

TESIS PARA LA ESPECIALIDAD

EN OFTALMOLOGIA

*Resultados de lentes intraculares
en niños en la asociación para evitar
la ceguera en México.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Dr. Romeo de Sagar Miller
Eduardo*

1992



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 está 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.

RESULTADOS DE LENTES INTRAOCULARES EN NIÑOS
EN LA ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN
MEXICO " DR. LUIS SANCHEZ BULNES "

Dr. Eduardo Romo de Vivar Miller
Dra. Aleta Yvette Hayton Cordero
Dr. Arturo Pacheco Ochoa

RESUMEN:

Presentamos un estudio retrospectivo de lentes - intraoculares en 27 niños, 32 ojos, en el A.P.E.C., - cuyas edades oscilaban entre los 4 y los 16 años. Tu- vimos 2 tipos de cataratas: congénitas bilaterales, - y traumáticas. Analizamos 3 técnicas quirúrgicas di- ferentes. En las traumáticas, el 26.6% obtuvo C.D. a 50cm a 2/10; 46.6% de 4/10 a 6/10; 20%, de 7/10 a -- 10/10, y sólo un ojo el 6.6% se perdió debido al tra~~u~~ matismo. En las congénitas obtuvimos: 37.5% C.D.a 1m a 2/10; 25% 3/10 a 5/10; 18.75% 6/10 a 8/10 y 18.75% 9/10 a 10/10. Concluimos que en casos de cataratas traumáticas y congénitas unilaterales, es mejor el - resultado visual con LIOs en niños que con corrección en forma de lentes de contacto o anteojos y se evita el riesgo de ambliopía. En cataratas congénitas bila- terales se necesitan mayores estudios con controles.

PALABRAS CLAVES:

pseudofa~~u~~quia en niños, cataratas traumáticas, - cataratas congénitas bilaterales y unilaterales.

INTRODUCCION:

Los resultados visuales de niños postoperados de extracción de cataratas unilateral y con corrección de anteojos y/o lentes de contacto, no son muy halagadores debido a la alta incidencia de ambliopía, la poca cooperación de los padres y pacientes, en el caso de los lentes de contacto, y lo tardado de la recuperación visual desde la cirugía hasta la adaptación de la corrección cualesquiera que ésta sea.

Es por ésto, que varios cirujanos¹⁻⁴, han iniciado, aun cuando sea muy controvertido, el implante de lentes intraoculares (LIOs) en niños, ya que la recuperación de la agudeza visual es inmediata, hasta ahora no han dado complicaciones, y se reduce el riesgo de ambliopía, mientras más rápido sea la cirugía.

Nuestro trabajo es un estudio retrospectivo de pacientes operados en nuestro hospital, cuyas edades fluctúan entre 4 y 16 años, sin importar el tipo de catarata, uni o bilateral, la técnica empleada, y el tipo de LIO de cámara posterior (CP) o cámara anterior (CA), todos los cuales serán variables a estudiar.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron expedientes de 27 pacientes, 32 ojos, postoperados de catarata con implante de LIO, de Marzo de 1986 a Julio de 1990, con un mínimo de 3 meses de seguimiento.

Nuestros criterios de inclusión fueron:

- 1.- Postoperados de extracción-extracapsular de

catarata mas LIO de CA o CP.

2.- 16 años o menores

3.- 3 meses o más de seguimiento

Nuestros criterios de exclusión fueron:

1.- Expedientes incompletos

2.- Mayores de 16 años

3.- Extracción de catarata simple sin implante.

4.- Seguimiento menor a 3 meses

Se clasificaron según el tipo de catarata en: -
congénitas bilaterales, congénitas unilaterales y --
traumáticas.

A todos los pacientes se les realizó ecografía y se les calculó el LIO por la fórmula de SRK. En los -
casos de ruptura accidental de la cápsula posterior -
en el transoperatorio, se disminuyó el poder del LIO
calculado en 1 a 1.5 dioptrías y se colocó un LIO de
cámara anterior.

La cirugía se realizó bajo anestesia general, -
con la técnica habitual de EECC + LIO CP. En 2 pacient
tes se realizó capsulotomía posterior, programada, post
terior a la colocación del LIO, y en un ojo además de
la capsulotomía posterior, se realizó vitrectomía an-
terior siguiendo la técnica de Dahan¹.

Todos los pacientes fueron tratados con esteroi-
des tópicos y fueron valorados a la 1a semana, 1er -
mes, 3er mes, y 6o mes postoperatorio. Si el caso así
lo requería, por opacidad de la cápsula posterior, --
fueron tratados con Yag Laser.

