

ULCERAS BACTERIANAS.

SOCIEDAD MEXICANA DE OFTALMOLOGIA

Coordinador:

Dr. Enrique Graue Wiechers. Instituto de Oftalmología Fundación "Conde de Valenciana" "Hospital de Nuestra Señora de la Luz"

Participantes:

Dr. Gustavo Carrasco - "Hospital Central Militar"
Dr. Anselmo Fonte Vázquez - "Hospital General de la S. S. A."
Dr. Everardo Hernández Sánchez - "A. P. E. C."
Dra. Ma. Elena Mier Mercadillo - "A. P. E. C."

Dr. Graue:

Para comenzar este taller, me gustaría preguntar al panel ¿Qué es lo que entienden por una úlcera bacteriana y cuándo sospechan que un proceso ulceroso es de origen bacteriano?

Dr. Hernández:

Yo creo que debemos pensar en una úlcera de origen bacteriano ante la presencia de un ojo rojo con dolor, fotofobia, lagrimeo y moderada a marcada secreción conjuntival. A la exploración encontramos un proceso ulceroso, arriba del cual puede o no haber exudado purulento pero que presenta el nicho de la úlcera de aspecto blanquecino y se observa rodeada de un infiltrado periférico. Puede o no haber depósitos de fibrina en el endotelio y flare en la cámara anterior. Tiene en general un antecedente traumático; la forma de la ulceración es muy variable de acuerdo a la intensidad y el tiempo de duración, yo diría que el aspecto más frecuente es redondeado u ovalado.

Dr. Graue:

¿Cómo podría hacer un diagnóstico clínico diferencial con un proceso herpético?

Dr. Hernández

Yo creo que los antecedentes son la base más importante para establecer un diagnóstico diferencial, en el herpes existe el antecedente de múltiples recidivas o de apariciones de ojo rojo en el mismo ojo que se observa ulcerado; las características de la úlcera en los casos no complicados o sobreinfectados de herpes son francamente distintas y la evolución misma del proceso tiende a ser completamente diferente.

Dr. Fonte:

Para mí el diagnóstico diferencial de ulceraciones herpéticas y ulceraciones bacterianas puede ser complejo y difícil. Si vemos un absceso corneal cerca del limbo y con los datos que hacía mención el Dr. Everardo Hernández, no representará un problema de diagnóstico. Pero no siempre las características de las úlceras bacterianas son así, úlceras centrales con antecedentes traumáticos aunque no necesariamente con historia de recidivas pueden hacer pensar en herpes. Yo creo que un punto clave en el diagnóstico diferencial es el tiempo de evolución del cuadro ulceroso. La úlcera bacteriana tiende a ser de evolución rápida, presentando los primeros síntomas y signos importantes dos o tres días después de la inoculación; la úlcera herpética aparece también rápidamente, pero en sus inicios el proceso tiende a tener un aspecto limpio y sus bordes definidos, típicos de ulceración herpética; puede evolucionar a cuadros abigarrados como los descritos por el Dr. Hernández, pero en estos casos siempre la evolución es más lenta y en estos estadios ambas úlceras son difíciles de distinguir clínicamente.

Dr. Graue:

Podríamos decir entonces que una úlcera bacteriana tiene generalmente un antecedente traumático con una evolución más o menos rápida en el cual se observan agregados a los síntomas de dolor y fotofobia: material mucopurulento o purulento de moderado a abundante y que tiene un aspecto blanquecino, eventualmente rodeado por infiltrados y por depósitos endoteliales y que tienden a ser paracentrales o centrales. ¿Estamos de acuerdo con ello?

Dra. Mier:

Sí, en general sí.

Dr. Graue:

¿Es necesario el antecedente traumático?

