

# Resección de la conjuntiva como tratamiento de la queratoconjuntivitis límbica superior: informe de tres casos

Mauricio Vélez Fernández<sup>1</sup>, Gloria Isabel Salazar Martínez<sup>2</sup>, Julio César Montoya Ramírez<sup>3</sup>

## RESUMEN

Raramente se informa la queratoconjuntivitis límbica superior en Medellín, Colombia, donde se la subdiagnostica o a menudo se la confunde con otras enfermedades como el síndrome de ojo seco. Presentamos los casos de tres mujeres con esta enfermedad tratadas exitosamente con la resección de una parte de la conjuntiva bulbar superior y la cápsula de Tenon subyacente, con lo que se logró mejoría de los síntomas irritativos y de la apariencia estética. Hacemos énfasis en la necesidad de sospechar clínicamente esta enfermedad y en su tratamiento quirúrgico.

## PALABRAS CLAVE

*Conjuntiva; Informes de Casos; Queratoconjuntivitis*

## SUMMARY

**Conjunctival resection as management of superior limbic keratoconjunctivitis: report of three cases**

Superior limbic keratoconjunctivitis is rarely reported in Medellín, Colombia, where it is underdiagnosed or often mistaken for other diseases such as the dry eye syndrome. We present the cases of three women with this disease who were successfully managed with resection of a portion of the superior bulbar conjunctiva and the underlying Tenon's capsule; improvement was achieved of the irritative symptoms and the cosmetic appearance. We emphasize on the need for clinical suspicion of this disease and on its surgical management.

## KEY WORDS

*Case Reports; Conjunctiva; Keratoconjunctivitis*

---

<sup>1</sup> Oftalmólogo, supraespecialista en córnea y segmento anterior. Profesor, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia y Universidad CES, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Residente de tercer año de Oftalmología, Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Residente de segundo año de Oftalmología, Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Gloria Isabel Salazar Martínez; atabel@hotmail.com

Recibido: junio 10 de 2011

Aceptado: agosto 21 de 2011

## INTRODUCCIÓN

La queratoconjuntivitis límbica superior (QLS) es una enfermedad de la superficie ocular de etiología desconocida, que se caracteriza por marcada inflamación de la conjuntiva bulbar superior y por una fina tinción punteada de la córnea limbar superior y la conjuntiva bulbar adyacente (1).

Se ha descrito una multitud de tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos para la QLS, entre los que se pueden citar: termocauterío, quimocauterío, resección conjuntival, oclusión puntal, aplicación tópica de suero autólogo, ciclosporina A tópica, toxina botulínica y vitamina A tópica (2).

En Medellín, Colombia, la QLS es una enfermedad infrecuente, de escasa mención en la literatura, cuya etiología definitiva y tratamiento de elección aún están por definir. Presentamos los casos de tres mujeres con QLS fallidamente tratadas con el diagnóstico de síndrome de ojo seco y queratoconjuntivitis alérgica, cuyos síntomas mejoraron con el tratamiento quirúrgico de la queratoconjuntivitis límbica superior.

### Caso 1

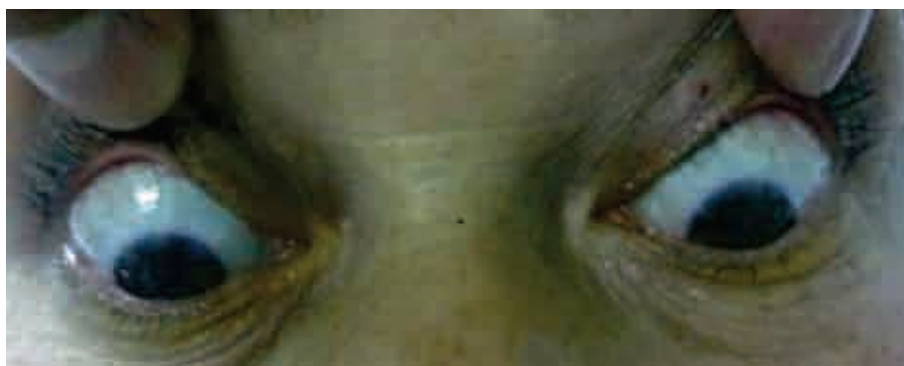
Mujer de 38 años de edad, remitida a la consulta de córnea con diagnóstico presuntivo de ojo seco, quien venía siendo tratada con carboximetilcelulosa al 0,5% cada 4 horas y ciclosporina tópica al 0,05% durante aproximadamente seis meses sin mejoría. Al interrogarla, manifestaba ardor, sensación de cuerpo extraño y lagrimeo en ambos ojos; al examen oftalmológico se encontraron agudeza visual de

