

PSEUDOFACOS DE CAMARA POSTERIOR NUESTRA EXPERIENCIA DE UN AÑO

Por los Dres.

Tomas FONT PEREZ*
Antonio ESTRELA SANCHIS*
Julio BAVIERA SABATER*
Carmen TOMAS VALLS*

RESUMEN ESPAÑOL: Se presentan 23 casos de cataratas unilaterales operados en el espacio de un año, con cirugía extracapsular e implante de lente intraocular de cámara posterior tipo Pearce. Se exponen los resultados analizando la técnica quirúrgica y las ventajas de este tipo de implante.

RESUME FRANÇAIS: On présente dans ce travail 23 cas de cataractes unilatérales opérés dans l'espace d'un an, avec chirurgie extracapsulaire et implantation de lentille intraoculaire de chambre postérieure type Pearce. On y expose les résultats en analysant la technique chirurgicale et les avantages de ce type d'implantation.

ENGLISH SUMMARY: We present 23 cases of unilateral cataracts. They were operated with extracapsular surgery and implantation of the Pearce type posterior chamber intraocular lens. The results are exposed and an analysis of the surgical technique and advantages of this type of implant is made.

PALABRAS CLAVE: Catarata, Lente intraocular, Lente de Pearce, Healon, Capsulotomía, Polimetilmetacrilato, Pseudofaco.

INTRODUCCION

A partir del impulso dado en nuestro país por José Luis Menezo a la cirugía del pseudofaco, cada vez es mayor el número de oftalmólogos españoles que utilizan los implantes de cristalino artificial en la corrección de la afaquia.

La indicación menos discutida de las lentes intraoculares la constituye, sin duda, la catarata unilateral, dado que las posibilidades de corrección compatibles con una visión binocular quedan reducidas a estas y a las lentes de contacto, estando demostrado que estas últimas se abandonan con el tiempo en un porcentaje muy elevado de casos.

El propósito de este trabajo es dar a conocer nuestros resultados en 23 casos de cataratas unilaterales corregidas con lentes intraoculares de cámara posterior tipo PEARCE.

MATERIAL Y METODOS

Hemos operado 23 pacientes con catarata unilateral, de ellos 16 eran hombres y 7 mujeres, con una edad máxima de 68 y mínima de 4 años.

De las 23 cataratas, 2 eran congénitas, 3 traumáticas y el resto seniles.

En todos los casos realizamos una anamnesis meticulosa para descartar cualquier tipo de contraindicación. Así mismo efectuamos una exploración minuciosa que incluye biomicroscopia, oftalmometría, tonometría, gonioscopia, funduscopia y ecografía.

Tras recibir una amplia información so-

bre las ventajas e inconvenientes de este tipo de corrección, es siempre el paciente, o sus padres en el caso de un niño, el que decide la implantación.

La prótesis que hemos utilizado es la lente de cámara posterior de PEARCE (trípode), compuesta en su totalidad por polimetilmetacrilato.

TECNICA QUIRURGICA

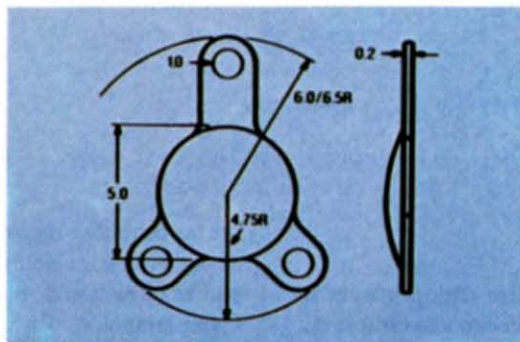
El paciente llega a quirófano con dilatación pupilar máxima. La anestesia general ha de ser profunda, con buena relajación y analgesia, hiperventilación y presión venosa negativa. Deshidratamos el vítreo con Manitol o Sorbitol según la edad.

En todos los casos hemos realizado una técnica extracapsular de extracción de cristalino (EECC), con capsulotomía anterior en árbol de navidad, dejando una buena bolsa capsular inferior y extrayendo el núcleo con esa pinza. Usamos como solución irrigadora el Riger Lactato.

Hemos utilizado siempre el Hialuronidato Sódico (HEALON) en el momento de la introducción de la lente, para proteger el endotelio corneal y lograr una mayor profundidad de cámara.

Una vez introducido el pseudofaco, practicamos sistemáticamente una capsulotomía posterior. Finalizada la intervención inyectamos un corticoide subconjuntival.

En el postoperatorio retiramos el vendaje a las 24 horas, dejando el ojo destapado e instaurando un tratamiento tópico con midríaticos suaves, corticoides y antibióticos en forma de colirio.