Dr. Hernández

Clásicamente se refiere que el epitelio es una barrera a los microorganismos, pero existen algunos como el gonococo, algunas cepas de neumococo, eventualmente las pseudomonas en los recién nacidos y otros menos frecuentes como el meningococo y los corinebacterium que pueden ingresar activamente en un epitelio íntegro, pero éstas son en general excepciones. Aunque ésto es clásicamente así descrito, en nuestra experiencia no es frecuente que los pacientes refieran un antecedente traumático directo, pero es probable que en la mayor parte de los casos este haya existido.

Dr. Fonte:

Me gustaría agregar que no sólo los antecedentes pueden ser traumáticos directos en el ojo, sino que alguna solución de continuidad en el epitelio pueda ser la vía de entrada de los microorganismos; no es raro encontrar infecciones bacterianas en queratitis bulosa, queratitis por exposición y ojo seco; en los que generalmente se aísla estafilococo.

Dra. Mier:

A lo señalado cabría agregar también que el uso de esteroides, de lentes de contacto, inmunodepresores, drogadicción y alcoholismo pueden ser factores predisponentes.

Dr. Graue:

Permítanme voltearles entonces la pregunta. ¿Cómo se explica pues, que la córnea no tenga más infecciones bacterianas si por otra parte existe una gran patología conjuntival y la córnea no tiene mayores elementos de defensa celular?

Dr. Carrasco:

El epitelio es una barrera importante; ya se señaló que es resistente a la mayor parte de los gérmenes. A ello hay que agregar la lágrima y sus posibles efectos bacterioestáticos y el parpadeo, estos dos elementos ayudan a que las bacterias no se adhieran al epitelio y penetren en la córnea.

Dr. Graue:

Ya que estamos en este punto me gustaría conocer la frecuencia con que ustedes ven úlceras bacterianas en pacientes que padecen de ojo seco.

Dr. Fonte:

Yo veo con frecuencia conjuntivitis bacterianas asociadas a ojo seco, pero en realidad rara vez veo úlceras y/o abscesos bacterianos. También es cierto que cuando un ojo seco presenta una úlcera bacteriana la evolución de ésta es generalmente desastrosa.

Dr. Hernández:

Yo creo que la mala evolución que presentan los ojos secos en presencia de una infección bacteriana, como son los casos de ojo seco por pénfigo o Stevens Johnson se deben a que tienen una predisposición a destruir colágena y a un mal estado conjuntival al que obviamente, como ya se señaló, se agrega la presencia de un ojo seco.

Dr. Carrasco:

Yo, a diferencia de lo que señala el Dr. Fonte, encuentro que no es raro que los pacientes que acuden a control por ojo seco en nuestro servicio presenten eventualmente alguna ulceración bacteriana.

Dr. Fonte:

Bueno, los pacientes con ulceraciones y ojo seco son frecuentes, pero estamos hablando de infecciones bacterianas y no de procesos asépticos.

Dr. Carrasco:

Es precisamente a las úlceras bacterianas a las que me refería, yo las veo con gran frecuencia.

Dra. Mier:

Por esta eventual asociación de ojo seco y úlceras bacterianas y la mala evolución de éstas yo sugeriría que en adición a los medicamentos de sostén, sería conveniente agregar algún bacterioestático de amplio espectro en forma tópica como parte del control de estos pacientes.

Dr. Graue:

¿Todos ustedes manejan en el ojo seco antibióticos tópicos?

Dr. Fonte:

No, nunca.

Dr. Carrasco:

Yo tampoco.

Dr. Graue:

Quisiera preguntarles: ¿Con qué frecuencia ven la asociación de blefaritis ulcerativa con úlceras bacterianas y/o abscesos periféricos en córnea?

Dr. Fonte:

Con gran frecuencia, quizá ésta sea la ulceración más frecuente. Pequeñas úlceras y/o abscesos inferiores periféricos es lo común; se supone que estos son debidos a la presencia del estafilococo. Pero en realidad no representan un mayor problema de manejo. Eliminar la blefaritis y algún antibiótico de amplio espectro asociado o no a esteroides eliminan estos problemas rápidamente y rara vez dejan secuelas que alteren la visión. No es raro, inclusive, encontrar estos mismos datos, úlceras periféricas y microabscesos producidos por estafilococo, aún en ausencia de blefaritis.

