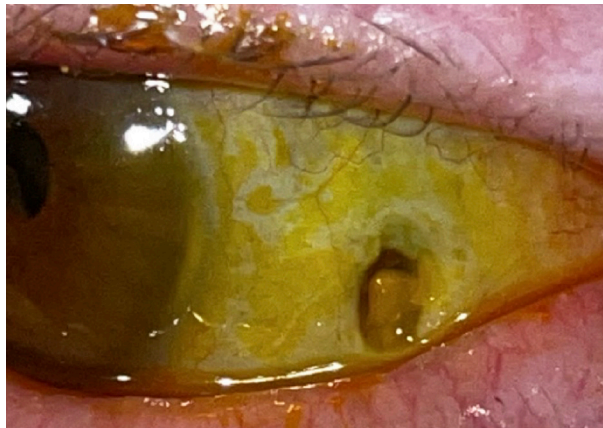
Escleromalacia de difícil control: manejo quirúrgico de un caso

*Carlos Moreno Pascual, Mercedes Serrador García, David Mingo Botin, Nieves Alonso Formento, Cristina García Tomás
H.U. Ramón y Cajal, Madrid*

El adelgazamiento escleral puede tener diversas causas: congénito, degenerativo asociado a la miopía (predominio posterior), autoinmune, infeccioso, yatrogénico tras cirugías o inyecciones intravítreas o tras traumatismos.

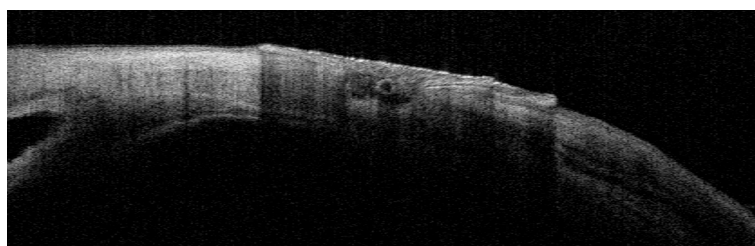
Para proteger y evitar la progresión de estos defectos se pueden realizar técnicas de recubrimiento incorporando distintos tejidos oculares o extraoculares y con origen en el propio paciente o en donante cadáver. Entre ellos podemos encontrar: conjuntiva, cápsula de Tenon, esclera, córnea, membrana amniótica, pericardio y duramadre.

El caso versa sobre una paciente mujer de 93 años que acude al Servicio de Urgencias de oftalmología, asintomática, con un adelgazamiento escleral sin perforación de 3x2 mm en región temporal del ojo izquierdo. No existe disminución de agudeza visual y la presión intraocular es de 10 mmHg, similar a previas valoraciones. No presenta antecedentes reumatológicos.



A nivel oftalmológico, se encuentra en tratamiento con aflibercept intravítreo por degeneración macular asociada a la edad exudativa desde hace más de 5 años y brinzolamida/timolol y brimonidina tópicos por glaucoma primario de ángulo abierto. El estudio de despistaje de enfermedades autoinmunes es negativo.