20/30 en ambos ojos, conjuntiva bulbar superior edematizada e hiperémica y queratitis filamentosa (figura 1); tanto el test de Schirmer como el BUT (por la sigla en inglés de *break up time*) estaban acortados en ambos ojos. No había hallazgos patológicos en la cámara anterior ni en el segmento posterior ocular. No existían antecedentes sistémicos de importancia, pero, al interrogarla nuevamente, refirió temblor distal e insomnio por lo que fue remitida al Servicio de Endocrinología. Luego de los exámenes pertinentes, se hizo diagnóstico de hipertiroidismo y se le prescribió tratamiento con tiamazol 40 mg/día.

Además del tratamiento oftalmológico previo se le implantaron taponos definitivos de silicona en los puntos lagrimales, pero a pesar del tratamiento intensivo con lubricantes persistieron los síntomas y no hubo mejoría de los hallazgos clínicos descritos, por lo que se decidió el tratamiento quirúrgico: bajo anestesia local, se resecó una zona de 5 mm de la conjuntiva bulbar superior desde las 10 a las 2 del reloj, incluyendo la cápsula de Tenon subyacente. Se suturó con Nylon 10-0 y en el postoperatorio se le aplicaron tobramicina/dexametasona en solución oftálmica y carboximetilcelulosa al 0,5% cada 4 horas; se suspendió la ciclosporina tópica. Pasados 10 días de la cirugía, la paciente informó mejoría de los síntomas y a la biomicroscopía se encontraron ambos ojos sin congestión conjuntival, sin filamentos en la córnea ni tejido conjuntival redundante. Tras dos años de seguimiento, la paciente no ha presentado recurrencia de los síntomas de ojo seco, ni hallazgos significativos al examen físico (figura 2).



**Figura 1.** Conjuntiva bulbar superior edematizada e hiperémica, con queratitis filamentosa en ambos ojos



**Figura 2.** Dos años postoperatorio: nótese en ambos ojos las conjuntivas sanas, sin hiperemia ni queratitis filamentosa

### Caso 2

Mujer de 38 años de edad sin antecedentes de importancia. Remitida a la consulta de córnea por la presencia de filamentos corneales y algunas papilas en la conjuntiva tarsal, con impresión diagnóstica de queratoconjuntivitis alérgica, tratada tópicamente con cromoglicato de sodio al 4% cuatro veces al día y carboximetilcelulosa al 0,5% cuatro veces al día sin mejoría. Refería síntomas como ojo rojo, prurito, sensación de cuerpo extraño, ardor y fotofobia. Al examen oftalmológico se encontraron agudeza visual de 20/30 sin corrección en ambos ojos, papilas finas en la conjuntiva tarsal superior, congestión conjuntival superior importante y filamentos que afectaban la tercera parte superior de la córnea.

Se hizo diagnóstico de queratoconjuntivitis límbica superior por lo que se decidió ocluir los puntos lagrimales inferiores con tapones de silicona, suspender el cromoglicato y adicionar ciclosporina al 0,5%. Al mes de comenzar dicho tratamiento la paciente no presentaba mejoría de sus síntomas ni de los hallazgos al examen biomicroscópico por lo que se decidió la intervención quirúrgica con resección de la conjuntiva y la cápsula de Tenon superior en ambos ojos. Los exámenes paraclínicos que incluyeron T4 y TSH fueron normales.