Dr. Graue:

¿Estamos todos de acuerdo con el pronóstico de este tipo de ulceraciones periféricas?

Dr. Hernández:

Me da gusto oír el optimismo del Dr. Fonte. En mi experiencia, si bien es cierto que estas ulceraciones ceden fácilmente, hay que señalar que tienen con frecuencia a recaer y en estos pacientes se va haciendo recurrente este problema.

Dr. Fonte:

Sí, pero se les vuelve a quitar y no causan problemas de manejo, rara vez causan baja visión.

Dr. Hernández:

Existen clasificaciones de este tipo de ulceraciones: la forma aguda como manifestación tóxica en forma de microabscesos se cura fácilmente con esteroides o sin ellos; pero existen formas crónicas en que la ulceración se hace tórpida y puede causar problemas de manejo. A estos pacientes hay que insistirles mucho en su aseo palpebral, lo que no siempre veo tan fácil. Hay por cierto

que tomar en cuenta que estas manifestaciones periféricas en córnea pueden estar asociadas a focos infecciosos cercanos donde tal vez las manifestaciones se hayan producido en forma endógena y su manejo no sea sencillo. Esto hay que tomarlo en cuenta.

Dr. Graue:

Al parecer todos estamos de acuerdo en que el estafilococo es el germen causal más frecuente de las ulceraciones. Quisiera preguntarles: ¿Para ustedes existe una forma clínica de úlcera que al verla el oftalmólogo pueda decir que se trata de un estafilococo, de una pseudomona o de una klebsiella, etc.?

Dr. Carrasco:

Bueno, ante una úlcera como las que se han descrito: periférica, con abscesos pequeños y en presencia de blefaritis, uno puede pensar que se debe a un estafilococo, pero si el proceso es central, con hipopion y gran exudación, el diagnóstico clínico se hace más difícil, en este tipo de ulceraciones hemos encontrado estafilococo, neumococo y otros gérmenes. En ellas la ayuda del laboratorio es indispensable para poder determinar el agente causal.

Dr. Hernández:

No creo que se pueda ver sólo desde el punto de vista del aspecto clínico; hay siempre que tomar en cuenta datos asociados como pueden ser la presencia o no de blefaritis, focos endógenos, antecedentes traumáticos, etc. No, yo no me empeñaría en un diagnóstico sólo por el aspecto.

Dr. Graue:

Ma. Elena: Si tienes una córnea con antecedente traumático de dos a tres días de evolución y ves un proceso bacteriano en córnea con gran necrosis que estando en antibioticoterapia tiende a progresar rápidamente, ¿dirías que se está comportando como alguna bacteria en especial?

Dra. Mier:

Sí, así como lo planteas yo pensaría en algún germen gram negativo y mi primer pensamiento sería la pseudomona. Quisiera agregar que si tienes un proceso ulceroso central, pequeño, oval, con escaso infiltrado de evolución más lenta, de bordes más o menos regulares, yo pensaría inicialmente en algún germen gram positivo. Pero si tienes una úlcera central con abundante necrosis, gran infiltrado periférico, de progresión rápida, de bordes irregulares y que tiende a la perforación, yo me inclinaría, como dije, a un gram negativo y mi primer pensamiento en estos casos sería de como ya dije una pseudomona.

Dr. Graue:

¿Qué piensas de esto, Dr. Carrasco?

Dr. Carrasco:

Estoy básicamente de acuerdo con lo expresado en las características de gram positivo y de gram negativo; aunque insisto, el laboratorio tiene la última palabra; el aspecto es clínico, pero nunca definitivo.

Dr. Graue:

¿Dr. Hernández?

