

COMUNICACIÓN

Incidencia del queratocono en la consulta de Cirugía Refractiva en Villa Clara

Dra. Maria Elena Guillen Bravo¹

Dr. Francisco Rodríguez Denis²

Lic. Yandy Morejón Martínez³

RESUMEN

Queratocono es un término clínico que describe una condición en la que la córnea asume una forma cónica debido a su adelgazamiento y protrusión, pero no es un proceso inflamatorio. Desde el punto de vista epidemiológico existen diferentes factores que predisponen a la enfermedad, algunos con mayor fuerza que otros y aún no bien determinados. Su diagnóstico en la actualidad se efectúa precozmente por varias razones, entre las que se encuentran los exámenes oftalmológicos detallados realizados a los pacientes con trastornos refractivos para considerar una posible intervención quirúrgica refractiva.

DeCS:

QUERATOCONO
DIAGNOSTICO PRECOZ
INCIDENCIA
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
REFRACTIVOS

SUMMARY

Keratoconus is a clinical term that describes a condition in which the cornea takes a conical shape due to thinning and protrusion; however, it is not an inflammatory process. From the epidemiological point of view, there are several factors that predispose to the disease, some more strongly than others and not yet well established. Its diagnosis is currently made early due to several reasons, among which are detailed eye examinations, conducted in patients with refractive disorders in order to evaluate a possible refractive surgery.

MeSH:

KERATOCONUS
EARLY DIAGNOSIS
INCIDENCE
REFRACTIVE SURGICAL PROCEDURES

Queratocono (QC) es un término clínico que describe una condición en la que la córnea asume una forma cónica debido a su adelgazamiento y protrusión, pero no es un proceso inflamatorio; la infiltración celular y la vascularización no ocurren; es normalmente bilateral y aunque involucra el centro, el ápice del cono normalmente se encuentra debajo del eje visual, lo que origina un astigmatismo

miópico irregular y un marcado deterioro de la función visual y, aunque afecta en la mayoría de los casos a ambos ojos su presentación y su evolución son asimétricas. En el curso de la enfermedad pueden observarse signos de adelgazamiento y opacidades corneales.¹

Las estimaciones informadas de su frecuencia varían ampliamente, Most estima entre 50 y 230 por 100,000. El queratocono se presenta en personas de todas las razas y su tendencia es mayor en pacientes del sexo femenino, algo que se ha observado en la mayoría de los estudios; sin embargo, la proporción varía de 57% a 66.7%. Normalmente es bilateral, aunque en una serie grande se encontró una incidencia de enfermedad unilateral de 14.3%. Si bien los casos unilaterales ocurren, Rabinowitz y colaboradores han mostrado que la frecuencia es sustancialmente baja.²

El papel de la herencia en el desarrollo del queratocono no se ha establecido claramente. La importancia de la herencia debe evaluarse independiente; el queratocono parece estar bajo el mando genético en algunos casos: por lo menos se han informado seis juegos de gemelos idénticos con córnea cónica en la literatura. Dos estudios grandes sugirieron que la frecuencia de herencia era 6% a 8%.³ Rabinowitz y colaboradores han usado una topografía corneal computarizada para examinar a los miembros familiares de pacientes con queratocono; los pacientes normalmente preguntan si se hereda y si sus niños desarrollarán el desorden. Basado en la información actualmente disponible parece razonable decirles que se puede presentar en menos de uno en 10.^{3,4}

En la actualidad existen equipos y pruebas que son de utilidad para confirmar o descartar la presencia de un queratocono incluso en las etapas más iniciales del trastorno, dentro de ellos se encuentran el queratómetro, el topógrafo computarizado y la videoqueratografía -estos dos últimos son los más utilizados-.⁵ Desde el punto de vista epidemiológico existen diferentes factores que predisponen a la enfermedad, algunos con mayor fuerza que otros y aún no bien determinados.⁶ La incidencia del QC puede fluctuar de una zona geográfica a otra, lo que al parecer es a causa de características genéticas, nutricionales, étnicas e incluso a la metodología de estudio aplicada.⁷

Típicamente se presenta en un paciente joven de alrededor de 20 años que acude por síntomas progresivos de deterioro visual, fotofobia, diplopía y distorsión; el astigmatismo miópico alto, irregular, con un reflejo en tijera es típico. El queratocono avanzado da un aspecto de protusión con angulación baja conocido como signo de Munson; el examen de la lámpara de hendidura revela hallazgos característicos: una protrusión excéntrica localizada en la córnea. El ápice es normalmente inferior a una línea horizontal imaginaria dibujada a través del eje de la pupila.⁸⁻¹⁰

El diagnóstico del QC en la actualidad se efectúa precozmente por varias razones, entre las que se encuentran los exámenes oftalmológicos detallados realizados a los pacientes con trastornos refractivos para considerar una posible operación refractiva.

En esta provincia hasta el momento no existe un trabajo que documente la epidemiología de esta enfermedad. Por su importancia y por la afluencia de numerosos pacientes a la Consulta de Cirugía Refractiva se realizó este estudio para conocer algunas de las características epidemiológicas de los pacientes que la padecen teniendo en cuenta lo señalado por reconocidos autores en este tema.

Realizar un estudio minucioso de todos aquellos pacientes que padecen ametropías que no alcancen buena agudeza visual con corrección convencional sin otra causa ocular ni enfermedades sistémicas que la justifiquen proporcionará datos que se acerquen a la verdad sobre esta y otras ectasias poco estudiadas con el objetivo de brindarles la corrección adecuada y una mejor calidad visual y de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rabinowitz YS. Keratoconus. *Surv Ophthalmol*. 1998;42(4): 297-319.
2. Rabinowitz YS, Rasheed K. KI-SA% system a new videokeratography system for early detection of keratoconus. *J Cataract Refract Surg*. 1999;25(10): 1327-36.
3. Mato JL, Lema I, Díez-Feijoo E. Videokeratoscopic indices in relation to epidemiological exposure to keratoconus. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2010;248(7):991-8.
4. Burns DM, Johnston FM, Frazer DG, Patterson C, Jackson A J. Keratoconus: an analysis of corneal asymmetry. *Br J Ophthalmol*. 2004;88:1252-55.
5. Li X, Yang H, Rabinowitz YS. Keratoconus: classification scheme based on videokeratography and clinical signs. *J Cataract Refract Surg*. 2009;35(9):1597-1603.
6. Pauné Fabrè J, Palomar Mascaro F. Índices actuales en la detección del queratocono por análisis de la topografía corneal. *Gac Ópt [Internet]*. 2009 Abr [citado 21 Jul 2010];436: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.cnoo.es/modulos/gaceta/actual/gaceta436/cientifico1.pdf>
7. Mahmoud AM, Roberts C, Herderick EE, Lembach RG, Markakis G. The Cone Location and Magnitude Index (CLMI). *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2001;42:S898
8. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria*. 2003;10: 120-4.
9. Michael D. Parthasarathy S. Roberts C. Mahmoud AM. Raasch TM. Bullimore MA. Automated Decision Tree Classification Of Corneal Shape. *Optom Vis Sci*. 2005;82(12):1038-46.
10. Mahmoud AM, Roberts CJ, Lembach RG, Twa MD, Herderick EE, McMahon TT. CLMI: the cone location and magnitude index. *Cornea*. 2008 May;27(4):480-7.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista de I y II Grados en Oftalmología. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Licenciado en Optometría y Óptica. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.