Al mes de la resección la paciente presentaba mejoría total de sus síntomas y habían desaparecido la congestión conjuntival y los filamentos.

### Caso 3

Mujer sin antecedentes sistémicos de importancia que consultó por síntomas de ojo rojo y fotofobia sin otras manifestaciones. Al examen oftalmológico se halló agudeza visual de 20/20 con corrección; a la biomicroscopía presentaba congestión de vasos conjuntivales circunscrita a la parte superior de la conjuntiva bulbar, la cual estaba además engrosada y con plegamiento sobre sí misma desencadenado por el parpadeo.

La córnea no presentaba alteraciones y el resultado del test de Schirmer con anestesia fue de 16 mm en ambos ojos. La evaluación tiroidea fue normal; luego de plantear el diagnóstico de queratoconjuntivitis límbica superior, se decidió hacer tratamiento quirúrgico al asociar una importante conjuntivochalasis superior como causa mecánica de la misma. Al mes postoperatorio los síntomas habían desaparecido por completo y la superficie ocular no presentaba hallazgos de importancia.

### DISCUSIÓN

La queratoconjuntivitis límbica superior fue descrita por primera vez por Theodore en 1963 (3). Es una enfermedad infrecuente, caracterizada por remisiones y exacerbaciones (4). Afecta predominantemente a mujeres entre 30 y 55 años de edad, es de curso prolongado y crónico, compromete los dos ojos,

pero usualmente uno de ellos está más afectado que el otro, los síntomas típicos son irritación, ardor, ojo rojo doloroso, sensación de cuerpo extraño, blefaroespasma y secreción mucosa (5). Debido a que los síntomas son similares a los del síndrome de ojo seco, es importante hacer un adecuado diagnóstico diferencial entre las dos entidades (6).

Clínicamente se caracteriza por inflamación de la conjuntiva bulbar y tarsal superior, con dilatación de los vasos sanguíneos conjuntivales superiores, reacción papilar, tinción punteada, filamentos en la córnea superior y conjuntiva bulbar superior redundante (7).

La patogénesis aún no está clara, pero se han propuesto etiologías mecánicas, infecciosas, inmunológicas e idiopáticas (5). Wilson y Ostler propusieron en 1987 la hipótesis mecánica (8). Wright sugirió que la hipótesis mecánica conducía a la queratinización y acantosis del epitelio conjuntival; esta hipótesis consiste en que la irritación ocular se produce por el aumento de la presión del párpado superior contra el globo ocular y/o incremento de la motilidad de la conjuntiva bulbar superior por envejecimiento o disfunción tiroidea (9). El aumento de la presión del párpado superior puede ser por enfermedad tiroidea o por inflamación crónica que lleva a una mala distribución de las células epiteliales de la conjuntiva (2). Otra causa propuesta es la deficiencia de las lágrimas localizada en la conjuntiva superior que puede dar lugar a fricciones anormales entre el párpado superior y el limbo corneal superior, causando irritación e interfiriendo con el suministro de los componentes esenciales de las lágrimas en la conjuntiva bulbar superior (1). Nelson en 1989 reportó en biopsias de conjuntiva bulbar superior, queratinización del epitelio y acantosis con células epiteliales edematosas en diversos estadios de degeneración (7). En varios especímenes de biopsias de la conjuntiva tarsal superior de pacientes con queratoconjuntivitis límbica superior, se ha encontrado infiltración de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas (5).

Se han reportado varias modalidades de tratamiento, entre ellas: aplicación local en la conjuntiva palpebral y bulbar superior de nitrato de plata al 0,5%-1%, N-acetilcisteína tópica, corticosteroides tópicos, cromoglicato de sodio tópico, Iodoxamida

trometamina, ketotifeno fumarato, parches compresivos, vendaje con lentes de contacto amplios, colirio con vitamina A, suero autólogo, tapones de puntos lagrimales, resección y termocauterización de la conjuntiva bulbar superior, ciclosporina A tópica (5), inyección supratarsal de triamcinolona (4), crioterapia con nitrógeno líquido (10), resección conjuntival con injerto de membrana amniótica (11), resección conjuntival combinada con escisión de la cápsula de Tenon (7) y suturas de fijación conjuntival (12).

