



EL TRASPLANTE SELECTIVO DE CÓRNEA REDUCE HASTA EL 2% EL ÍNDICE DE RECHAZO A 10 AÑOS, FRENTE AL 25% DE LA TÉCNICA DE REEMPLAZO COMPLETO

La comunidad científica internacional ultima un informe que acoge una nueva categoría de ojo seco, el neuropático, que solo puede diagnosticarse a partir de la sintomatología del paciente

Barcelona, 24 de abril de 2017./ Los mejores especialistas en córnea y superficie ocular de todo el mundo, reunidos este fin de semana en Barcelona con motivo de la tercera edición de la [ESASO Anterior Segment Academy](#), el principal foro mundial sobre esta subespecialidad oftalmológica, han coincidido en apuntar al trasplante selectivo de córnea como la alternativa indiscutible al trasplante penetrante (de toda la córnea), que se realizaba en exclusiva hace unos años y que se sigue llevando a cabo en los casos en los que no es posible reemplazar solo una o varias capas de la córnea, ya sea de la parte anterior de la misma (epitelio y estroma), central (estroma) o de la posterior (endotelio).

Tras casi dos décadas de desarrollo progresivo de esta alternativa, actualmente “existe un consenso absoluto en que, sin ningún género de dudas, se trata de la mejor opción para restaurar la córnea, en todos los casos en los que esto sea posible”, ha afirmado el [Dr. José Luis Güell](#), coorganizador del encuentro –junto con el oftalmólogo milanés [Paolo Vinciguerra](#)– y coordinador del Departamento de Córnea, Catarata y Cirugía Refractiva de [IMO](#), centro en el que el trasplante selectivo de córnea ya supone el 70% del total. Además de lograr una recuperación más rápida de visión, las técnicas parciales, como la [DMEK](#), han demostrado ser mucho más seguras, reduciendo el índice de rechazo a 10 años hasta el 2%, frente al 25% del trasplante penetrante, según los últimos estudios realizados en Estados Unidos, que se han expuesto durante el encuentro. La cita, organizada por la *European School for Advanced Studies in Ophthalmology* ([ESASO](#)) en colaboración con [Fundación IMO](#), ha logrado reunir a los especialistas europeos que más han aportado en el desarrollo de esta técnica, como son, además del propio Dr. Güell, el Dr. Friedrich Kruse (Alemania) y el Dr. Gerrit Melles (Holanda), quien ha destacado, como novedad del último año, el trasplante, para pacientes con queratocono, de la membrana de Bowman (una capa contigua al epitelio y que, compuesta por fibras de colágeno, ayuda a mantener la forma de la córnea).

En general, los principales avances se centran en perfeccionar estas técnicas selectivas y en desarrollar la tecnología con la que se llevan a cabo, un interés que ha permitido descubrir una nueva capa de la córnea conocida como “capa Dua”, ya que fue descrita en 2013 por el académico británico Harminder Dua, también presente en el encuentro de este fin de semana. De apenas 15 micras de espesor, esta capa destaca por su gran resistencia y es una pieza clave en el control del flujo del líquido ocular.

Tratamientos con células endoteliales

En paralelo, se investiga el cultivo e implantación de células endoteliales de la córnea, que permitan regenerar un tejido que no tiene capacidad natural para regenerarse y revertir, así, la pérdida de visión provocada por la muerte, ya sea prematura o ligada al envejecimiento, de las células del endotelio. En este sentido, el oftalmólogo japonés Shigeru Kinoshita ha presentado los principales datos de un estudio sobre esta técnica de cultivo e implantación celular, una práctica que, desde hace años, ya se lleva a cabo con las células limbares cultivadas para regenerar el epitelio corneal.



Estas son algunas de las principales conclusiones del congreso, que, además de abordar el trasplante de córnea, se ha centrado también en otro asunto destacado de la superficie ocular: el [ojo seco](#), un síndrome que actualmente afecta a cerca de un 20% de la población y que va en aumento. La principal novedad en este campo ha venido de la mano del Dr. José M. Benítez del Castillo, quien ha adelantado algunas líneas del informe internacional DEWS II (*Dry Eye WorkShop*), en el que se recogen los avances más importantes respecto a la comprensión y al manejo de la sequedad ocular en la actualidad, tras la publicación del primer informe hace una década. A las puertas de la presentación del nuevo documento, previsto para el próximo mes de mayo, el ponente ha anticipado a los cerca de 300 asistentes al encuentro de Barcelona que el informe incluirá, por primera vez, la definición de ojo seco neuropático, un tipo de ojo seco que actualmente no puede diagnosticarse en una exploración oftalmológica, pero que, según refieren algunos pacientes, provoca una sintomatología aguda, como visión borrosa, escozor o dolor ocular. Según el [Dr. Daniel Elies](#), especialista de IMO y miembro del comité organizador del encuentro, “esta nueva definición va a abrir la puerta a avanzar en el diagnóstico y tratamiento de alrededor de un 15% de pacientes que refieren síntomas de ojo seco y que no podemos diagnosticar con los medios a nuestro alcance”, pese a que estos han experimentado una gran evolución en los últimos años.

Pacientes infradiagnosticados

Según la [Dra. Mercè Morral](#) (IMO), “el desarrollo de una gran variedad de tecnologías diagnósticas nos permite personalizar y aumentar la eficacia del tratamiento”. La oftalmóloga ha destacado los test en consulta para identificar las alteraciones en la composición de la lágrima o la concentración de marcadores inflamatorios, técnicas microscópicas de imagen para estudiar la superficie ocular y nuevos equipos como el *HD Analyzer OQAS* para comprobar de forma objetiva la alteración del BUT (tiempo de ruptura lagrimal), ligado al ojo seco, y determinar su impacto en la calidad de vida. Pese a ello, todavía existe un grupo de pacientes infradiagnosticados, en los que los resultados de las pruebas no confirman las molestias que refieren. Ante esto, la Dra. Morral cree que el reconocimiento por parte de la comunidad científica de que hay personas que padecen ojo seco aunque carezcamos de evidencias técnicas, abre nuevas vías para investigar futuros tratamientos, algo que el Dr. Daniel Elies ve comparable a lo que pasó hace algunos años con la fibromialgia.

Otro de los asuntos destacados en el simposio ha sido la relación entre ojo seco y ciertas cirugías oftalmológicas, especialmente la cirugía refractiva, la de catarata y la de glaucoma. Diversas ponencias en este sentido han puesto de manifiesto que el ojo seco suele tener una alta incidencia en pacientes candidatos a estas cirugías, además de ser, en sí mismas, una causa de aparición o agravamiento temporal de los síntomas propios del síndrome, ya que la cirugía aumenta el gasto de lágrima del ojo, problema que generalmente remite con la plena cicatrización (a los 3-6 meses de la operación). Por ello, los especialistas han destacado la importancia de realizar un tratamiento compensatorio tras la cirugía y, sobre todo, un exhaustivo preoperatorio para preparar adecuadamente la superficie ocular, hasta el punto de rechazar o aplazar la cirugía hasta que no remitan los síntomas, mediante tratamiento. Según la severidad del síndrome, el tratamiento puede ir desde lágrimas sin conservantes o geles lubricantes hasta la aplicación de suero autólogo y plasma rico en plaquetas (colirio PRGF) –ofrecido de forma pionera en IMO desde 2016– que se elabora a partir de la sangre del propio paciente y que, al ser biocompatible, reduce el riesgo de inflamación, dolor ocular o alergia.