

22517
11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“ VALORACION DE LA EFICACIA DE LOS
LENTES INTRAOCULARES DE
ASA CERRADA ”**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD COMO
CIRUJANO OFTALMOLOGO**

P R E S E N T A :

DR. JUAN FRANCISCO GARZA GONZALEZ



MEXICO, D. F.

1989

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | |
|-----------------------------|----|
| 1.- INTRODUCCION | 1 |
| 2.- ANTECEDENTES | 2 |
| 3.- ELABORACION DEL ESTUDIO | |
| Material y métodos | 5 |
| Resultados | 8 |
| Discusión y conclusiones .. | 11 |
| Figuras | 15 |
| Tablas..... | 16 |
| 4.- BIBLIOGRAFIA | 23 |

VALORACION DE LA EFICACIA DE LOS
LENTES INTRAOCULARES DE
ASA CERRADA.

INTRODUCCION

En la época actual, los lentes intraoculares proporcionan los mejores resultados ópticos para la corrección de la afaquia en los pacientes adultos.

Los lentes intraoculares de cámara posterior reducen notablemente la anisiconía, proporcionando un amplio campo periférico a diferencia de los lentes aéreos y eliminan el riesgo de infecciones corneocconjuntivales, así como las molestias del uso de lentes de contacto. Los lentes intraoculares colocados en la cámara posterior ofrecen una implantación más anatómica y funcional que los de cámara anterior, eliminando prácticamente los riesgos potenciales de estos últimos. Con respecto al diseño, existen lentes intraoculares de cámara posterior de asa abierta y recientemente, se han diseñado los de asa cerrada. Los lentes intraoculares de cámara posterior de asa cerrada ofrecen la ventaja de tener mayor estabilidad óptica disminuyendo las posibilidades de descentración con sus inconvenientes refractivos y bajo índice de complicaciones. Este es un estudio clínico prospectivo realizado en nuestro Servicio, para valorar la eficacia de los lentes intraoculares de asa cerrada, en sus modelos para colocación en bolsa capsular y en sulcus ciliar, haciendo un análisis de los resultados obtenidos hasta la actualidad.

El concepto inicial de lente intraocular fue hecho por Tadini en el siglo XVIII, quien fue el primero en sugerir esta posibilidad, según relata en sus memorias Casanova⁽¹⁾. Por medio de Casanova, las ideas de Tadini fueron conocidas por Casamata, oftalmólogo de la corte de Dresden, el cual intentó colocar un lente intraocular en el año 1795 fracasando en el intento pues el lente se luxó hacia el vítreo.

En la era actual, el primero en colocar un lente intraocular fue el oftalmólogo británico Harold Ridley en 1949. Su idea surgió al observar a los pilotos británicos que habían sufrido penetración de cuerpos extraños intraoculares, durante el bombardeo a sus aviones, sin experimentar reacción al material de plástico llamado polimetilmetacrilato. Ridley colocó el lente intraocular por atrás del iris, frente a la cápsula posterior, proporcionando una posición anatómica en el sitio natural del cristalino. Debido a las múltiples complicaciones postoperatorias, este lente fue abandonado al poco tiempo⁽²⁾.

En 1953 Strampelli introdujo un lente de cámara anterior de soporte angular, el cual cayó en desuso debido a las severas complicaciones corneales y al daño a las estructuras angulares. Posteriormente apareció el lente modificado de Choyce de cámara anterior.

En 1957 Binkhorst diseñó un lente intraocular de cámara anterior de soporte iridiano, con dos asas anteriores y dos posteriores al plano del iris; después aparecieron

los lentes de soporte iridocapsular.

El interés se reavivó a mediados de 1970, cuando los cirujanos fueron conscientes de las complicaciones asociadas con la implantación en la cámara anterior o de los lentes sostenidos por el iris.

En 1974 Shepard implantó lentes en la cámara posterior después de cirugía intracapsular, modificando un lente en medallón de Worst, sin conseguir resultados satisfactorios.

Pearce se convirtió en el primer cirujano persistente en la implantación de cámara posterior, enfatizando en la importancia de colocar el óptico por detrás del plano iridiano (3). Posteriormente aparecieron múltiples modelos de asa abierta como los de Arnot-Little, Severin, Harris, Boberg-Ans. A excepción del trabajo original de Shepard, casi todos los cirujanos utilizaron la cirugía extracapsular.