RESULTADOS:

Estudiamos 27 pacientes, 32 ojos, de los cuales 18 eran masculinos y 9 femeninos, cuyas edades fluctuaban entre los 4 y 16 años, con un promedio de --- 10.74 años.

En cuanto al tipo de catarata, tuvimos 15 traumáticas, y de éstos, 4 con leucomas por heridas corneales. Un sólo paciente (ojo), fue de catarata congénita unilateral, mientras que los 16 ojos restantes correspondieron a 9 niños con cataratas congénitas bilaterales, 5 de los cuales estaban operados con LIO bilateral, y 6 unilateral. Los últimos en espera de cirugía para el segundo ojo, o que ya había sido operado sin implante.

Dentro de las cataratas traumáticas encontramos 14 totales y 1 parcialmente reabsorbida. El único -- caso de catarata congénita unilateral fue total; mientras que en las congénitas bilaterales encontramos: - 7 totales; 2 parcialmente reabsorbidas; 5 zonular central y 2 con opacidad subcapsular posterior central.

Las técnicas empleadas fueron las siguientes: 22 ojos con EECC + LIO CP, 2 ojos con EECC + LIO CP + capsulotomía posterior y 1 además con vitrectomía anterior. En 6 ojos hubo ruptura de la cápsula posterior transoperatoriamente, por lo que se efectuó vitrectomía y se colocó un LIO de CA, y en otro caso - similar, se suturó el LIO al sulcus ciliar.

Los resultados visuales los clasificamos según el tipo de catarata. Las traumáticas obtuvieron: CD a 50cm a 2/10 en 4 ojos (26.6%); de 4/10 a 6/10 en 7 ojos (46.6%); de 7/10 a 10/10 en 3 ojos (20%) . Sólo un ojo tuvo no percepción de luz (6.6%).

Las capacidades visuales finales de los ojos con catarata congénita bilateral fueron: de CD 1m a 2/10 en 6 ojos (37.5%); de 3/10 a 5/10 en 4 ojos (25%); de 6/10 a 8/10, 3 ojos (18.75%); y de 9/10 a 10/10, 3 ojos (18.75%). En nuestro único caso de catarata congénita unilateral obtuvo una capacidad final de 2/10 (100%).

A 4 ojos con LIO de CP, 2 cataratas congénitas y 2 traumáticas, se les opacificó la cápsula posterior en un promedio de 3 meses (rango 1 a 6 meses). A los 4 se les aplicó YAG LASER con óptimos resultados.

El poder de los LIOs de CP fue de +16.00 a ----- +26.00 Dioptrías, con una media de +21.00 , mientras que los LIOs de CA variaron de +16.00 a +21.00 con una media de +16.00.

La baja capacidad visual final fue, en las cataratas traumáticas (menor o igual a 2/10) en 4 ojos, (25%), mientras que en las congénitas fue de 6 ojos (37.5%).

Hubo un solo caso de Edema Macular Cistoide que terminó con 2/10 de capacidad visual en el grupo de las cataratas congénitas.

DISCUSION:

Se ha comprobado¹⁻⁶, que los niños con afaquia unilateral, con implante de LIO, tienen mayor y más rápida recuperación visual que con lentes de contacto y anteojos, debido principalmente al problema psicológico por el continuo "quita/pon" del uso de lentes de contacto, y en el caso de los anteojos la distorsión y anisometropía.

El implante de LIOs en niños ha sido sólo en ó-l-timas fechas, y en número pequeño debido a varios factores como son: el menor tamaño de los ojos de los pequenos, una menor tensión en los tejido oculares, falta de técnica específica para niños, y la falta de un método confiable para el cálculo del poder del LIO.

A partir de 1983 con Ben Ezra², Tablante en -- 1988³ y Dahan en 1990¹, que han desarrollado técnicas específicas para niños, que en futuros estudios controlados nos darán mayor seguridad en cuanto a la técnica a emplear, los implantes en niños son ya una posibilidad.

Nuestros resultados, divididos en dos grupos principales: traumáticas y congénitas bilaterales, son halagadores, ya que todos los casos a excepción de uno, tuvieron mejoría en la capacidad visual. Un 75% y un 63% en el caso de las cataratas traumáticas y congénitas, respectivamente, tuvieron visión de 3/10 o mejor. En cuanto a la capacidad visual final comparando los 2 grupos, las traumáticas obtuvieron mejor resultado final que las congénitas bilaterales.