Dr. Hernández:

Hay algunos otros datos orientadores: si se trata de un niño o de un adulto inclusive, con abundante secreción purulenta y ulceración corneal, habría que pensar en un gonococo. Las úlceras, como ya se dijo, pequeñas, centrales, ovals, de bordes bien definidos y con la córnea vecina clara son generalmente cocos gram positivos; señalando que el neumococo es un poco más agresivo y más rápido y con frecuencia presenta la ulceración con hipopion, mientras que las pseudomonas como se decía, desde estadios tempranos, aun cuando la úlcera sea pequeña, tiene alrededor de ella un gran infiltrado inflamatorio y la córnea se observa edematosa inclusive en la periferia.

Dr. Graue:

Podríamos concluir entonces que existen algunos datos sugestivos de etiología; sin embargo podríamos estar de acuerdo al decir que cualquier bacteria o cualquier hongo o inclusive algunas formas herpéticas complicadas puedan dar origen a cualquier imagen ulcerativa? Dr. Fonte, Dra. Mier?

Dr. Fonte:

Sí, puede ser cualquier agente causal.

Dra. Mier:

Sí, la imagen es sugestiva, pero nunca definitiva.

Dr. Graue:

Dra. Mier, ante una úlcera en la que has sospechado un agente infeccioso, ¿cuál es tu conducta?

Dra. Mier:

Si cuenta uno con un laboratorio relativamente confiable y con gente experta creo que es criminal no tomar al menos un frotis de la lesión que nos oriente a pensar si se trata de cocos gram positivos o gram negativos, esto permitirá inicialmente un tratamiento razonable.

Estos frotis deben hacerse con una espátula de kimura hecha de platino, esta espátula tiene la ventaja de que se esteriliza en calor y se enfría rápidamente, también puede realizarse con una navaja de bisturí, con ella se raspa suavemente el nicho ulceroso y sus márgenes. Nosotros ponemos este material en al menos tres laminillas aprovechando el momento para sembrar en medio de cultivo.

Dr. Graue:

¿Es este el mismo procedimiento que ustedes usan?

Dr. Carrasco:

Sí, es básicamente el mismo; las laminillas las teñimos con gram, giemsa y KOH. Sembramos en las diferentes placas de agar, tioglicolato y sabouraud.

Dr. Graue:

¿Qué porcentaje de imágenes positivas tiene?

Dra. Mier:

Precisamente estábamos revisando el Dr. Hernández y yo una serie de 87 úlceras bacterianas en las cuales encontramos que la tinción demostró gérmenes en un 70% y el cultivo reportó crecimiento en nuestras siembras, en el 50% de los casos.

Dr. Graue:

¿Qué tanto coincidieron el frotis con el cultivo, es decir, si el frotis reportaba gram positivo, qué porcentaje resultó ser en el crecimiento gram positivo?

Dra. Mier:

Yo diría que en la mayoría de los casos, aunque el dato exacto no lo tengo.

Dr. Carrasco:

Mi experiencia es similar, pero hay veces y yo diría que no pocas, en que me reportan gram positivos y cultivan gram negativos y viceversa.

Dr. Hernández:

Sí, no es raro que esto suceda; yo agregaría que en nuestra experiencia cuando el cultivo resultó ser gram positivo siempre el frotis fué gram positivo. En los frotis gram negativos los resultados de cultivo no fueron muy consistentes. Eventualmente en la tinción se observan cocos gram positivos que en el cultivo resultaron ser gram negativos, pero no recuerdo un cultivo gram positivo que en el frotis no haya sido gram positivo.

Dr. Fonte:

No. Yo no tengo mayor experiencia en cultivos, pero en frotis sí la tengo y la frecuencia, sin tener el dato exacto de que en los frotis aparezcan gram positivos o gram negativos, me parece no ser muy alta. Es importante señalar que hay que pensar que el proceso pueda ser bacteriano, para teñir y encontrar bacterias; en las dos últimas semanas hemos visto cuatro úlceras bacterianas, no se si es porque venía a este taller y hemos estado pensando en ello. Yo más bien creo que son más frecuentes en ciertas épocas y estamos viviendo una de ellas.