En un intento por mejorar el centrado, Simcoe modificó el lente de Binkhorst y destacó la importancia de suturar las asas al iris.

En 1977 Shearing introdujo un lente flexible de cámara posterior de asas en J, el cual se adaptaba completamente al sulcus ciliar. En el mismo año, Kratz y otros cirujanos modificaron el lente de Shearing apareciendo los lentes de asas en J anguladas y asas en C.

A finales de 1979 Sheets diseñó los lentes intraoculares de asa cerrada (modelo Sheets) para implantación en-

cámara posterior, partiendo del modelo de asa abierta.

Su idea surgió de las ventajas de proporcionar mayor estabilidad óptica a los lentes de cámara posterior, - ofreciendo cuatro puntos de fijación y estabilización - en las asas⁽⁴⁾.

El modelo inicial para colocación en bolsa capsular, uniplanar, proporcionaba una fijación más segura por - su localización con menor riesgo de complicaciones al permanecer aislado de los tejidos vascularizados y pigmentados intraoculares.

Posteriormente se introdujo el modelo para colocación en bolsa capsular o en sulcus ciliar, angulado -- para tener una columna de flexión controlada y disminuir el riesgo de captura pupilar; este lente ofrecía la ventaja de poder ser colocado en ambas estructuras, según la preferencia del cirujano.

Ambos modelos de lentes proporcionan mayor estabilidad óptica por tener una amplia área de contacto tisular, disminuyendo las posibilidades de descentración - con sus inconvenientes refractivos.

Aún permanece en discusión en la literatura oftalmológica la superioridad de la implantación en la bolsa capsular en comparación a la del sulcus ciliar⁽⁵⁾.

Como ha sido establecido por Roper-Hall, un gran número de lentes intraoculares se han introducido desde 1980 con pequeñas variaciones en el tamaño, forma y materiales para su elaboración, siendo necesario evaluar

detalladamente sus beneficios y complicaciones para determinar su eficacia⁽⁶⁾.

Se realizó el presente estudio clínico para valorar la - eficacia de los lentes intraoculares de asa cerrada, colocados en la bolsa capsular y en el sulcus ciliar, en la estabilidad óptica y evaluar sus complicaciones.

PACIENTES Y METODOS

Se incluyeron en el trabajo a 8 pacientes con diagnóstico clínico de catarata que acudieron al Servicio de Segmento Anterior de nuestro Hospital, con cualquier tiempo de - evolución del padecimiento y con la presencia o no de padecimientos sistémicos agregados.

El primer criterio de inclusión fue la presencia de catarata senil en pacientes con un rango de edad entre 60 a 70 años (Tabla 1).

El segundo criterio de inclusión fue la capacidad visual, la cual debía encontrarse entre el rango de percepción de manos y 20/200 debiendo ser atribuible a la opacificación del cristalino (Tabla 2).

Los criterios de exclusión ocular fueron los siguientes: presencia de retinopatía diabética proliferativa, glaucoma no controlado, uveítis crónica, ambliopía, enfermedad endotelial corneal, queratoplastia penetrante previa, desprendimiento de retina previo, hemorragia vítrea, pacientes -- con ojo único o con padecimientos neurooftalmológicos que - pudieran interferir con la evaluación de los resultados.

Se realizó una evaluación de las enfermedades sistémicas preoperatorias (Tabla 3).

Se midió la presión intraocular preoperatoria con tonómetro de aplanación y se calculó el poder del lente intraocular por ecometría con la fórmula SRK, agregando al resultado para emetropía de 0.50 a 0.75 dioptrías para conseguir una discreta miopía (Tabla 4).

De todos los pacientes que acudieron al Servicio de Segmento Anterior entre noviembre del 86 y enero del 87 se eligieron 8 casos para colocación de lente intraocular de cámara posterior de asa cerrada; se informó sobre las ventajas del método propuesto, obteniéndose su consentimiento en todos los casos.

El examen inicial incluyó historia clínica y estudio inicial oftalmológico completo evaluando en la exploración oftalmológica: capacidad visual, anexos, reflejos pupilares, sensibilidad corneal, movilidad ocular, biomicroscopía, tonometría, gonioscopía, vías lagrimales y oftalmoscopía directa e indirecta cuando el examen lo permitía.

