

Implantación de lentes de cámara anterior ancladas a iris (Verisyse[®]) en ojos afáquicos

Iris-fixated anterior chamber intraocular lens (Verisyse[®]) implantation in aphakic eyes

PÉREZ J¹, BAETA L¹, CABRERA F¹, FARINOS M¹, FERRANDO R¹, CABRERA B¹, JEREZ E¹, CRESPO A¹, CARDONA P²

RESUMEN

Objetivo: Mostar las ventajas de las lentes de cámara anterior intraoculares ancladas a iris (LCAAI) en los casos de afaquia complicada.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de 16 pacientes a los que se les implantó una lente intraocular anclada a iris.

Resultados: Considerando todos los casos estudiados, las LCAAI parecen una buena alternativa ante la ausencia de soporte capsular.

Palabras clave: Verisyse[®], lente anclada a iris.

ABSTRACT

Purpose: We show the advantages of iris-fixated anterior chamber lenses in complicated cases of aphakic eyes.

Material y methods: We developed a prospective study of 16 patients with implantation of iris-fixated anterior chamber lenses.

Conclusions: The implantation of an iris-fixated anterior chamber lens is an efficacious technique in the absence of capsular support.

Key words: Verisyse[®], iris-fixated lens.

Servicio de Oftalmología. Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina.

Correspondencia:
Julio Pérez Álvarez
Hospital Insular
Servicio de Oftalmología
Avda. Marítima del Sur, s/n
Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Durante la cirugía de catarata el saco capsular supone la localización idónea para implantar una lente intraocular (LIO). Cuando esto no es viable, y no tenemos el soporte del mismo, es necesario recurrir a otras opciones quirúrgicas. De este modo, se puede plantear el colocar una LIO suturada a sulcus (LSS) o bien, en cámara anterior (1,2).

Proponemos el uso de la LCAAI como una alternativa ante la ausencia de soporte capsular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se implantaron 19 LCAAI (Verisyse®) desde noviembre del 2004 hasta febrero del 2006. Un total de 16 pacientes, 9 hombres y 7 mujeres. La edad media de los mismos era de 59,58 años. 3 de los pacientes fueron intervenidos de ambos ojos. Todos carecían del suficiente soporte para situar una LIO en saco capsular (ver tabla).

CAUSAS DE LA PÉRDIDA DE SOPORTE CAPSULAR

Subluxación de cristalino por S. Marfan o asociado a parálisis cerebral	3
Subluxación de cristalino postraumática	2
Endoftalmitis por fusarium	1
Luxación de LIO a CV	2
Cirugía de catarata con luxación de restos cristalinos a CV	2
Cirugía de catarata sin luxación de restos cristalinos a CV	6

La lente Verisyse® presenta una configuración monobloque y esta fabricada de PMMA. Es plana convexa, con un diámetro de la óptica de 5 mm, y un diámetro total del 8,5 mm. La colocación se realizó con 2 técnicas quirúrgicas distintas, A y B. A 14 pacientes se les practicó la A, a 2 la B. Tanto en un como en otra es necesario el material adecuado de implantación. Este es suministrado por la casa comercial. Consta de manipulador, fórceps de implantación, y fórceps o aguja de enclavación.

En todos los pacientes es fundamental producir una miosis pupilar previa a la cirugía.

Técnica A. Se practica una incisión corneal de 5,5 mm, por la que se introduce la lente por el eje más corto. Se rota y se coloca el eje más largo en posición III-IX horas. Se comienza la maniobra de fijación. Para esto se sujeta la lente con el fórceps de implantación, y con el manipulador se separan las patas de la misma, haciendo al mismo tiempo presión hacia abajo, con lo que la LIO se engancha al iris. Debe tenerse en cuenta que la lente tiende a desplazarse hacia el lado contrario al cual se está realizando la maniobra de enclavado, por lo que ésta debe hacerse dirigida hacia la raíz del iris.

Técnica B. Se practica una incisión corneal de 5,5 mm, así como dos paracentesis con dirección a las II y X horas. Se lleva a cabo la maniobra de fijación iridiana similar a lo descrito anteriormente, haciendo uso de las paracentesis para introducir el manipulador.

En ambas técnicas, se lleva a cabo un cierre de la incisión con sutura continua, y previo a esto una iridotomía.

El postoperatorio de los pacientes es similar al de las LIO en saco capsular. Todos los pacientes recibieron tratamiento tópico combinado corticoideo-antibiótico en pauta descendente durante 5 semanas.

RESULTADOS

El seguimiento medio de los pacientes fue de 6 meses. La agudeza visual media fue de 0,43 con un rango de 1 a amaurosis. Es necesario destacar que 2 de los pacientes tenían una baja AV previa debido a ambliopía (2 pacientes con S. Marfan).

El recuento endotelial medio fue de 1.586 c/mm^2 en el ojo operado frente 2.140 c/mm^2 , en el no intervenido.

Como complicaciones, 1 paciente desarrolló una trombosis de vena central de la retina al mes de la cirugía, estando actualmente amaurótico. Un paciente presentó un desprendimiento de retina (DR). Sin embargo, esto no lo relacionamos con la LCAAI, ya que previo a la colocación de la misma se retiró una LIO luxada a cámara vítrea, siendo las maniobras de extracción de la misma las que provocaron con mayor probabilidad el

DR. Dos pacientes sufrieron un aumento temporal de la presión intraocular de probable origen corticoideo, que cedió con tratamiento antiglaucomatoso tópico y retirada de corticoides. Actualmente no requieren medicación. Un paciente mostró un edema macular quístico (EMQ), con resolución del mismo tras pautársele acetazolamida oral.