Dr. Graue:

¿Cómo inicias el manejo médico de una úlcera?

Dra. Mier:

El resultado del frotis lo tengo generalmente en media hora e inicio medicación dependiendo si son gérmenes gram positivos o gram negativos. Si el frotis no define nada y la úlcera es de moderada a severa, lo inicio sabre la apariencia clínica del proceso ulceroso, intentando un tratamiento orientado.

Ahora, si la úlcera es pequeña y el frotis se me reporta inicialmente como negativo y el paciente está recibiendo medicación para su problema como es en la mayor parte de los casos que vemos, suspendo todo medicamento por 48 horas

y repito el frotis y el cultivo en la segunda visita. Es entonces cuando inicio mi tratamiento.

Dr. Graue:

¿Estamos de acuerdo el resto del panel con este esquema de abordaje?

Dr. Carrasco:

Sí, de acuerdo; en mi hospital las cosas no suelen ser tan rápidas y a veces los resultados del frotis en el laboratorio no están sino hasta después de 24 hrs.; en estos casos inicio tratamiento sobre la apariencia clínica de la úlcera y lo modifico o no de acuerdo a la evolución y a los resultados del frotis y el cultivo.

Dr. Fonte:

Yo también estoy de acuerdo con el esquema, pero esto es para quienes trabajamos en un hospital. Pero quizá deberíamos abordar esto de una manera diferente. ¿Qué hacer cuando no tenemos posibilidades de hacer un frotis o de hacer una citología?; como sucede en la mayor parte de los que están aquí presentes, ¿qué hacer en estos casos?

Dr. Graue:

Muy bien, veámoslo pues así. ¿Qué manejo sugerirían cuando no se puede hacer frotis y cultivos, o peor aún, cuando los frotis y cultivos no reportan nada y estamos ante un paciente que sufre de una ulceración bacteriana? Anselmo: ¿quieres iniciar tú?

Dr. Fonte:

Depende del tipo de úlcera y de su evolución. Si por los datos que ya comentamos me oriento a pensar que se trata de un problema bacteriano y es una úlcera central, no importando su morfología (oval o difusa), yo iniciaría con gentamicina tópica, una gota cada media hora y lo observaría. Se que un esquema actual propuesto es el combinarlo con cefalosporina, pero no tengo mayor experiencia en ello y lo cierto es que con gentamicina sola, la mayor parte de las úlceras van bien.

Dr. Hernández:

Así como has planteado el problema yo iniciaría también con gentamicina tópica combinada con cefalosporina tópica de acuerdo al esquema de Baum, el cual pienso se debe proporcionar a los asistentes; también agregaría una aplicación subconjuntival de gentamicina cada 24 hrs. Con este esquema me ha ido muy bien.

Dr. Carrasco:

Nosotros básicamente hacemos lo mismo, en los casos severos agregamos penicilina sistémica.

Dra. Mier:

Yo también en adición a lo señalado por el Dr. Hernández, uso la vía intravenosa en los casos severos.

Dr. Graue:

Creo que podríamos resumir que un esquema aceptable, para úlceras de etiología desconocida, sería gentamicina más cefalosporinas tópicas y que dependiendo de la gravedad se podría o no usar una aplicación subconjuntival. De esta manera creo que también ya insinuamos cómo sería el manejo de una úlcera que presenta en el frotis cocos gram positivos, se ha señalado que se usarían cefalosporinas en forma tópica o asociada tal vez a alguna gentamicina, también con la misma vía de aplicación.

¿No es así?

Dr. Hernández:

Sí, de acuerdo.

Dra. Mier:

Sí, de acuerdo.