Se colocaron 4 lentes intraoculares de asa cerrada de bolsa capsular y 4 lentes de sulcus ciliar, con capacidad de absorción ultravioleta, distribuidos por igual en ambos sexos.

El lente intraocular de bolsa capsular es un lente uniplanar, convexo-cóncavo, con un óptico de polimetilmetacrilato de 6mm. de diámetro, 2 asas de polipropileno 5-0; la longitud entre los extremos distales de las asas es -

de 12.5mm., con un grosor total de 0.8mm. (Fig.1).

El lente intraocular de bolsa capsular y de sulcus ciliar es un lente angulado, convexo-cóncavo, con un óptico de polimetilmetacrilato de 6mm. de diámetro, 2 asas - de polipropileno 5-0 y 4 agujeros de posición de 0.4mm.; la longitud entre los extremos distales de las asas es - de 13.25mm., con un grosor total de 0.8mm. (Fig. 1).

Ambos modelos de lentes tienen un peso de 2.0mg. en el humor acuoso.

Los lentes fueron implantados por un mismo cirujano - usando una misma técnica quirúrgica, se realizó extrac---ción extracapsular de catarata con sistemas de irriga---ción y aspiración separados, dejando la cápsula poste---rior íntegra y utilizando hialuronato de sodio (Healon)- para la implantación.

Se realizó una capsulotomía anterior triangular base - inferior con dos cortes auxiliares para el lente de bolsa capsular, colocándose en los meridianos de las XII-VI.

Para el lente de bolsa capsular y sulcus ciliar se rea---lizó una capsulotomía anterior periférica circular con - dos cortes auxiliares, colocando el lente en el sulcus - ciliar y rotándolo hacia los meridianos de las III-IX.

La incisión corneoescleral se suturó con ethilon 10-0.

Los pacientes fueron seguidos de febrero a septiembre- de 1987, estableciendo un mínimo de 6 meses de seguimien---to.

Se evaluaron las complicaciones transoperatorias, la -

dificultad encontrada en la implantación y la posición del iris.

Los pacientes fueron examinados a los 1-8 días, a los 45 días, a los 3 y 6 meses postoperatorios, evaluando - presión intraocular, complicaciones, sintomatología, posición del lente y capacidad visual final.

En caso de existir descentración del lente se evaluarían la dirección del movimiento hacia el meridiano más cercano y la movilización según la distancia en milímetros de descentración.

Las complicaciones fueron analizadas en forma independiente evaluando su intensidad, duración, resultado y - tratamiento administrado.

RESULTADOS

Se incluyeron en este estudio 8 pacientes con una edad promedio de 65 años y un rango de 60 a 70 años, de los - cuales 4 fueron hombres y 4 mujeres .

Tres pacientes tenían una historia de diabetes mellitus tipo II, uno de los cuales era portador de retinopatía diabética no proliferativa y otro de hipertensión -- arterial sistémica.

El promedio de la capacidad visual preoperatoria fue - de cuenta dedos, con un rango de percepción de manos a - 20/200.

La presión intraocular preoperatoria estuvo en el rango de 8 a 16 mmHg. y el poder del lente calculado entre 18.0 y 21.0 dioptrías.

Se colocaron igual número de lentes intraoculares de bolsa capsular y de sulcus ciliar según ambos sexos.

De los 8 pacientes ninguno presentó complicaciones transoperatorias, la dificultad encontrada en la implantación fue la del promedio para otros tipos de lentes de cámara posterior y la posición del iris fue plana.

El examen en los primeros 8 días postoperatorios mostró que el centrado estuvo presente en todos los casos (100%).

Un caso mostró descompensación corneal aguda, membrana ciclóptica, vitreitis e iritis moderada. Cuatro casos presentaron edema corneal e iritis mínimas, uno de los cuales tenía discreta tracción pupilar hacia el meridiano de las IX. La sintomatología en un caso fue imagen fantasma y fotofobia, en los cuatro casos restantes únicamente existió fotofobia. La presión intraocular se mantuvo dentro de límites normales (abajo de 20 mmHg.) en todos los casos (Tabla 5).

