

Protocolo quirúrgico de la catarata uveítica

Surgical protocol for uveitic cataracts

ROCHA CABRERA P¹, LOZANO LÓPEZ V², LOSADA CASTILLO MJ³,
CORDOVÉS DORTA L², GONZÁLEZ HERNÁNDEZ M³, SERRANO GARCÍA MA⁴

RESUMEN

La incidencia de catarata en la uveítis se aproxima al 50%. El desarrollo de la catarata y de otras alteraciones del cristalino en pacientes con uveítis puede correlacionarse con la duración, la cronicidad y la localización de la inflamación. El empleo de corticoides para su control, las inflamaciones recurrentes, subagudas y crónicas tienden a ser cataratógenas.

La uveítis puede ir acompañada de numerosas complicaciones consistentes en sinequias iridianas, atrofia del iris, neovascularización, queratopatía en banda, glaucoma secundario y sobre todo la catarata. Esta última complicación sobreviene a pesar de un tratamiento óptimo adecuado para controlar la inflamación intraocular.

Existen múltiples factores a tener en cuenta para el manejo de este tipo de catarata que se desarrolla muy frecuentemente a edades tempranas. Es de vital importancia en los casos graves, en los que ha costado obtener una inmunosupresión idónea, realizar un esfuerzo multidisciplinar para el control de la enfermedad subyacente.

Todo lo anteriormente comentado nos ha hecho replantear un protocolo que sirva de guía para el control y tratamiento de esta patología secundaria a la inflamación intraocular. Esta propuesta en el manejo de la catarata uveítica ha sido elaborada y consensuada en nuestro hospital basándose en la bibliografía científica actual.

Palabras claves: Uveítis, protocolo, catarata, facoemulsificación.

ABSTRACT

Cataract incidence due to uveitis is close to 50%. Cataract development, as well as other lens alterations in patients with uveitis may be correlated with the duration, chronicity and localization of the inflammation.

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

¹ Residente Oftalmología. Servicio de Oftalmología.

² Médico adjunto. Servicio de Oftalmología.

³ Doctor en Medicina y Cirugía General. Médico Adjunto.

⁴ Profesor en Oftalmología ULL. Jefe de Servicio de Oftalmología.

Correspondencia:

Pedro Rocha Cabrera

Hospital Universitario de Canarias

Servicio de Oftalmología

Carretera La Cuesta-Taco, s/n

38320 La Laguna (Tenerife), España

procha975@yahoo.es

Many complications may occur during uveitis, such as iris synechiae, iris atrophy, neo-vascularization, band keratopathy, secondary glaucoma and more often cataracts. Cataracts may occur despite optimum treatment of ocular inflammation.

There are many factors to be taken into account for the management of this type of cataracts that often occur in young subjects. Making a multidisciplinary effort is mandatory in severe cases with difficult suitable immunosuppression, in order to control the underlying disease.

All the above made us rethink a protocol for the control and treatment of this pathology which is secondary to ocular inflammation. This proposal for uveitic cataract management has been carried out and agreed to at our hospital based on the present scientific bibliography.

Key words: Uveitis, protocol, cataracts, phacoemulsification.

INDICACIONES CLÍNICAS DE CIRUGÍA (1)

- Disminución de la agudeza visual (AV) que limita la vida del paciente y con potencial mejoría tras extracción de catarata.
- Imposibilidad de visualización de fondo de ojo. Limitaciones diagnósticas-terapéuticas.
- Uveítis facogénica aguda.

Diagnóstico. Tipo. Grado

- AV corregida.
- Biomicroscopía.
- Tonometría.
- Funduscopia.
- Ecografía si la retina no es explorable.
- OCT, para valorar existencia de edema macular o tracciones vítreo-retinianas (valorar si es necesario facoemulsificación e implante de lente intraocular –LIO– asociando cirugía retinovátreo).
- Campimetría, si existe glaucoma o alteraciones del nervio óptico asociadas.
- Contaje de células endoteliales, si queratouveítis (herpes, sífilis,...).

Valoración preoperatoria

Biometría

El cálculo de la LIO puede verse afectado por el edema macular, astigmatismo inducido, adherencias irido-capsulares.

Se recomienda LIO monofocal (2), dado que estamos ante una patología recurrente o crónica que podría requerir en algún momento cirugía vitreoretiniana en la que las lentes multifocales producen dificultades de visión.

Indicación de «cuándo operar»

- Ausencia de inflamación ocular durante un período mínimo de 3 meses, excepto en los casos de uveítis facogénica que supone una urgencia quirúrgica (3).
- Ausencia de inflamación ocular durante un período de 6 meses, en patologías graves como artritis idiopática juvenil (AIJ), enfermedad de Behçet (3) (en esta patología el pronóstico visual depende del estado preoperatorio del polo posterior) (4).