Dr. Graue:

Creo que cabría también aclarar que las cefalosporinas se usan porque en la mayor parte de los casos afectados por cocos gram positivos, están producidos por estafilococo dorado penicilino-resistente y la cefalotina o la dicloxaciclina son específicos para ello. Creo que cuando estamos hablando de las úlceras de origen desconocido, se insinúa también que el manejo para los gram negativos sería con gentamicina tópica y/o subconjuntival. ¿O alguien maneja otra cosa? ¿Quiénes de ustedes han manejado la tobramicina?

Dra. Mier:

Yo no tengo experiencia en el manejo de la tobramicina; esta se menciona como un medicamento ideal para los gram negativos resistentes a la gentamicina, en estos casos la tobramicina se puede diluir de acuerdo al esquema de Baum.

Dr. Fonte:

¿Dónde está este esquema? Creo que sería conveniente darlo a conocer.

Dr. Graue:

Quien tenga interés en el podrá consultarlo al final del taller y de ser posible lo publicaremos. Me gustaría cambiar de tema. ¿Cuándo piensan ustedes que es de origen micótico?

Dra. Mier:

Bueno, esto siempre hay que tenerlo en mente cuando existe el antecedente de un trauma con vegetales y estamos en presencia de una úlcera de más o menos de larga evolución. La morfología de esta se caracteriza por úlceras de bordes irregulares, levantados e infiltrados periféricos; se menciona como típico las lesiones satélites. La presencia o no de hipopion depende más bien del tiempo de evolución. Con estos datos y esta morfología está uno obligado a pensar en hongos e instruir al laboratorista que los busque.

Dr. Hernández:

Sí, es frecuente el antecedente de trauma vegetal, pero no solamente éste, sino trauma a la córnea con tierra, administración prolongada de esteroides, pacientes inmunodeprimidos, etc. A lo señalado por la Dra. Mier, me gustaría agregar un infiltrado blanquecino que frecuentemente se observa en el nicho ulceroso.

Dr. Graue:

Se dice que la evolución de una queratomycosis es siempre larga. ¿Estamos de acuerdo con esto?

Dr. Hernández:

No; nosotros tenemos casos de evolución rápida particularmente con el fusarium, en algunas de ellas en cuatro días se nos ha llegado a perforar la córnea.

Dr. Fonte:

Yo no estoy de acuerdo con esto; en todos los casos que yo conozco siempre existe la historia de una evolución larga, tal vez a los casos del Dr. Hernández se le han llegado a perforar en cuatro días, pero la evolución anterior a que él los revisara estoy seguro de que fué prolongada. Quiero agregar que más que la imagen clínica es la evolución y los antecedentes los que nos obligan a pensar en estos problemas.

Dr. Graue:

Si se sospecha una úlcera por hongos, creo que la citología es obligada. Si en el frotis les reporta hifas o esporas, ¿cómo lo manejan?

Dr. Hernández:

Nosotros usamos pimafulin que es un preparado dermatológico conteniendo pimarcina y lo usamos en primera instancia, aunque no sea preparado especialmente para uso oftálmico.

Dr. Fonte:

Yo los tengo con anfotericina B diluida, no recuerdo la forma en que lo diluímos, la administración en forma tópica cada dos horas durante el día.

Dr. Carrasco:

Nosotros tenemos afortunadamente pocos casos. En los que me ha tocado intervenir, no hemos conseguido la anfotericina y no tenemos experiencia con el uso de pimafulin, por lo que nos hemos limitado a usar la nistatina diluida en forma tópica con resultados variables.

Dr. Graue:

Creo que vale la pena aclarar a la audiencia que la pimarcina es un antimicótico relativamente nuevo, que ha demostrado en su aplicación ser el más efectivo y de mayor espectro. Desgraciadamente en el mercado no existe. Si mal no recuerdo hace un par de años en la Academia Americana de Oftalmología, Laboratorios Alcon lo iba a sacar al mercado. Desgraciadamente aún no lo tenemos en México, pero creo sea una buena idea el uso de pimafulin. ¿Qué tan tóxico es y cómo lo usan?

