



ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COLEGIO DE MÉDICOS OFTALMOLOGOS DE JALISCO CORRESPONDIENTE AL 05 DE OCTUBRE 2023

TEMA: SUPERFICIE OCULAR, LO QUE TODOS SABEMOS Y NADIE DICE

Siendo las 20:30 horas del jueves 05 de octubre del 2023, se da por iniciada la séptima sesión ordinaria del año del Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco, teniendo como sede la casa del oftalmólogo, con domicilio en calle López Cotilla número 2313, en la ciudad de Guadalajara.

Se da la bienvenida por el presidente del colegio Dr. Mario Salvador García Contreras. Se procede a la lectura del acta de la sesión del mes de agosto siendo aprobada.

Presentación de la sesión por parte del presidente quien otorga la palabra a la Dra. Sarai Delgado Pelayo quien lleva la coordinación. La Dra. Delgado presenta a los ponentes: Dr. Daniel Valencia, Dra. Nicole Macriz y la Dra. Ana Mercedes García.

El Dr. Valencia inicia su participación con la presentación de un caso clínico: “No todo rojo es uveítis”. Masculino 40 años, antecedente de espondilitis anquilosante de 2 años de diagnóstico, tratamiento con adalimumab y metrotexate. Oftalmológicos 1 cuadro de uveítis anterior en 2020. Presenta ojo rojo bilateral intermitente de 3 años y meibomitis bilateral 6 meses. Reumatólogo envía a valoración. Presenta imagen clínica del paciente en donde se encuentra con edema de párpados, hiperemia conjuntival, área de vascularización en cornea superficial y profunda, limbitis extensa y compromiso de la película lagrimal, sin Tyndall/flare. Telangiectasia obstrucción de glándulas de meibomio. Ojo izquierdo con inflamación de superficie, sin datos de reacción en cámara anterior, solo limbitis inferior y cambios en borde palpebral.

A nivel cutáneo presenta lesiones en región malar y nasal. Diagnóstico de blefaritis, queratoconjuntivitis, leucoma y vascularización corneal, ojo seco evaporativo y erupción cutánea, datos compatibles con rosácea ocular. De acuerdo con el consenso de ROSCO el paciente cursaba con 4 de 5 de las características descritas. Se inicia tratamiento con doxiciclina sistémica, fluorometolona, ciclosporina y hialuronato de sodio y manejo no farmacológicos con aseo de párpados, evitar factores desencadenantes y valoración por dermatología. A la evolución un mes después disminución en la congestión de la vasculatura conjuntival, mejora de bordes palpebrales. Se decide continuar con manejo establecido aunado al tratamiento por dermatólogo con metronidazol en gel. A dos meses de la valoración con regresión de vascularización y mejoría de la congestión. Enfatiza los pilares del tratamiento en casos de rosácea ocular que tienen como fin mejorar la calidad de vida del paciente: restaurar la estabilidad de la película lagrimal, reducir inflamación de la superficie ocular, eliminar factores de riesgo y disminuir los síntomas. Concluye refiriendo que la rosácea ocular es subdiagnosticada, no existe una prueba para confirmar el diagnóstico, 1/3 de los pacientes tiene riesgo de secuelas irreversibles, la inflamación ocular no es simétrica con la inflamación ocular y no todo ojo rojo es uveítis/escleritis.

La Dra. Macriz procede a la presentación de su caso clínico: Cirugía refractiva y enfermedad autoinmune. Femenino de 37 años, refiere dolor, ojo rojo, lagrimeo y baja visual de ojo derecho de 7 días de evolución. En sus antecedentes de importancia refiere LASIK en ambos ojos en 2001, cursando con ectasia postlasik manejada con crosslinking en 2020 y corrección con lente de contacto escleral en ambos ojos y ojo seco severo asociado a episodios de dolor ocular. En la valoración inicial con agudeza visual de ojo derecho de movimiento de manos. En ojo izquierdo con agudeza visual de 3/200 que mejora a 20/30 de capacidad visual. Presenta imagen clínica de ojo derecho en donde se encuentra hiperemia conjuntival, cornea con infiltrados blanquecinos múltiples y edema generalizado, flap de lasik, así como presencia de hipopion, Tyndall y colección de líquido en la interface, adelgazamiento corneal asociado a defecto epitelial. Debido a características clínicas se realiza cultivo y manejo con impregnación antibiótico, ciclopéjico y ultrasonido ocular sin alteraciones. A las 24 con mejoría del hipopion, pero incremento en la hiperemia conjuntival, melting corneal aumento del defecto epitelial, se indica doxiciclina y vitamina C. A los 7 días se presenta con aumento del hipopion y en ojo izquierdo hiperemia y reacción en cámara anterior (no presente en valoración inicial). Se integra el diagnóstico de queratouveítis de ojo derecho + melting corneal + uveítis anterior y epiescleritis de ojo izquierdo. Se decide lavado de flap, nuevo cultivo e interconsulta a úvea quien indica bolos de metilprednisolona e interconsulta a reumatología. Presenta mejoría clínica con disminución de hipopion, los infiltrados permanecen y aun con defecto epitelial. Ambos cultivos negativos. OCT de córnea con presencia de líquido en interface. Al reinterrogatorio refiere episodio de dolor y edema de ojo derecho hace 2 años y una poliartritis asimétrica no erosiva, aunado a laboratoriales (leucocitosis, ANA +, ANCA +, y complemento C3 disminuido. Se establece el diagnóstico de Policondritis recidivante. Reumatología inicia manejo con adalimumab, metrotexate, ácido fólico, baricitinib y prednisona. Oftalmología indica lubricante, ciclopejia, prednisolona, doxiciclina, vitamina C y lente de contacto terapéutico en ojo derecho.

