



# Revista Mexicana de Oftalmología

[www.elsevier.es/mexoftalmo](http://www.elsevier.es/mexoftalmo)



## CASO CLÍNICO

# Úlcera de Mooren. Presentación de un caso

## Sol Inés Parapar Tena\*

*Especialista en segundo grado en Oftalmología, Especialista en primer grado en Medicina General Integral, Máster en Medicina Bioenergética y naturalista, Profesora asistente. Investigadora agregada, Hospital Universitario Calixto García, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana, Cuba*

Recibido el 23 de febrero de 2016; aceptado el 14 de abril de 2016

### PALABRAS CLAVE

Úlcera de Mooren  
tipo 2;  
Caso clínico;  
Presentación;  
Características;  
Tratamiento

### KEYWORDS

Mooren ulcer type 2;  
Clinical case;  
Presentation;  
Characteristics;  
Treatment

**Resumen** La úlcera de Mooren es una úlcera corneal periférica dolorosa, de causa aún desconocida que puede causar pérdida de la visión si no es correctamente tratada; el dolor severo es común en los pacientes con úlcera de Mooren y se asocia a ojo rojo, inflamación, fotofobia y lagrimeo. Los tratamientos utilizados van desde antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, medicamentos citotóxicos (tópicos y sistémicos) y tratamientos quirúrgicos como la queratectomía superficial y la queratoplastia penetrante, la selección del mismo es individual para cada paciente según su forma de presentación y evolución, no existe ninguno seleccionado como el más efectivo en esta patología.

Se presenta un caso de úlcera de Mooren, en su forma clínica tipo 2. Se exponen imágenes de biomicroscopía anterior de la córnea.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

### Mooren's Ulcer. A case report

**Abstract** Mooren's ulcer is a painful peripheral corneal ulcer, still unknown cause that can cause vision loss if not properly treated; severe pain is common in patients with Mooren ulcer and is associated with red eye, inflammation, photophobia and tearing. The treatment used range from steroidal and non-steroidal anti-inflammatory, cytotoxic drugs (topical and systemic) and surgical treatments such as superficial keratectomy and penetrating keratoplasty, the selection

\* Autor para correspondencia. Calle 70 #912 entre 9 Y 11 Playa. La Habana. Cuba Teléfono +72037269.  
Correo electrónico: [siparapar@infomed.sld.cu](mailto:siparapar@infomed.sld.cu)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2016.04.010>

0187-4519/© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Parapar Tena SI. Úlcera de Mooren. Presentación de un caso. Rev Mex Oftalmol. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2016.04.010>

of the same is individual for each patient according to their presentation and evolution, there is none selected as the most effective in this disease.

A case of Mooren's ulcer is presented, its clinical form type 2, biomicroscopy corneal images are exposed.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La úlcera de Mooren fue descrita por primera vez por Bowman en 1849 y definida como entidad clínica por Mooren en 1887<sup>1,2</sup>; es una ulceración corneal periférica poco frecuente, no infecciosa, aguda y dolorosa que muestra un comportamiento agresivo desde el principio. Comienza como una opacidad gris que va rompiendo el epitelio y adelgazando el estroma lentamente; la conjuntiva cercana se inflama y se vasculariza la córnea, el borde corneal por la opacidad que genera se torna gris.

La úlcera progresa circunferencial y centralmente pudiendo incluso generar altos astigmatismos<sup>3-7</sup>.

Esta patología es rara en el hemisferio norte pero es común en África del sur y central y en la India<sup>8-10</sup>.

Se describen 2 tipos: el tipo 1 que es de evolución no severa, unilateral y el tipo 2 que ocurre en jóvenes, es bilateral, puede involucrar la esclera y llevar a la perforación.

La etiología aún se desconoce pero se considera autoinmune. Se le ha asociado a infecciones por hepatitis c, traumas oculares previos y cirugías de cataratas<sup>11-14</sup>.

Si la forma es unilateral el tratamiento puede empezarse con corticoides tópicos y si no respondiera se sugiere la peritomía.

Cuando el cuadro es bilateral hay informes que recomiendan usar inmunosupresores sistémicos como la ciclosporina A oral y el metotrexate<sup>15-17</sup> además recomiendan el uso tópico de ciclosporina A y suero autógeno; otros proponen quitar el tejido corneal enfermo y reemplazarlo con queratotomía lamelar. La membrana amniótica es muy útil debido a que desinflama la superficie ocular estabilizando el cuadro y permite luego el injerto corneal periférico<sup>15-20</sup>.

## Presentación de caso

*Motivo de consulta:* molestias oculares.

## Historia de la enfermedad actual

Paciente varón de 43 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes de salud que acude a cuerpo de guardia por sensación de cuerpo extraño después de haber recibido un golpe en ojo izquierdo, con 3 días de evolución, es examinado en el cuerpo de guardia no constatándose cuerpo extraño extraocular pero sí pequeña lesión corneal epitelial en hora 12, se revisa bien y ocluye previo uso de homatropina y ungüento oftálmico antibiótico y se cita al día siguiente para ver su evolución, el paciente acude a consulta y al examinarlo con fluoresceína se constata que mantiene aún la

lesión corneal, se trata y se cita a las 48 h para ver su evolución, cita a la cual el paciente no acude y reaparece a los 15 días con dolor, ojo rojo, lagrimeo y blefaroespasma, ahora en ambos ojos.

## Antecedentes patológicos personales

*Sistémicos:* no referidos por el paciente.

*Oculares:* golpe en ojo izquierdo. Accidente de trabajo.

*Antecedentes personales de cirugía ocular:* no referidos por el paciente.

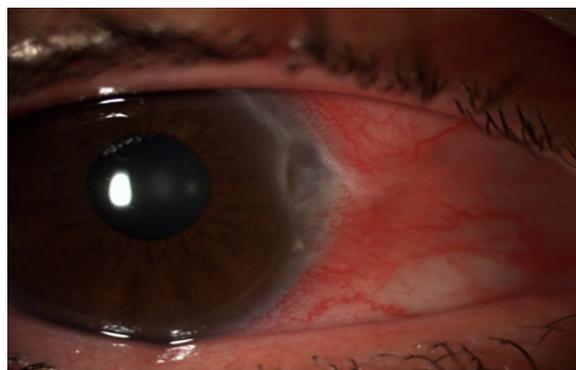
## Datos positivos al examen oftalmológico

### Ojo derecho

Córnea con pérdida del brillo corneal hacia la periferia, de hora 12 a hora 3, inyección cilio conjuntival, dellen corneal más profundo en hora 3, los bordes de la lesión son de color gris, edematosos que avanzan en sentido centripeto (figs. 1 y 2).

### Ojo izquierdo

Córnea con pérdida del brillo corneal hacia la periferia, se observa tejido avascular de color gris, que impresiona reblandecido desde hora 7 hasta hora 1 por todo el limbo nasal, inyección cilio conjuntival en 360°. Adelgazamiento corneal (dellen) con formación de un escalón córneo escleral más profundo hacia hora 11, los bordes de la lesión corneal se encuentran edematosos acompañados de edema conjuntival en la zona que corresponde a la lesión corneal, la lesión no respeta el limbo corneal (figs. 3 y 4).



**Figura 1** Biomicroscopía anterior de la córnea, ojo derecho. Lesión corneal periférica, con bordes grises, inyección cilioconjuntival y edema conjuntival.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8795079>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8795079>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)