

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

REHABILITACION VISUAL EN PACIENTES CON CATARATAS
CONGENITAS. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LENTES
INTRAOCULARES, LENTES DE CONTACTO Y LENTES DE
ARMAZON.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A

ANA BEATRIZ GONZALEZ CARRANZA

CIUDAD UNIVERSITARIA AÑO: 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

18
E32

11234

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO, I.A.P.

HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES

T I T U L O:

REHABILITACION VISUAL EN PACIENTES CON CATARATA CONGENITA.
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LENTES INTRAOCULARES, LENTES DE
CONTACTO Y LENTES DE ARMAGON.

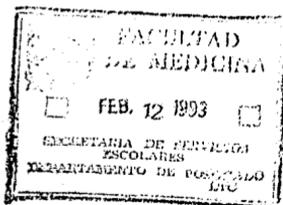
FEBRERO DE 1993.

DRA. ANA BEATRIZ GONZALEZ CARRANZA



DR. RAFAEL SANCHEZ FONTAN

JEFE DE ENSEÑANZA



R E S U M E N

Se revisaron 101 pacientes con diagnostico de catarata congenita, que fueron operados durante el periodo de Enero de 1986 a Agosto de 1990 en nuestro Hospital, para evaluar en forma comparativa su rehabilitacion visual de afacos y pseudofacos; por lo que se excluyeron 5 pacientes con patologia ocular asociada y se eliminaron 65 por un seguimiento inadecuado. Los grupos estudiados fueron: A.- Pacientes con colocacion de lente intraocular (LIO) (11); B.- Pacientes con lentes de contacto (LDC) (16) y C.- Pacientes con lentes de armazon (LA) (7). Tres pacientes fueron rehabilitados con 2 diferentes metodos. Los resultados fueron analizados como catarata congenita unilateral o bilateral. Se observo una significancia estadistica en cuanto a capacidad visual entre el grupo A y C. Los resultados con LDC fueron los deseados, sin embargo su dificil manejo en un niño no permitio considerarlo como alternativa util.

I N T R O D U C C I O N

La opacificacion del cristalino es el resultado de la desorganizacion de su quimica, entre las que se encuentran principalmente alteraciones de la permeabilidad de la capsula con aumento y disminucion de algunos elementos (1).

Las cataratas en niños pueden ser un hallazgo clinico o formar parte de un sindrome hereditario o de una enfermedad congenita sin componente genetico, se pueden presentar asociadas a infecciones maternas durante el embarazo; por alteraciones enzimaticas. Entre los sindromes asociados a cataratas se encuentra el de Down en donde se presentan opacidades en un numero de casos significativos despues de los 7 años (2). Alrededor de la tercera parte de las cataratas congenitas son hereditarias, y no estan asociadas a ninguna alteracion metabolica o sistematica.

Las cataratas congenitas y de desarrollo son la causa principal de perdida visual en niños, sin embargo aun es controversial su manejo, algunos autores prefieren su rehabilitacion con LDC y otros con LIO. El primer caso de implantacion de LIO fue informado por Choyse en 1955, usando un lente de camara anterior,(3)

La rehabilitacion visual en estos pacientes ha sido un campo de dificil manejo, sin embargo con las nuevas tecnicas quirurgicas, el instrumental y los metodos de correccion optica han contribuido al mejoramiento y mas temprana recuperacion visual. El problema critico en el manejo de los pacientes menores de 7 años es el

evitar la ambliopia, por lo que se han ideado diferentes criterios para su manejo (4). Los LDC se consideran una alternativa segura y proporcionan una corrección postquirúrgica temprana, sin embargo la adaptación del LDC en un niño implica una gran dificultad por los cuidados que se requieren para el uso de estos,

Algunos autores han considerado como una buena opción la colocación de un LIO para lograr una mejor rehabilitación visual (5, 6) por lo que será útil evaluar la experiencia en nuestro Hospital y en una forma comparativa valorar la rehabilitación visual en niños afacos y pseudofacos con diagnóstico de catarata congénita unilateral o bilateral,

S U J E T O S Y M E T O D O S

Se revisaron los expedientes de 101 pacientes con diagnostico de catarata congenita que fueron operados en el Hospital de la Asociacion para Evitar la Ceguera en Mexico, en el periodo comprendido del 1o. de Enero de 1986 al 31 de Agosto de 1990; 52 fueron hombres y 49 mujeres, la edad vario entre 3 meses y 14 años con una X de 6.04 ± 5.95 . Se analizo en cada uno de los pacientes el periodo de seguimiento, su capacidad visual pre y postoperatoria tipo de rehabilitacion visual y sus complicaciones.