La evaluación a los 45 días, a los 3 y 6 meses postoperatorios determinó una capacidad visual de 20/40 o mejor en el 100% de los casos y de 20/30 o mejor en el 50% de ellos. El centrado del lente intraocular en la cámara posterior estuvo presente en el 100% de los casos, la presión intraocular estuvo dentro de límites normales sin existir complicaciones ni sintomatología, excepto en el caso 5 que persistió con discreta tracción pupilar hacia el meridiano

de las IX debido a una sinequia posterior (Tabla 6).

Se analizaron las complicaciones ocurridas en forma in dependiente determinando su duración, intensidad, tratamiento y resultado final; se presentaron complicaciones-iniciales en 5 de los 8 casos (62.5%). De estas complica ciones 3 ocurrieron con el lente colocado en sulcus ci- liar (37.5%) y 2 con el lente de bolsa capsular (25%).

El caso 1, con lente colocado en sulcus ciliar, presen tó descompensación corneal aguda e iritis moderadas que-desaparecieron a los 36 días, también presentó vitreitis y membrana ciclítica moderadas que desaparecieron a los-3 meses con tratamiento esteroideo sistémico.

El caso 5, con lente en bolsa capsular, presentó edema corneal e iritis leves que desaparecieron a los 7 días, persistiendo como secuela una discreta tracción pupilar-hacia el meridiano de las IX debido a una sinequia poste rior.

El caso 6, con lente en sulcus ciliar, mostró edema --corneal e iritis leves controlados a los 5 días del post operatorio.

El caso 7, con lente en bolsa capsular, presentó edema corneal e iritis leves por 3 días.

El caso 8, con lente en sulcus ciliar, tuvo edema cor neal e iritis leves que duraron 5 días (Tabla 7).

DISCUSION

Actualmente, los lentes intraoculares proporcionan los mejores resultados ópticos para la corrección de la afaxia en los pacientes adultos.

Debido a sus mejores resultados anatómico funcionales y a su baja incidencia de complicaciones, los lentes intraoculares de cámara posterior constituyen la elección de los cirujanos oftalmólogos que realizan implantaciones intraoculares.

Aunque existen múltiples reportes en la literatura oftalmológica sobre lentes intraoculares de cámara posterior de asa abierta, son escasas las publicaciones existentes de lentes intraoculares de asa cerrada, desde su introducción a finales de 1979^(7,8).

Este estudio clínico consistió en la valoración de los lentes intraoculares de cámara posterior de asa cerrada, colocados en bolsa capsular y en sulcus ciliar, para determinar su eficacia en la estabilidad óptica y evaluar sus complicaciones.

En el modelo de asa cerrada la estabilidad óptica del centrado del lente esta dada por los 4 puntos de fijación y estabilización proporcionados por las asas, con una distribución más uniforme del área de contacto con los tejidos intraoculares, disminuyendo las posibilidades de descentración con sus inconvenientes refractivos.

Sinskey y otros autores han demostrado la presencia de

trastornos visuales en pacientes con lentes intraoculares de cámara posterior, aún con agudezas visuales excelentes, debido a un discreto descentrado del lente. Estos trastornos visuales se manifiestan como deslumbramiento, diplopía monocular, halos, el síndrome del sol poniente y destellos luminosos de predominio nocturno, - al ocurrir la dilatación pupilar⁽⁹⁾.

De los pacientes estudiados ninguno presentó complicaciones transoperatorias, lo cual puede estar dado por - un mayor control del lente en el momento de la implantación, así como por la menor manipulación necesaria para su posición final; la dificultad encontrada al momento de la implantación fue la del promedio para otros lentes intraoculares de cámara posterior, la posición del iris fue plana.

La evaluación en los primeros 8 días, a los 45 días, - a los 3 y 6 meses postoperatorios mostró que los lentes permanecieron centrados en el 100% de los casos. La capacidad visual final fue de 20/40 o mejor en el 100% de los casos y de 20/30 o mejor en el 50% de ellos, la presión intraocular se encontró dentro de límites normales en todos los casos durante el período de seguimiento.

Las complicaciones iniciales se presentaron en 5 de - los 8 casos (62.5%), ocurriendo 3 (37.5%) en los lentes colocados en sulcus ciliar y 2 (25%) en los lentes colocados en bolsa capsular.