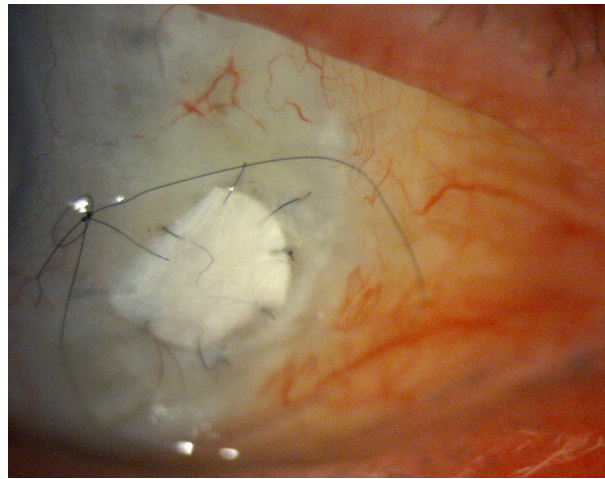
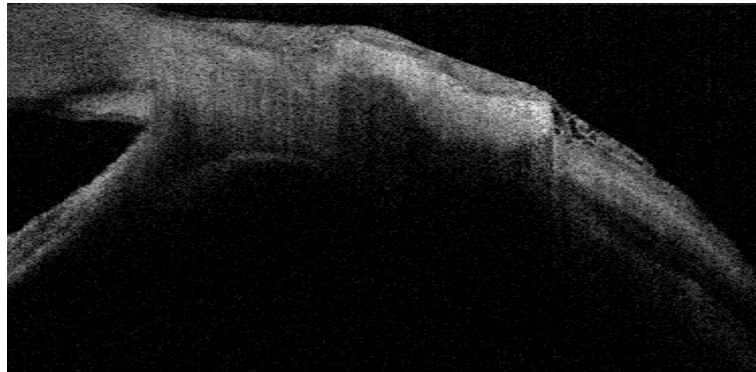
El día de la valoración se coloca un parche de cianoacrilato. Se observa, en OCT de segmento anterior, un lecho remanente de 300 micras.



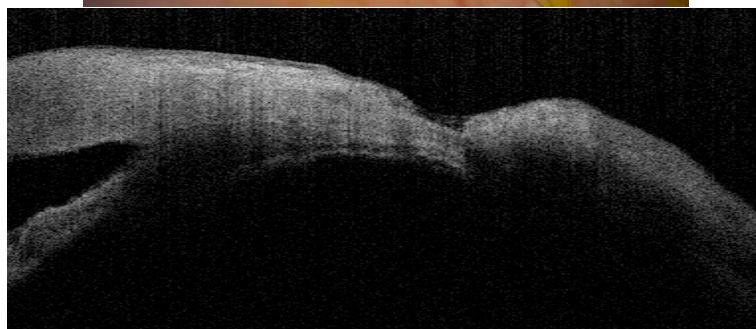
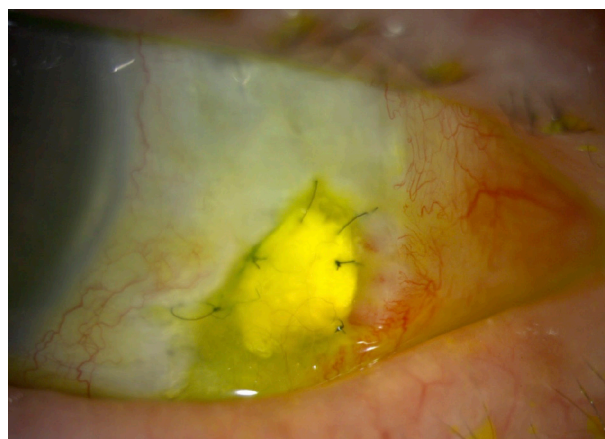
300 μ m.



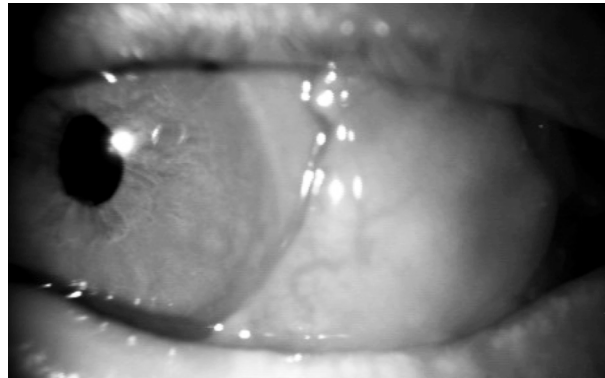
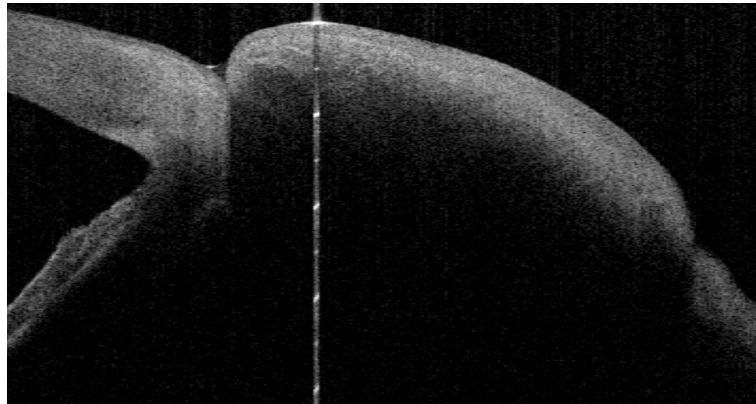
Tras 10 días se evidencia adelgazamiento en bordes del anteriormente citado y se programa para una semana después un injerto de esclera y recubrimiento con membrana amniótica. Se retira la brominidina tópica y se retiran conservantes de los tratamientos tópicos.