Nuestro caso de no percepción de luz en la catarata traumática, fue debido a que el ojo tuvo una - hemorragia vítrea en el momento del traumatismo y posterior a la cirugía de catarata + LIO + Vitrectomía desarrolló una nueva HV, además de un desprendimiento de retina total y un desprendimiento coroideo de 360°.

Dentro de las cataratas congénitas, a pesar de - que el Edema Macular Cistoide no está reportado como frecuente en niños^{1,7}, tuvimos un ojo que evolucionó a 2/10 de capacidad visual final una vez resuelto el caso.

Los leucomas corneales no fueron significativos para la agudeza visual en las cataratas traumáticas de nuestros casos.

En cuanto al único caso de catarata congénita unilateral que revisamos, no es valorable el resultado final de 2/10 por ser único.

Hubo 4 opacidades de cápsula posterior que requirieron tratamiento con Yag-Laser, sin que se presentaron complicaciones, y la capacidad visual aumentó de 2 a 4 líneas de Snellen después de la capsulotomía.

No observamos diferencia significativa en cuanto a las 4 diferentes técnicas usadas, tanto la EECC + LIO CP como en donde se añadió la capsulotomía posterior y en la que incluso se efectuó vitrectomía anterior programadas, así como en el caso de ruptura transoperatoria de la cápsula posterior con salida de vitreo, se realizó vitrectomía anterior y se colocó un LIO de CA sin problemas posteriores. Incluso, en un caso se suturó el LIO de CP al sulcus ciliar no dando mayores alteraciones.

Algunos autores^{1,2} opinan que en niños con implantes tal vez se les tenga que cambiar el implante después de cierto tiempo, debido a cambios en el eje axial del ojo en el crecimiento, pero esto es algo relativo ya que es mejor al riesgo de la ambliopía.

Podemos concluir que los LIOs resultan en una más rápida recuperación visual comparados con los áfacos con corrección, ya sea anteojos o lentes de contacto, además de reducir el riesgo de ambliopía.

Consideramos que está indicado el poner un LIO -

en cataratas unilaterales ya sea traumáticas o congénitas, y aun cuando en nuestro estudio se efectuaron implantes en cataratas congénitas bilaterales, con buenos resultados, ésto es discutible.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas , no existe ideal. No hay , aparentemente, diferencia entre la - capsulotomía posterior quirúrgica transoperatoria, y la de Yag-Laser.

La vitrectomía anterior, que predica el que hay menor inflamación postoperatoria, necesita mayores - estudios y grupos controles.¹

Los agentes inhibidores de células epiteliales - están para probarse y ver sus resultados en pseudofaquia en niños.

Por último, podemos predecir que los LIOs en niños tienen un gran futuro, con las nuevas técnicas - quirúrgicas, nuevo instrumental, LIOs especialmente - para menores, y la necesidad de estudios controlados de todo lo anterior.

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Dahan E, Salmenson B "PSEUDOPHYMIA IN CHILDREN: PRECAUTIONS, TECHNIQUE AND FEASIBILITY" J. Cat. Refrac. Surg. Vol 16: 75-82. 1990.
- 2.- Tablante R et al "A NEW TECHNIQUE OF CONGENITAL CATARACT SURGERY WITH PRIMARY POSTERIOR CHAMBER LENS IMPLANTATION" J. Cat. Refrac. Surg. Vol 14: 149-157. 1988.
- 3.- BenEzra D, Paez J. "CONGENITAL CATARACT AND INTRAOCULAR LENSES" Am. J. Ophthal. 96: 311-314, 1983-
- 4.- Hiles D. "IOL IMPLANTATION AN CHILDREN WITH MONOCULAR CATARACTS" Ophthalmology 91: 1231-1237. 1984
- 5.- Morgan K, Collins C. "COMBINED CATARACT EXTRACTION AND EPIKERATOPLASTY IN CHILDREN" J. Ped. Ophthal. & Strab. 26: 14-18. 1989.
- 6.- Nishi O "INTERCAPSULAR CATARACT SURGERY WITH LENS EPITHELIAL CELL REMOVAL" J. Cat. Refrac. Surg. 15: 301-303. 1981.
- 7.- Bellcr R et al "GOOD VISUAL FUNCTION AFTER NEONATAL SURGERY FOR CONGENITAL MONOCULAR CATARACTS" Am. J. Ophthal. 91: 559-565. 1981.
- 8.- Pinchoff B et al " CYSTOID MACULAR EDEMA IN PEDIATRIC PSEUDOPHYMIA" J. Ped. Ophthal. & Strab. 25: 240-243 1988.