Un paciente (12.5%) presentó descompensación corneal-aguda, iritis, vitreitis y membrana ciclítica moderadas,

desapareciendo las dos primeras a los 36 días y las dos últimas a los 3 meses con tratamiento esteroideo sistémico; este caso, que obtuvo una capacidad visual de 20/40, tenía un lente colocado en sulcus ciliar atribuyéndose la reacción a la respuesta inmunológica del paciente y no al sitio de implantación intraocular.

Los restantes 4 pacientes (50%) presentaron edema corneal e iritis leves que desaparecieron en promedio a los 5 días postoperatorios, con un rango de 3 a 7 días; uno de estos pacientes (12.5%) con lente colocado en bolsa capsular presentó como secuela una discreta tracción pupilar hacia el meridiano de las IX, debido a una sinquiua posterior.

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Mc Caffery y Lusby en su revisión de 584 lentes intraoculares de asa cerrada, los cuales obtuvieron una capacidad visual de 20/40 o mejor en el 95.9% de sus casos, no encontrando descentración de los lentes en los casos estudiados durante un período de seguimiento de 24 meses o más en un 86.6% de sus pacientes (7).

Sin ocurrir en nuestro estudio, pero apoyados en el estudio de Mc Caffery, se encuentra una baja incidencia de complicaciones oculares severas como edema macular cistoides, glaucoma y desprendimiento de retina, similar a las ocurridas en reportes sobre lentes intraoculares de asa abierta como los realizados por Kratz, Kline y Heslin (10,11,12,13).

Permanece sin determinar actualmente entre los cirujanos

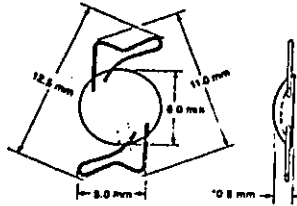
nos oftalmólogos la superioridad de la implantación en la bolsa capsular en comparación a la del sulcus ciliar; no siendo la finalidad de nuestro estudio y debido a los pocos casos estudiados en el corto período de seguimiento, no pudimos obtener resultados concretos al respecto.

Existen reportes recientes en la literatura, como el de Nishi en Japón, que indican menor opacificación de la cápsula posterior y una más segura fijación con la implantación en la bolsa capsular⁽¹⁴⁾. En los últimos años existe una marcada tendencia por la implantación en la bolsa capsular por los cirujanos norteamericanos^(15,16).

Finalmente, nuestro estudio demostró que los lentes intraoculares de asa cerrada constituyen una opción en la implantación de lentes intraoculares de cámara posterior con excelentes resultados de estabilidad óptica y bajo índice de complicaciones oculares severas.

Figura 1.- MODELO DE LENTES INTRAOCULARES
DE ASA CERRADA

MODELO DE BOLSA CAPSULAR



MODELO DE BOLSA CAPSULAR
Y DE SULCUS CILIAR

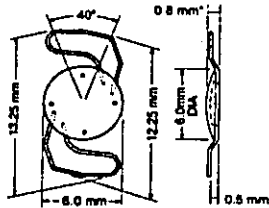


Tabla 1.- EDAD, SEXO Y LOCALIZACION DEL LENTE INTRAOCULAR

| CASO | EDAD | SEXO | LOCALIZACION |
|------|------|------|----------------|
| 1 | 66 | M | SULCUS CILIAR |
| 2 | 61 | M | BOLSA CAPSULAR |
| 3 | 67 | M | SULCUS CILIAR |
| 4 | 70 | M | BOLSA CAPSULAR |
| 5 | 69 | F | BOLSA CAPSULAR |
| 6 | 67 | F | SULCUS CILIAR |
| 7 | 60 | F | BOLSA CAPSULAR |
| 8 | 66 | F | SULCUS CILIAR |

Tabla 2.- CAPACIDAD VISUAL PREOPERATORIA

| CASO | OJO TRATADO | CAPACIDAD VISUAL |
|------|-------------|------------------|
| 1 | OD | 20/400 |
| 2 | OI | PM. 1m. |
| 3 | OI | 20/200 |
| 4 | OD | CD. 80cm. |
| 5 | OD | CD. 30cm. |
| 6 | OD | PM. 30cm. |
| 7 | OD | CD. 2m. |
| 8 | OI | CD. 1m. |

