

Síndrome de Brown McLean y lentes refractivas fáquicas de cámara anterior

Brown-McLean syndrome and refractive phakic anterior chamber intraocular lenses

Sr. Director:

Felicitar a los doctores Pareja-Esteban J y colaboradores por su artículo «Síndrome de Brown-McLean con Lente Intraocular de Cámara Anterior» (1).

El objetivo de la presente es clarificar el concepto del síndrome de Brown-McLean, o edema corneal periférico circunferencial, que aparece como idiopático, a raíz de una serie de casos con Lente Intraocular Refractiva de Cámara Anterior en pacientes fáquicos.

En los últimos 5 años hemos podido observar un total de 10 ojos de 7 pacientes fáquicos tratados por cirugía refractiva con Lente Intraocular de Cámara Anterior con el diagnóstico clínico de Síndrome de Brown-McLean de aparición entre 18 meses y 4 años y medio de la implantación de las lentes. La cirugía había sido realizada sin complicaciones, respetándose en todos los casos los criterios de implantación —profundidad de cámara anterior mayor de 3,2 mm, tamaño de los hápticos seleccionados 0,5 mm mayor del diámetro blanco-blanco—. Las graduaciones previas de los pacientes oscilaron entre +3,5 y -18 dioptrías. Todas las lentes fáquicas de apoyo angular implantadas correspondían al modelo Baikoff de tres puntos de apoyo: 7 casos lentes modelo GBR® de miopía y 3 casos lentes New-Life® de presbicia. Hasta la aparición del síndrome todos los casos habían permanecido asintomáticos, existiendo respuesta total de los síntomas en el 60% de los casos, parcial en el 30% y ninguna en el 10%, fundamentalmente a corticoides de baja potencia (fluorometolona), aunque permanecía siempre sin cambios el hallazgo corneal de microedema localizado en la zona limbar. La agudeza visual se mantenía sin cambios y la córnea central no presentaba edema ni otro tipo de alteraciones (precipitados queráticos, de pigmento, etc.). En ningún caso se observaron a biomicroscopía Goldmann alteraciones: las lentes respetaban la distancia de seguridad a endotelio, no existiendo inclinación o vibración de la lente con los movimientos oculares («tilt»), ni rotación de los hápticos por el ángulo camerular, ni pinzamiento o sinequias del iris periférico o deformaciones pupilares. El microede-

ma corneal perilimbar sectorial dominante no coincidía con la posición intraocular de los hápticos en el 70% de los casos. Lo que sí era evidente en el 100% de los casos es que el conteaje endotelial central era normal —siempre con valores bajos desde 1340 a 1620 cel/mm³— con estructura morfológica bien conservada (fig. 1), pero posicionando al paciente para realizar un conteaje periférico también en todos los casos había una disminución patológica del número de células —inferior a 1000 cel/mm³— así como alterada su hexagonalidad (fig. 2). En 9 de los 10 casos se procedió a explantar la lente, con resolución de los síntomas sin tratamiento, así como de las alteraciones microquísticas bullosas epiteliales corneales en el 100% de los casos en 1 a 3 meses, sin recidivas durante el seguimiento; permitiendo en 4 casos cirugía refractiva corneal —LASIK hipermetrópico— posteriormente, sin complicaciones o comportamiento anormal de la córnea. El único caso que no se explantó la lente el edema progresó convirtiéndose en un edema corneal generalizado que precisó trasplante de córnea.

Debemos recordar que revisado PubMed se han descrito en el síndrome de Brown-McLean siempre que se ha explorado una disminución patológica de la celularidad endotelial corneal periférica a pesar de una celularidad central normal, y que en algunos casos la progresión de las alteraciones ha precisado realizar trasplante de córnea por descompensación corneal progresiva generalizada (2). Asimismo se han comunicado progresivamente más casos de descompensación corneal completa y necesidad de trasplante de córnea con las lentes fáquicas de

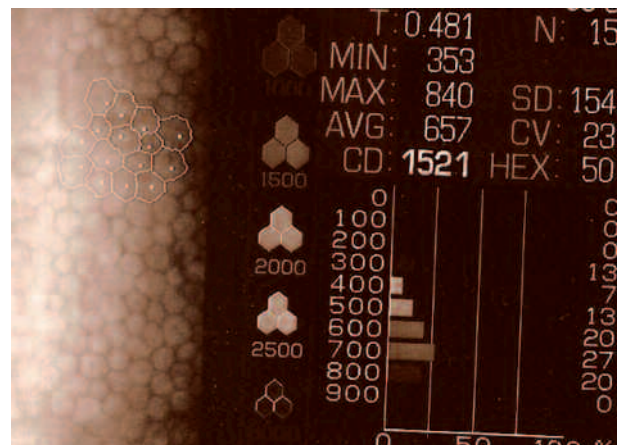


Fig. 1: Microscopía endotelial central en el síndrome de Brown-McLean: estructura celular normal, número fisiológico pero bajo.