Dra. Mier:

Se aplica en forma de ungüento cuatro veces al día, irrita algo la conjuntiva, pero no es demasiado tóxico; sin duda su penetración en esta preparación es pobre pero brinda buenos resultados.

Dr. Graue:

Creo que vale la pena señalar que cuando el proceso es incipiente, superficial y localizado, una queratectomía superficial como excisión-biopsia da magníficos resultados. ¿No lo creen así?

Dr. Hernández:

Sí, si el proceso es pequeño y localizado.

Dr. Graue:

Cambiando de tema, ¿en qué momento del proceso ulceroso manejarían esteroides tópicos?

Dr. Fonte:

Yo diría que en las pequeñas úlceras bacterianas periféricas y en abscesos periféricos, manifestaciones inmunes del estafilococo; se pueden emplear con magníficos resultados.

Por otra parte, en la evolución misma de una úlcera hay un momento en que la infiltración periférica, respuesta del huésped a la agresión, es mayor que el proceso ulceroso y si este se ha reducido de tamaño, se puede considerar el uso de esteroides.

Dr. Carrasco:

En general yo no los manejo en presencia de ulceración, tal vez si es un absceso periférico pueda estar indicado.

Dra. Mier:

En general no los uso, aunque eventualmente lo he hecho en casos como los que señalaba el Dr. Fonte, pero siempre que sea posible prefiero esperar a la epitelización.

Dr. Graue:

Bueno, vamos a pensar que en una úlcera hicieron su frotis, su cultivo, ambos coincidieron, iniciaron terapéutica, pero la úlcera empeora, cambiaron por terapéutica más específica, pero el proceso aún continúa y se ha ido profundizando gradualmente, ¿qué harían?

Dr. Fonte:

En casos como el que planteas, la úlcera se llega a esterilizar. La continuidad en el proceso ulcerativo y necrótico se debe más a la actividad líticas de los subproductos de la respuesta inmune o de los de las mismas bacterias como

en los casos de la pseudomona. Ahora bien, de que qué hago, pues me pongo a llorar, hay poco qué hacer. Se pone un lente y la úlcera por debajo de él se puede perforar; en mi experiencia esto sucede más con las bacterias que con los hongos, estos últimos responden mejor a los recubrimientos. Quizá en estos casos lo mejor sea un trasplante corneal.

Dr. Graue:

¿Qué haces si no tienes una córnea disponible?

Dr. Fonte:

¡Ah!, pues se los mando a ustedes.

Dra. Mier:

No, no son los mejores casos para operar, yo les haría primero un recubrimiento conjuntival.

Dr. Hernández:

Yo pienso como Anselmo. Muchas de estas úlceras son procesos necróticos que se perpetúan a sí mismos. Yo les pondría un adhesivo tisular y un lente de contacto o recubrimiento conjuntival y esperaría un tiempo para practicar un injerto.

Dr. Fonte:

Sí, yo haría dos distinciones de estos procesos que no mejoran. Las úlceras con actividad bacteriana que no responden bien al tratamiento, evolucionan bien con un recubrimiento conjuntival. Pero las otras, a las que nos referimos el Dr. Hernández y yo, aquellas que fueron úlceras bacterianas que ya son estériles y continúan con un proceso lítico no van bien con los recubrimientos y se terminan perforando aún por debajo de ellos. No quiere decir que no se intente, pero no dan buenos resultados.

Dr. Carrasco:

En mi caso es distinto, yo sí prefiero hacer un trasplante en lesiones como las que se señalan, si es que ésta lo permite por su localización. Si la lesión es muy periférica, prefiero no intentar un trasplante y probablemente haría un recubrimiento conjuntival. Debo decir que la mayoría de estos trasplantes se opacan en estos casos, el trasplante no tiene una finalidad óptica, es más bien un injerto terapéutico.

Dr. Graue:

Ma. Elena, muy brevemente nos quisieras decir qué pasos sigues para obtener un colgajo útil y viable?