Tabla 3.- ENFERMEDADES SISTEMICAS PREOPERATORIAS

| CASO | ENFERMEDADES SISTEMICAS |
|------|---|
| 1 | Diabetes mellitus tipo II, Retinopatía diabética no - proliferativa |
| 2 | Diabetes mellitus tipo II, Hipertensión arterial sis- témica |
| 3 | Ninguna |
| 4 | Ninguna |
| 5 | Ninguna |
| 6 | Ninguna |
| 7 | Ninguna |
| 8 | Diabetes mellitus tipo II |

Tabla 4.- PRESION INTRAOCULAR PREOPERATORIA Y PODER
DEL LENTE INTRAOCULAR CALCULADO

| CASO | PIO(mmHg.) | PODER(Dp.) |
|------|------------|------------|
| 1 | 16 | 18.0 |
| 2 | 12 | 20.5 |
| 3 | 16 | 19.0 |
| 4 | 14 | 19.0 |
| 5 | 11 | 20.0 |
| 6 | 8 | 20.5 |
| 7 | 12 | 21.0 |
| 8 | 15 | 21.0 |

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla 5.- EVALUACION A LOS 1-8 DIAS POSTOPERATORIOS

| CASO | LOCALIZACION | PIO | COMPLICACION | SINTOMATOLOGIA | POSICION DEL LIO. |
|------|----------------|-----|---|------------------------------|-------------------|
| 1 | SULCUS CILIAR | 15 | DESC.C.AGUDA IRITIS VITREITIS MEMB.CICLITICA | IMAGEN FANTASMA FOTOFOBIA | CENTRADO |
| 2 | BOLSA CAPSULAR | 11 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 3 | SULCUS CILIAR | 12 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 4 | BOLSA CAPSULAR | 12 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 5 | BOLSA CAPSULAR | 11 | EDEMA CORNEAL IRITIS TRACCION PUPILAR IX | FOTOFOBIA | CENTRADO |
| 6 | SULCUS CILIAR | 16 | EDEMA CORNEAL IRITIS | FOTOFOBIA | CENTRADO |
| 7 | BOLSA CAPSULAR | 12 | EDEMA CORNEAL IRITIS | FOTOFOBIA | CENTRADO |
| 8 | SULCUS CILIAR | 10 | EDEMA CORNEAL IRITIS | FOTOFOBIA | CENTRADO |

Tabla 6.- EVALUACION A LOS 45 DIAS, 3 Y 6 MESES POSTOPERATORIOS

| CASO | LOCALIZACION | C.V. | PIO | COMPLICACION | SINTOMATOLOGIA | POSICION DEL LIO. |
|------|----------------|-------|-----|------------------------|----------------|-------------------|
| 1 | SULCUS CILIAR | 20/40 | 14 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 2 | BOLSA CAPSULAR | 20/30 | 12 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 3 | SULCUS CILIAR | 20/20 | 12 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 4 | BOLSA CAPSULAR | 20/40 | 12 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 5 | BOLSA CAPSULAR | 20/30 | 11 | TRACCION PUPILAR IX | NINGUNA | CENTRADO |
| 6 | SULCUS CILIAR | 20/40 | 11 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 7 | BOLSA CAPSULAR | 20/25 | 13 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |
| 8 | SULCUS CILIAR | 20/40 | 12 | NINGUNA | NINGUNA | CENTRADO |