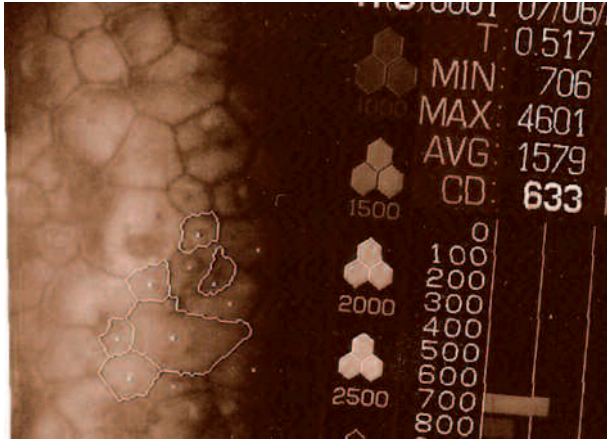


Fig. 2: Microscopía endotelial periférica en el síndrome de Brown McLean del mismo ojo: celuaridad patológica en número y morfología.

cámara anterior (3). Concluimos que el hallazgo de un síndrome de Brown-McLean en pacientes con una lente de cámara anterior debe considerarse la primera fase subclínica de una descompensación corneal completa que con muchas probabilidades ocurrirá en un plazo variable de tiempo, procediéndose de inmediato a explantar la lente.

Díaz-Llopis M^{1,2}, García-Delpech S¹, Salom D¹, Udaondo P¹

¹ Departamento de Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. España

² Unidad Docente de Oftalmología. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. España
E-mail: manuel.diaz@uv.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Pareja-Esteban J, Montes MA, Pérez-Rico C, Jiménez-Parras R, Bolívar G. Síndrome de Brown-McLean con Lente Intraocular de Cámara Anterior. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2007; 82: 315-318.
2. Moreno-Montañés J, Heras Mulero H, Rodríguez Conde RM. Variabilidad en la presentación del Síndrome de Brown-McLean. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2005; 79: 299-302.
3. Comunicado del Ministerio de Sanidad. *Alerta Sanitaria* 43/2006.

Réplica

Señor director,

En primer lugar querríamos agradecer el interés mostrado por el Dr. Díaz-Llopis y su equipo en nuestra publicación.

Sin duda, la aportación de su experiencia sobre la descompensación corneal periférica a propósito de 10 casos de Lente Intraocular Refractiva de cámara anterior en pacientes fágicos resulta de gran interés.

Sin embargo, una de las características que diferencia los casos expuestos por este autor del paciente motivo de nuestra publicación (1) es el tipo de lente intraocular empleado, ya que en nuestro caso presentábamos un paciente afáxico con LIO en cámara anterior. Este hecho puede explicar en parte una forma de traumatismo endotelial diferente que justificaría la no progresión del edema corneal en nuestro caso, conduciendo al diagnóstico de síndrome de Brown-McLean.

Aprovechando esta ocasión, nos gustaría enfatizar los puntos de la exploración clínica oftalmológica que conducen al diagnóstico de Síndrome de Brown-McLean, ya sea en presencia de lente intraocular anterior, en ausencia de la misma (afaxia) o incluso en ausencia de cualquier proceso quirúrgico (1).

En primer lugar, el Síndrome de Brown-McLean se caracteriza por la presencia de edema corneal periférico que clásicamente no progresa hacia el centro de la córnea, presentando por lo tanto un recuento endotelial central normal.

De la misma manera, ha sido descrito el patrón de progresión periférico circunferencial (desde la región corneal correspondiente a las VI horas de reloj, hacia las III y IX horas de reloj simultáneamente).

Por otro lado, aparecen característicos precipitados marronáceos depositados en la zona de endotelio correspondiente a la descompensación corneal, no siendo infrecuente el hallazgo de cornea gutatta.

Consideramos que estas tres características pueden ser claves en la orientación hacia el diagnóstico del síndrome de Brown-McLean.

Sin embargo en el caso de pacientes fágicos con lente intraocular de cámara anterior, la presentación del síndrome quizás pudiera solaparse o ser el inicio de una descompensación corneal total, como ha sido señalado en la carta al director que precede a ésta.

Sería necesario contar con una serie de casos más amplia para llegar a una conclusión más sólida acerca de este tipo de afirmaciones.

Pareja-Esteban J, Montes MA, Pérez-Rico C, Jiménez-Parras R, Bolívar G
Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
E-mail: jeparejaes@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Pareja-Esteban J, Montes MA, Pérez-Rico C, Jiménez-Parras R, Bolívar G. Síndrome de Brown-McLean con *Lente Intraocular de Cámara Anterior*. Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 315-318.
2. Gothard TW, Hardten DR, Lane SS, Doughman DJ, Krachmer JH, Holland EJ. Clinical findings in Brown-McLean syndrome. Am J Ophthalmol 1993; 115: 729-737.