Dra. Mier:

En general, yo señalaría primero: hacer un colgajo amplio pediculado o bipediculado, denudar el área que va a ser cubierta, ya sea con navaja o con alcohol, una disección fina para dejar una conjuntiva libre de tenon que deslice bien y tallar un surco corneal superficial de longitud suficiente para fijar bien el colgajo, esta fijación debe ser con seda 8-0 o nylon 10.0.

Dr. Graue:

¿Al resto del panel brevemente, alguna variable importante?

Dr. Fonte:

A mí me gusta hacerlo con todo y tenon, para lo cual hago una peritomía de 360° con una incisión a las 3 y a las 9, a estos dos colgajos los desplazo sobre la córnea. En mis manos es útil, duradero y resistente.

Dr. Carrasco:

Yo lo hago igual que Ma. Elena.

Dr. Hernández:

Para mí es importante la disección delgada para que la nutrición llegue directamente a la córnea.

Dr. Graue:

Everardo, tú mencionabas que en casos de gran necrosis tisular son útiles los adhesivos tisulares, nos quisieras comentar más acerca de ello?

Dr. Hernández:

Sí, se hace un raspado alrededor del sitio que se va a tratar, se seca y se pone una pequeña cantidad del adhesivo; esto lo hacemos con una micropipeta, se deja que se seque y se cubre con un lente o con un colgajo conjuntival.

Dr. Graue:

Creo que hay que apuntar que estos cianoacrilatos son especiales no son "Kola loka", deben ser productos de degradación lenta, como lo es el histoacryl. La "Kola loka" es muy tóxica para la córnea.

Dr. Fonte:

Yo he usado la "Kola loka" con no malos resultados, resolviendo el problema del paciente, aunque debo reconocer que es muy irritante. Nosotros no contamos con adhesivos especiales; la "Kola loka" es irritante, pero hay que tomar en cuenta que a estos pacientes no se les puede ofrecer mayor cosa. Es una buena opción.

Dr. Graue:

Yo les quisiera comunicar una experiencia personal reciente. En ojos perforados o por perforarse con gran extensión de la lesión he venido practicando injertos tectónicos parciales de esclera cuando la lesión lo permite o penetrantes en casos de falta de tejido. Da buenos resultados, ayudan a conservar el ojo y ayudan también a esperar la posibilidad futura de un trasplante óptico.

Dr. Fonte:

¿Cómo preservas la esclera?

Dr. Graue:

Se conserva en glicerina durante seis meses o un año, y es muy útil para estos casos.

Dr. Graue:

¿Algún comentario de los asistentes?

Dr. Salazar:

Si hemos tenido la experiencia de manejar úlceras por pseudomonas, en lactantes menores desnutridos, en los cuales el proceso tiende a ser más rápido y a perforarse el ojo en 24 horas. En algunos de los casos el ojo puede funcionar como foco primario con tendencia a la diseminación, por lo que estos niños suelen caer en septicemia por pseudomonas. Tenemos cuatro o cinco estudios postmortem en ellos. Por esta razón estamos manejando como terapéutica inicial en estos pacientes antibiotioterapia con garamicina intravenosa.

Dr. Graue:

¿Algún comentario al respecto?

Dr. Fonte:

Yo hace mucho tiempo que no veo casos como estos, pero recuerdo algunos casos pediátricos desastrosos.

Dr. Graue:

Gracias por su experiencia, Dr. Salazar, es muy valiosa.

Quisiéramos dejar en el ánimo que la terapéutica intravenosa pudiera estar indicada en los casos como los que el Dr. Salazar plantea, más como un manejo preventivo a la diseminación séptica que como un proceso terapéutico a la úlcera corneal, recordando que la córnea no participa de la circulación sistémica. Muchas gracias.

Dr. Graue:

Muchas gracias estimados miembros del panel, por su participación. Muchas gracias a todos ustedes por su asistencia.