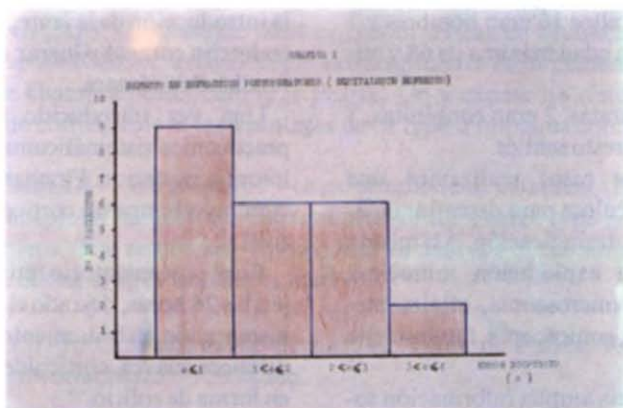
Esquema de la lente intraocular de C.P. de PEARCE

TABLA I

ANÁLISIS VISUAL, EN CASOS DE L.I.C. EN CUASA POSITIVA

Apéndice Visual	Nº Casos	Porcentaje
1 - 0,0	15	69%
0,7 - 0,6	5	23%
0,3 - 0,1	3	13%

Tabla I



Gráfica I

RESULTADOS

El período de tiempo transcurrido desde la implantación de estas lentes intraoculares en los 23 pacientes, oscila entre 1 mes y 1 año.

La agudeza visual en el último control realizado estaba comprendida en 15 casos entre 1 y 0.8, en 5 casos entre 0.7 y 0.4 y en 3 casos entre 0.3 y 0.1 (Tabla I). La deficiente A.V. conseguida en estos 3 últimos casos se debió en 2 de ellos a ambliopía y en 1 a degeneración macular.

La refracción postoperatoria, en equivalente esférico, que proporciona la mejor A.V. oscila entre 0 y 4 dioptrías, con una media de 1.48 D. y una desviación estándar de 1.01 D. (Gráfica I).

Las complicaciones postoperatorias encontradas quedan reflejadas en la tabla II. Precipitados pigmentarios sobre la lente sin significación clínica aparecieron en cuatro casos. Rotaciones de la lente, según el eje anteroposterior en otros 4 casos. Un caso de iridociclitis postoperatoria se controló con tratamiento médico y otro de hipertonia cortisónica cedió al suprimir los corticoides tópicos.

DISCUSION

Tras el fracaso de la lente de cámara posterior de RIDLEY en 1949, las tentativas de nuevos implantes en cámara posterior fueron abandonadas hasta finales de la década de los 70. A pesar de que otros cirujanos realizaron intentos con nuevas prótesis, fue SHERING el que introdujo y popularizó una lente viable que estimuló un nuevo interés en este área.

A este respecto el estudio realizado en EE.UU. por la FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) entre agosto de 1978 y agosto de 1982 muestra el momento progresivo de la implantación de este

tipo de lentes con relación a las de otro tipo, habiendo unas que prácticamente han caído en desuso (lentes intraoculares de fijación iridiana y fijación iridocapsular) y otras como las de cámara anterior que también gozan de gran aceptación. (Gráfica II)

Nosotros implantamos únicamente pseudofacos de cámara anterior y cámara posterior; dentro de estos últimos es la lente de PEARCE la que hemos utilizado sistemáticamente.

La agudeza visual obtenida ha sido igual o mejor que 0.5 en el 82% de los casos, resultados algo inferior al que se refleja en el estudio de la F.D.A. (94%); pero éste está realizado sobre los mejores casos (ausencia de patología previa como ambliopía, leucomas corneales, degeneración macular, etc...).

La complicación más frecuente en las lentes de cámara posterior con EECC es la opacificación de la cápsula posterior, que en nuestra casuística no aparece por practicar sistemáticamente una capsulotomía posterior peroperatoria, a pesar de la cual no hemos encontrado aún ningún caso de edema macular cistoide clínico.

El HEALON lo hemos utilizado en todos los casos para introducir la lente y obtener una mayor profundidad de cámara, retirándolo una vez implantada ésta, no habiendo observado hasta ahora, complicaciones atribuibles a su uso.

CONCLUSIONES

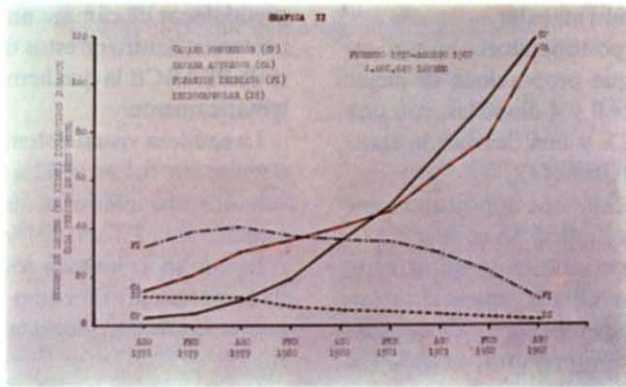
- 1.- La catarata unilateral es la principal y menos discutida de las indicaciones de la implantación de un cristalino artificial.
- 2.- Las lentes de cámara posterior a pesar de la mayor dificultad operatoria (téc-