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Tratamiento tópico

- Tratamiento esteroideo: prednisolona 1% cada 6 horas/día, 3 días antes de la cirugía (10).
- Tratamiento no esteroideo: 4 veces al día, 2 días antes de la cirugía. Por su influencia en el edema macular pseudofáquico (EMQP) (2).
- Midriáticos: protocolo dilatación día de cirugía.

Tratamiento periocular

- Triamcinolona: 1 inyección preoperatoria, si el paciente no presenta glaucoma y no es córtico-sensible (7).

Tratamiento sistémico

• Tratamiento esteroideo: prednisona 1 mg/kg/día, 3 días antes de la cirugía (4). Para controlar la inflamación perioperatoria, en aquellas patologías muy graves (Enf. De Behcet) factor fundamental para el pronóstico visual (5).

• Metotrexato: 15 mg/m²/semana al menos 1 mes previo a la cirugía en uveítis infantil (8) (70% AIJ). Control de la inflamación ocular en AIJ, especialmente indicado en presencia de sinequias posteriores (9).

• Profilaxis antivírica: valaciclovir 500 mg/12 horas o aciclovir 200 mg/12 empezando 1 semana antes de la cirugía.

• Profilaxis antiparasitaria para evitar recidivas: toxoplasmosis empezando 1 semana antes de la cirugía (6,7).

Es de vital importancia, en aquellos casos graves en los que ha costado obtener una inmunosupresión idónea, consultar siempre a los médicos responsables del tratamiento sistémico (inmunosupresores, fármacos biológicos...) por si hubiese que aumentar dosis o dar tratamiento de refuerzo antes o después de la cirugía.

CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS

Anestesia

- General: en niños (8).
- Retrobulbar: recomendable, por la posible manipulación del iris y las posibles complicaciones de la cirugía (2).
- Tópica: queda a criterio del oftalmólogo y dependiendo del caso.

Técnica

- Facoemulsificación: técnica estándar (11).
- Vitrectomía: cirugía combinada si hay

vitritis, edema macular, tracción vítreo-retiniana.

Asociada a capsulorrexis posterior en niños (2,8).

Consideraciones intraoperatorias

• Endotelio corneal comprometido: emplear primero un viscoelástico dispersivo, seguido de un viscoelástico cohesivo que empuje el agente dispersivo contra el endotelio (2).

• Liberación de sinequias: se puede emplear viscoelástico dispersivo, ganchos retractores de iris, anillos expansores pupilares, esfínterotomía (2).

• Tinción de la cápsula anterior con azul tripán en casos de catarata blanca, sin reflejo de fondo, o en aquellos en que no exista buena visibilidad de la cápsula anterior (2).

• Capsulorrexis circular continua: para un mejor abordaje, sobre todo si se prevee implante de LIO (8). Este punto de la intervención se considera imprescindible.

• Fibrosis de la cápsula anterior que impide de la capsulorrexis: se puede emplear tijeras vannas o vitreotomo anterior.

• Pulido de la cápsula anterior: limita la inflamación postoperatoria y el desarrollo de opacificación de la cápsula posterior.

• En caso de dehiscencia zonular, que puede ocurrir en ojos crónicamente inflamados, si es mayor de un cuadrante, se recomienda realizar vitrectomía y lensectomía (2). Se ha observado que, a lo largo de los años, en las dehiscencias zonulares mayores y en las inflamaciones repetidas, se puede producir caída del saco a cavidad vítrea derivando en una complicación grave (15).

Implante de LIO

• Adultos: se recomienda implante de LIO, hay riesgo de intolerancia en uveítis intermedia, panuveítis, AIJ, sarcoidosis.

• Niños: buenos resultados excepto en AIJ (mejor resultado en el grupo de AIJ HLA B27+ comparado con el grupo de AIJ oligoarticular ANA+) (8). Se recomienda un con-

trol estricto de la inflamación con tratamiento inmunosupresor (12). No recomendable en menores de 2 años o menores de 5 años con AIJ (7).

Este último punto es muy discutible, dado que existen revisiones muy dispares. En pacientes con AIJ de corta edad no se debe poner LIO porque ésta puede provocar ruptura de la barrera hematoacuosa crónica, nada deseable en esta patología (3,4).

Tipo de lente intraocular

- Lente acrílica: menor tasa de inflamación postoperatoria, aunque no es significativa (12).
- Lente de silicona: mayor tasa de inflamación postoperatoria y de opacificación de la cápsula posterior, aunque no es significativa (12).

Localización lente intraocular

- Saco: evitando el contacto de los hápticos con el cuerpo ciliar y el iris (12).
- Sulcus: incidencia reducida de sinequias posteriores (7).