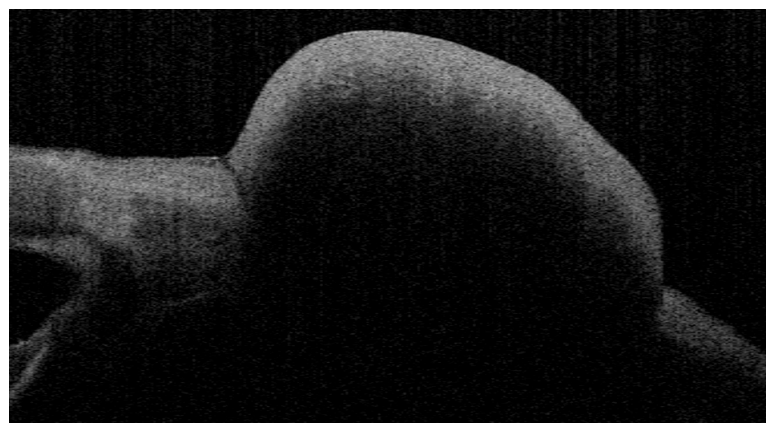
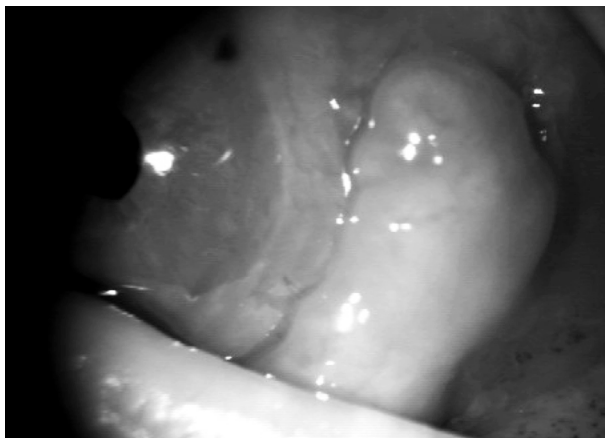
Tras 1.5 meses, se vuelve a producir adelgazamiento en los bordes del lecho receptor del injerto y este se encuentra fluorpositivo con baja tensión en las suturas.



Por la refractariedad del cuadro, se decide llevar a cabo un nuevo injerto de esclera y se recubre con mucosa oral extraída del labio inferior. Se asocia una tarsorrafia temporal y se comienza tratamiento con suero autólogo.



5 meses después, el injerto se encuentra aún viable, bien vascularizado y algo sobreelevado, pero sin adelgazamiento corneal adyacente.



Los injertos conjuntivales, esclerales, corneales, de membrana amniótica o duramadre son los más utilizados en los últimos años. En el caso presentado, dados los previos fracasos en el tratamiento y la disponibilidad, el injerto escleral asociado a recubrimiento con mucosa oral parece una opción correcta a medio-largo plazo en casos seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

- Lamarca-Mateu J, Salvador-Culla B, Gómez-Benlloch A, Barraquer R. Oral mucosa for reconstructive surgery in a case of severe inflammatory necrotizing sclero-uveitis.