CONCLUSIÓN

Existen distintas opciones cuando no disponemos de suficiente soporte capsular, a la hora de colocar una LIO. Así, podemos mencionar las lentes suturadas a sulcus (LSS) o las de cámara anterior.

Con respecto a las LSS, su colocación supone un tiempo quirúrgico considerable, así como un adiestramiento del cirujano en la técnica. Aunque la agudeza visual (AV) final con este tipo de lentes es buena, no están exentas de complicaciones. Se ha demostrado que un 26% de los pacientes desarrolla EMQ, un 7% un aumento de la presión intraocular crónico y un 6% un desprendimiento de retina (DR) (1). La hemorragia coroidea, prolapso de vítreo a cámara anterior o endoftalmitis secundaria a erosiones conjuntivales producidas por el paso de la sutura transescleral, también se han descrito (1-3).

Las lentes de cámara anterior con soporte angular (LCASA) tienen un manejo más sencillo que las anteriores. Sin embargo, debido a la proximidad al endotelio, se puede desarrollar una descompensación corneal. Tal es así, que la mayoría de casos de queratopatía bullosa en pseudofáquicos están originados por este tipo de lentes. Es bien sabido, que la integridad del endotelio corneal es imprescindible para mantener una córnea clara después de la cirugía de catarata. Cuando la densidad de células disminuye a 500 c/mm², el riesgo de descompensación corneal es grande. En distintos estudios se ha comprobado la pérdida progresiva de las células endoteliales centrales en ojos con LIO de cámara anterior. Se ha descrito el síndrome de contacto intermitente con el endotelio, que incluiría cambios corneales, ciliares o EMQ. El endotelio corneal también sufre por el desplazamiento,

posición o tamaño de la LIO (3). Aunque es cierto que con los modelos más nuevos de LCASA las complicaciones endoteliales han disminuido, el edema corneal es una de las causas más frecuentes de poca AV en estos pacientes.

La colocación de los hápticos en la cámara anterior, puede generar daño trabecular y fibrosis del ángulo, con disminución de salida de humor acuoso, aumento de la presión intraocular y glaucoma secundario. Se ha descrito hasta un aumento de 2,5 mmHg un año después de la implantación de la LCASA. Otras complicaciones como ovalización pupilar o uveítis también se asocian al diseño de la LCASA (5).

La LCAAI parece ser una lente con una baja incidencia de complicaciones intra y postoperatorias. Se ha confirmado que no interfiere con la vascularización fisiológica del iris y no genera alteraciones en la pupila o el ángulo (4). Producen una pérdida de células endoteliales en el primer año posquirúrgico del 7,1% al 7,78% (1,4), ya que al implantar la LCAAI, por un lado, existe riesgo de contacto entre los instrumentos y el endotelio, y por otro, se puede colapsar la cámara secundaria a una menor rigidez escleral del ojo afáquico (4). A esto hay que añadir que la mayoría de los pacientes son mayores y han tenido, como mínimo, una intervención previa. Este porcentaje disminuye al 0,7% durante los 2 ó 3 años siguientes, similar a los ojos fáquicos (0,5%) (3).

De cara a los pacientes que desarrollan EMQ, parece existir un porcentaje más bajo en aquellos que tenían una LCAAI frente una LCASA o LSS.

Al comparar las LCCAI respecto a las LSS en cuanto AV final, se ha visto que cuando se contrastan en ojos sin patología previa, no existe una diferencia considerable. En cambio en una reintervención el 87,5% de los pacientes llegaba a una AV de 0,5 con LCAAI versus el 54,6% de las LSSs (5).

Tampoco se ha apreciado con relación a las LIOs de saco capsular un aumento de procesos inflamatorios, DR o EMQ.

En nuestro medio hospitalario se ha pasado de colocar LSS como primera opción ante una afaquia a la LCAAI, debido a que hemos

observado menos complicaciones. Aunque sería necesario un estudio con un mayor número de pacientes y un seguimiento a más largo plazo, consideramos que las LCAAI representan una excelente alternativa para el paciente afáquico sin soporte capsular

Imágenes cedidas por Laboratorios AMO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ivanka J. van der Meulen, MD, Frans P. Gunning, MD, Muriel G. Vermeulen, MD et al. Artisan lens implantation to correct aphakia after vitrectomy for retained nuclear lens fragments. *J cataract refract Surg* 2004; 30: 2585-2589.
2. Giuseppe Revalico, MD, Elena Botteri, MD, Fabio Baccara, MD. Long-term endothelial changes after implantation of anterior chamber intraocular lenses in cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 2003; 29: 1918-1923.
3. DJ De Silva, MRCS(Ed), Ken K. Nischal, FRCOphth, R.B. Packard, MD, FRCOphth. Pre-operative assessment of secondary intraocular lens implantation for aphakia: A comparison of 2 techniques. *J Cataract Surg* 2005; 31: 1351-1356.
4. JL. Güell, MD, Fortino Velasco, MD, F Malecaze et al. Secondary Artisan-Verisyse aphakic lens implantation. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31: 2266-2271.
5. YM Por, MJ Lavin. Techniques of intraocular lens suspension in the absence of capsular/zonular support. *Surv Ophthalmol* 50: 429-462, 2005.