Corticoides intraoperatorios

- Periocular: 4 mg dexametasona subconjuntival al final de la cirugía (9).
- Intravítreo: sólo si es estrictamente necesario (existe riesgo importante de glaucoma corticoideo). 4 mg/0,1 ml de triamcinolona con mayor eficacia en prevenir el EMQP o en disminuirlo si existe previamente a la cirugía (2,5).

MANEJO POSTOPERATORIO

Tratamiento tópico

- Prednisolona tópica cada 2 horas durante 3 días, después cada 3 horas durante 1 semana, para seguir con pauta de reducción semanal (12,5).

- Dexametasona: en pomada al acostarse de 2 a 4 días (9).

- Antibiótico tópico cada 2 horas, durante 3 días, después cada 3 horas durante 1 semana, para seguir con pauta de reducción semanal (12,5). No se recomiendan las combinaciones de antibióticos/corticoides, ya que el antibiótico no debe administrarse con tanta frecuencia y durante tanto tiempo, contribuyendo a la epiteliotoxicidad (2).

- Ciclopléjico: 2 veces al día, reduce el riesgo de formación de adherencias iridocapsulares (2,13).

Tratamiento sistémico

- Prednisona: 1 mg/kg/día durante 2 semanas, para seguir con pauta descendente de 8 a 10 semanas (5).
- Inmunosupresor: mantenerlo mínimo 3 meses tras la cirugía (5).
- Profilaxis antiparasitaria para evitar recidivas: toxoplasmosis mantenerlo tras la cirugía (6).

Revisiones/seguimiento

El 1.º día, 4.º día, 2 semanas, 1 mes, 3 meses y 6 meses (14).

Exploración: toma de AV, biomicroscopía, tonometría, funduscopia y OCT (14).

¿Cuándo operar el ojo contralateral? Intervalo con el 2.º ojo:

- Mínimo 1 mes (9).
- Vigilar el ojo no operado en cada visita postoperatoria, en los casos bilaterales (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Foster CS, Rashid S. Management of coincident cataract and uveitis. *Curr Opin Ophthalmol* 2003; 14: 1-6.
2. Dunn J. Cataract surgery in patients with uveitic cataract. *Techniques in Ophthalmology*; 2008; 6: 4: 105-110.
3. Adán A, Gris O, Pelegrin L, Torras J, Corretger X. Explantation of intraocular lenses in children with juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2009; 35: 603-605.

4. Van Gelder RN, Leveque TK. Cataract surgery in the setting of uveitis. *Curr Opin Ophthalmol* 2009 Jan (1): 42-5. Review.
5. Kadayifcilar S, Gedik S, Eldem B, Irkeç M. Cataract surgery in patients with Behçet's disease. *J cataract refract Surg* 2002; 28: 316-320.
6. Roesel M, Heinz C, Koch J, Heiligenhaus A. Cataract surgery in uveitis. Letters to the editor. *Ophthalmology* 2008; 115: 8:1431.
7. Arun V, Noble G. Cataracts in congenital toxoplasmosis. *Journal of AAPOS* 2007; 11: 6, 551-554.
8. Russell N, Van Gelder, Thellea K, Leveque. Cataract surgery in the setting of uveitis. *Current Opinion in Ophthalmology* 2009; 20: 42-45.
9. Bodaghi B, Terrada C, LeHoang. Cataract surgery in childhood uveitis. *International ophthalmology clinics*. 2008; 48: 3, 173-187.
10. Sijssens K, Rothova A, Van de Vijver D, Stilma J, De Boer J. Risk factors for the Development of Cataract requiring surgery in Uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Am J Ophthalmol* 2007; 144: 4: 574-579.
11. Dada T, Dhawan M, Garg S, Nair S, Mandal S. Safety and efficacy of intravitreal injection of triamcinolone acetonide injection after phacoemulsification in cases of uveitic cataract. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33: 1613-1618.
12. Quiñones K, Cervantes-Castañeda RA, Hynes AY, Daoud YJ, Foster CS. Outcomes of cataract surgery in children with chronic uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2009 Apr; 35(4): 725-31.
13. Abela-Formanek C, Amon M, Schild G, Schauersberger J, Kolodjaschna J, Barisani-Asendaum T, Kruger A. Inflammation after implantation of hydrophilic acrylic, hydrophobic acrylic, or silicone intraocular lenses in eyes with cataract and uveitis. Comparison to a control Group. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28: 1153-1159.
14. Dada T, Dhawan M, Garg S, Nair S, Mandal S. Safety and efficacy of intraoperative intravitreal injection of triamcinolone acetonide injection after phacoemulsification in cases of uveitic cataract. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33: 1613-1618.
15. Davis D, Brubaker J, Espandar L, Stringham J, Crandall A, Werner L, Mamalis N. Late in-the-bag spontaneous intraocular lens dislocation: evaluation of 86 consecutive cases. *Ophthalmology* 2009 Apr; 116(4): 664-70.