La resección de la conjuntiva bulbar superior con escisión de la cápsula de Tenon provee varios beneficios: primero, remueve la conjuntiva afectada, incluyendo el epitelio bulbar queratinizado, para eliminar la estimulación mecánica entre la superficie rugosa de dicho epitelio y la conjuntiva palpebral oposicional. Segundo, al eliminar la conjuntiva bulbar superior redundante, puede redistribuir la película lacrimal inestable. Entre las desventajas asociadas a este procedimiento, se han descrito la recurrencia de los síntomas y signos debida a una resección conjuntival insuficiente y la dificultad para hacer una cirugía filtrante si fuera necesaria en un futuro (7).

Muchos factores ambientales, hormonales y patológicos favorecen una alta prevalencia del síndrome de ojo seco en Medellín, Colombia, lo que lleva, como en el primer caso reportado en este artículo, a la generalización de su tratamiento. La queratoconjuntivitis límbica superior es una enfermedad infrecuente en nuestra población y puede ser subdiagnosticada. Presentamos estos casos de nuestra consulta, en los que se hizo inicialmente un tratamiento médico sintomático de la enfermedad y se investigaron las enfermedades asociadas, pero enfatizamos en el tratamiento quirúrgico definitivo con resección de la conjuntiva bulbar superior y la cápsula de Tenon, por sus excelentes resultados clínicos y el bajo riesgo de complicaciones y recurrencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goto E, Shimmura S, Shimazaki J, Tsubota K. Treatment of superior limbic keratoconjunctivitis by application of autologous serum. *Cornea*. 2001 Nov;20(8):807-10.

2. Watson S, Tullo AB, Carley F. Treatment of superior limbic keratoconjunctivitis with a unilateral bandage contact lens. *Br J Ophthalmol*. 2002 Apr;86(4):485–6.
3. Theodore FH. Superior limbic keratoconjunctivitis. *Eye Ear Nose Throat Mon*. 1963 Jan;42:25–8.
4. Shen Y-C, Wang C-Y, Tsai H-Y, Lee Y-F. Supratarsal triamcinolone injection in the treatment of superior limbic keratoconjunctivitis. *Cornea*. 2007 May;26(4):423–6.
5. Sahin A, Bozkurt B, Irkec M. Topical cyclosporine a in the treatment of superior limbic keratoconjunctivitis: a long-term follow-up. *Cornea*. 2008 Feb;27(2):193–5.
6. Chun YS, Kim JC. Treatment of superior limbic keratoconjunctivitis with a large-diameter contact lens and Botulium Toxin A. *Cornea*. 2009 Aug;28(7):752–8.
7. Nelson JD. Superior limbic keratoconjunctivitis (SLK). *Eye (Lond)*. 1989 Jan;3 ( Pt 2):180–9.
8. Wilson FM, Ostler HB. Superior limbic keratoconjunctivitis. *International ophthalmology clinics*. 1986 Jan;26(4):99–112.
9. Wright P. Superior limbic keratoconjunctivitis. *Trans Ophthalmol Soc U K*. 1972 Jan;92:555–60.
10. Fraunfelder FW. Liquid nitrogen cryotherapy of superior limbic keratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol*. 2009 Feb;147(2):234–8.e1.
11. Gris O, Plazas A, Lerma E, Güell JL, Pelegrín L, Elías D. Conjunctival resection with and without amniotic membrane graft for the treatment of superior limbic keratoconjunctivitis. *Cornea*. 2010 Sep;29(9):1025–30.
12. Yamada M, Hatou S, Mochizuki H. Conjunctival fixation sutures for refractory superior limbic keratoconjunctivitis. *Br J Ophthalmol*. 2009 Dec;93(12):1570–1, 1686.