Tabla 7.- COMPLICACIONES EVALUADAS SEGUN SU DURACION, INTENSIDAD, TRATAMIENTO Y RESULTADO FINAL

| CASO | LOCALIZACION | COMPLICACION | DURACION | INTENSIDAD | TRATAMIENTO | RESULTADO |
|------|----------------|---|--|--|---|--|
| 1 | SULCUS CILIAR | DESC.C.AGUDA IRITIS VITREITIS MEMB.CICLITICA | 36 DIAS 36 DIAS 3 MESES 3 MESES | MODERADA MODERADA MODERADA MODERADA | CLORANFENICOL T.36D. PREDNISOLONA T.36D. TROPICAMIDA T.36D. INDOMETACINA VO.36D. PREDNISONA VO.3 M. | RECUPERADO RECUPERADO RECUPERADO RECUPERADO |
| 5 | BOLSA CAPSULAR | EDEMA CORNEAL IRITIS TRACCION PUPILAR IX | 7 DIAS 7 DIAS PERSISTE | LEVE LEVE DISCRETA | CLORANFENICOL T.15D. PREDNISOLONA T.15D. PREDNISONA VO.30D. | RECUPERADO RECUPERADO SECUELA |
| 6 | SULCUS CILIAR | EDEMA CORNEAL IRITIS | 5 DIAS 5 DIAS | LEVE LEVE | CLORANFENICOL T.12D. PREDNISOLONA T.12D. | RECUPERADO RECUPERADO |
| 7 | BOLSA CAPSULAR | EDEMA CORNEAL IRITIS | 3 DIAS 3 DIAS | LEVE LEVE | CLORANFENICOL T.10D. PREDNISOLONA T.10D. | RECUPERADO RECUPERADO |
| 8 | SULCUS CILIAR | EDEMA CORNEAL IRITIS | 5 DIAS 5 DIAS | LEVE LEVE | CLORANFENICOL T.12D. PREDNISOLONA T.12D. | RECUPERADO RECUPERADO |

T= TOPICO
VO= VIA ORAL
D= DIAS
M= MESES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Machen,A.(Trans):Memoirs of Giacomo Casanova de Seingalt.
R&R Clark For Limited Editions Club 1940;8:47-50.
- 2.-Ridley,H.:Intraocular acrylic lenses. Trans Ophthalmol --
Soc UK 1951;71:617.
- 3.-Pearce,J.L.:Sixteen months experience with 140 posterior-
chamber intraocular lens implants.Br J Ophthalmol 1977;61:
310-314.
- 4.-Sheets,J.:Posterior chamber lenses. Contact Intraocul Lens
J 1981;7:279-283.
- 5.-Apple,D.J.,Mamalis,N.,Reidy,J.J.,Novak,L.C.:A comparison -
of ciliary sulcus and capsular bag fixation of posterior -
chamber intraocular lenses.Am Intra-Ocular Implant Soc J -
1985;11:44-63.
- 6.-Roper-Hall,M.J.:Chance and design...the importance of deta
11. Contact Lens 1980;6(4):360-365.
- 7.-Mc Caffery,J.M.,Lusby,F.W.:A review of 584 3M style 30 in-
traocular lens implants.J Catarat Refract Surg 1986;12:278
280.
- 8.-Axt,J.:Power calculations for the style-30(Sheets design)-
and other intraocular lenses. C L A O J 1983;9(2):102-106.
- 9.-Brems,R.N.,Apple,D.J.,Pfeffer,B.R.:Posterior chamber intra
ocular lenses in a series of 75 autopsy eyes.Part III:Co--
rrelation of positioning holes and optic edges with the --
pupillary aperture and visual axis.J Catarat Refract Surg-
1986;12:367-371.

- 10.-Kratz,R.P.,Mazzocco,T.R.,Davidson,B.,Colvard,D.M.:The Shearing intraocular lens:a report of 1,000 cases.Am-Intra-Ocular Implant Soc J 1981;7:55-57.
- 11.-Kline,O.R.,Yang,H.K.:A review of 1,400 intraocular -- lens implant cases.Contact Intraocul Lens Med J 1981; 7:262-278.
- 12.-Kratz,R.P.:Complications associated with posterior -- chamber lenses.Ophthalmology 1979;86:659-661.
- 13.-Heslin,K.B.,Guerriero,P.N:Extracapsular catarat ex--- traction and primary posterior chamber lens implanta- tion.J Catarat Refract Surg 1986;12:44-46.
- 14.-Nishi,O.:Incidence of posterior capsule opacification in eyes with and without posterior chamber intraocu-- lar lenses.J Catarat Refract Surg 1986;12:519-522.
- 15.-Leaming,D.:Practice styles and preferences of ASCRS - members-1985 survey.J Catarat Refract Surg 1986;12:-- 380-384.
- 16.-Apple,D.J.,Park,S.B.,Merkley,K.H.,Brems,R.N.:Poste--- rior chamber intraocular lenses in a series of 75 au- topsy eyes.Part I:Loop location.J Catarat Refract --- Surg 1986;12:358-362.