Mejora cuadro clínico. Enfatiza las características de la Policondritis recidivante: enfermedad inflamatoria poco frecuente, heterogénea, aparece en la quinta década de la vida, potencialmente mortal y el oftalmólogo tiene un papel importante en su diagnóstico. 1er caso en paciente con ectasia postlasik y líquido en la interface en vías de publicación. De igual manera refiere las perlas de cirugía refractiva en pacientes con enfermedad autoinmune: contraindicación absoluta y relativa, complicaciones graves en casos de enfermedad descontrolada o desconocida, es segura en enfermedad inactiva, bien controlada y sin datos oculares; Sjögren primario no son candidatos óptimos y la evaluación preoperatoria es de primordial importancia.

La Dra. Mercedes procede con la presentación del caso clínico. Femenino de 58 años, abuelo con glaucoma. Operada de LASIK AO en 2000. Debido al antecedente se realizan campos visuales dentro de su valoración sin encontrar alteración evidente, se mantiene en vigilancia hasta 2003 cuando se pierde seguimiento hasta 2014. La paciente se presenta con síntomas de ojo seco, presión de 18/19mmhg. Se indica tratamiento con lubricantes oculares, ciclosporina y fluometolona en reducción.

Disminuye síntomas de ojo seco, pero en valoración de estudios complementarios se encuentra con escalón nasal y defecto en capa de fibras nerviosas a la evolución con dx de glaucoma primario de ángulo abierto y se inicia con análogo de prostaglandinas. Apego regular al tratamiento por enfermedad de la superficie ocular, presiones limítrofes se inicia con betabloqueador. Presenta imágenes clínicas de 2017 en donde se observa alteraciones de ojo seco severo. Debido al mal apego se realizar SLT 360 presión en 11mmhg, pero con mejoría de superficie ocular. En 2018 se encuentra progresión y con incremento de PIO. Se agrega análogo libre de conservadores y aumenta la enfermedad de la superficie ocular. Al presentar progresión de la enfermedad se decide realizar faco + lente + Istent de ojo izquierdo, presentando hipema e hipertensión y manejándose con acetazolamida + timolol + dorzolamida + Brimonidina con presión de 11mmhg y en ojo derecho se realiza FACO + LIO + endociclofotocoagulación con presión de 16 mmhg con dorzolamida/timolol y acetazolamida. Se realizan estudios complementarios para descartar Sjögren, siendo negativos. El apego a tratamiento es irregular debido a las molestias generadas por el propio tratamiento. Se programa para una EPNP y se logra la suspensión de medicamentos para glaucoma, se mantiene solo con hialuronato de sodio libre de conservadores, con mejoría importante de superficie ocular. Concluye con puntos para tener a consideración: factores de riesgo para ojo seco, la enfermedad de la superficie ocular genera mal apego al tratamiento del glaucoma, es necesario rotar lubricantes y considerar uso de inmunomoduladores.

Por último, la doctora Mercedes realiza una presentación con respecto al Eystil Plus (ácido hialurónico), enfatizando la importancia de ser libre de conservadores y libre de fosfatos. El ácido hialurónico fue utilizado por primera vez como lubricante en 1982 y ha evolucionado de forma importante en los años siguientes. Ayuda a humectar, lubricar y proteger y dentro de sus acciones importantes es la restauración epitelial. No se conoce aún bien la dosis correcta o frecuencia de aplicación y se considera se debe determinar la mejor concentración y peso molecular.

Se tocan temas varios por parte de presidente del colegio y se les invita a participar en las actividades programadas.

El presidente agradece a los ponentes y se realiza la entrega de reconocimientos a los ponentes y al laboratorio patrocinador.

Se da por terminada la sesión académica y se invita al ambigú patrocinado por laboratorios SIFI.



Dr. Mario Salvador García Contreras.
Presidente.



Dra. Beatriz Alvarado Castillo
Secretario