TABLA II

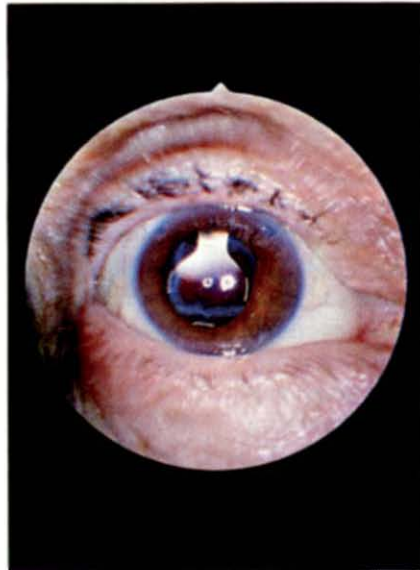
PREVALENCIA DE COMPLICACIONES EN CASOS DE L.T.V. DE CUJARA FUNDADA

Complicaciones	En Cuja	Prevalencia
Rotura de complicaciones	15	59%
Tendinitis lenticular	4	17%
Delgado de la lente	4	17%
Trifosfocilia postoperatoria	1	4%
Hemólisis eritrocitaria	1	4%

Tabla II



Gráfica II



Lente de C.P. tipo PEARCE. Aspecto de la misma tras dilatar la pupila, apreciándose la inclusión de la zona inferior de pseudofaco en la bolsa capsular.

nica de EECC) han experimentado en los últimos años un gran auge. Esto se debe a varios motivos:

- Las lentes de cámara posterior son las que con mayor fidelidad reproducen las condiciones ópticas del ojo.
- Son lentes construidas en un solo plano.
- Dan estadísticamente una mejor A.V. que las L.I.O. de otro tipo.
- Presentan una mínima pseudofacodonesis.
- Están más alejadas del endotelio, por lo que desaparece el riesgo de toque

endotelial en caso de aplastamiento de cámara.

- Son las que menos alteran el juego pupilar, permitiendo una mejor exploración de la periferia retiniana.
 - No interaccionan con el ángulo, desapareciendo el riesgo de neovascularizaciones del mismo y de sinequias anteriores periféricas.
- 3.- Dentro de las lentes de cámara posterior, la lente de PEARCE es una lente de fácil implantación y construida toda ella por un mismo material (PMMA).

BIBLIOGRAFIA

MENEZO, J. L. Extracción intracapsular "Versus" extracción extracapsular e Implante de Lente intraocular, Arch. Soc. Canar. Oftal., 6: 18-32, 1981.

SARK, W. J. WORTHEN, D. M. HOLLADAY, J. J. et al The F.D.A. report on intraocular lenses, Amer. Acad. of Ophthalm. 90-4: 311-317, 1983.

WORST, J. Extracapsular surgery and lens implantation, Ophthalm. Surg. 8-3: 33-36, 1977.

WORTHEN, D. M. F.D.A. study of intraocular lenses, Amer. Acad. of Ophthalm. 90-4: 45A-46A., 1983.

HARRIS, W. S. TAYLOR, B.C. WINSLOW, R. L. Cistoid macular edema following intraocular lens implantation, Ophthalm. Surg. 8-3: 134-137, 1977.

BALLER, R. S. Opacification of the posterior capsule. An alternative to discission, Ophthalm. Surg. 8-6: 48-50, 1977.

MENEZO, J. L. TOBOADA, J. F. Cataratas traumáticas y lentes intraoculares: Estudio retrospectivo de 4 años de experiencia, Arch. Soc. Esp. Oftal. 42-1: 1-14, 1982.

MENEZO, J. L. Viscocirugía en implantes de lentes intraoculares, Arch. Soc. Esp. Oftal. 42-3: 258-265, 1982.

TOBOADA, J. F., FERRER, E., VILA E., MENEZO, J.L. Cataratas traumáticas y lentes de contacto: nuestros resultados y experiencias, Arch. Soc. Esp. Oftal. 42-5: 501-511, 1982.

MENEZO, J.L. CHAQUÉS, V., HARTO, M. Fórmula SRK en el calculo del poder dioptrico de la L.I.O. Estudio de nuestras constantes "A", Arch. Soc. Esp. Oftal. (en prensa).

MENEZO, J. L. HARTO, M., CHAQUÉS, V. et al Calculo del poder dioptrico de la L.I.O. Error con y sin medidas oculares, Arch. Soc. Esp. Oftal. (en prensa).

* Residencia Sanitaria de la S.S. "Sagunto" Servicio de Oftalmología.
Jefe del Servicio: Dr. Tomás Font Pérez.