Se excluyeron 5 pacientes por patologia asociada a catarata; se eliminaron 65 pacientes por seguimiento postoperatorio menor de 2 meses, por falta de toma de capacidad visual final o por complicaciones,

Los pacientes incluidos se dividieron en tres grupos: A.- Pacientes con LIO, B.- Pacientes con LDC y C.- Pacientes con LA.

Se compararon los resultados visuales de los tres grupos con la prueba exacta de Fisher y la χ^2

R E S U L T A D O S

La distribucion por grupos de estudio, incluidos como catarata congenita unilateral y bilateral se muestran en la tabla I.

El metodo mas utilizado fue con LDC y en 3 pacientes se utilizo LIO en un ojo y LDC en el otro. Se practico estudio ultrasonografico en 8 pacientes y llama la atencion su resultado por presentar una X de eje anteroposterior (AP) mayor de 20 mm (Tabla II).

La edad de los pacientes incluidos vario de 3 a 13 años siendo similar en los tres grupos (Tabla III).

La capacidad visual en catarata congenita monocular con LIO o LDC no mostro buenos resultados, sin embargo, en catarata - bilateral los 7 pacientes con LIO mejoraron a mas de 20/40; los pacientes con LDC tambien presentaron resultados satisfactorios y solo un paciente no mejoro su capacidad visual.

Aplicando la prueba exacta de Fisher y la X^2 entre el grupo de LIO y el de LA mostro una significancia estadistica (Tablas IV y VI).

El equivalente esferico en el grupo de LIO fue bajo ($X_{-1.56}$) a pesar de que en 4 ojos no se realizo la medicion.

	PACIENTES	OJOS
LIO	11	13
LDC	16	21
L A	7	12

	EJE AP (mm)
CATARATA	
BILATERAL	X 23.89 ± 2.91
UNILATERAL	X 23.21 ± 0.89

TABLA III

CATARATA

UNILATERAL		BILATERAL	
LIO (6)	X 7.6 años (5-11a)	LIO (5)	X 7.4 años (6- 9)
		LDC (8)	X 8.5 años (6-13)
L A (8)	X 9.5 años (3-13a)	L A (7)	X 7.2 años (4-10a)

TABLA IV

CATARATA UNILATERAL

	LIO	LDC
20/20 20/40	1	2
20/50 o menos	5	5

p= 0.87

TABLA V

CATARATA BILATERAL

	LIO	LDC
20/20 20/40	7	8
20/50 o menos	0	5

p= 0.17

TABLA VI

CATARATA BILATERAL

	L I O	L A
20/20 20/40	7	3
20/50 o menos	0	9

p= 0.007

D I S C U S I O N

La colocacion de un LIO en niños es hasta la fecha controversial. El manejo de un paciente con catarata congenita, en el postoperatorio tiene como objetivo la mejor y mas temprana rehabilitacion visual. Algunos autores consideran como alternativa segura y correccion temprana el uso de LDC, sin embargo, su dificil manejo para algunos niños lo coloca como una posibilidad poco practica. En nuestro medio los casos de catarata monocular utilizando LIO o LDC, muestran pobres resultados, esto creemos a la ambliopia asociada, por lo que en este tipo de pacientes es importante su tratamiento quirurgico a edad mas temprana (6); En los casos de catarata congenita bilateral los resultados fueron alentadores en los grupos A y B, y en el grupo C, aunque mejoraron solo el 25 % tuvieron mejor capacidad visual de 20/40.

Nuestros pacientes estudiados presentan un rango de edad de 3 a 13 años, sin embargo creemos que no podemos considerar una misma posibilidad de rehabilitacion visual en un niño de 3 años y en otro de 13 años como seria la adaptacion del LDC.

La media de longitud del eje AP fue de 23.57 ± 1.99 siendo un resultado inesperado. Creemos que esta medida no se incrementara en forma significativa. Uno de los pacientes excluidos de 11 meses de edad presento un eje AP de 21.8 y 22.4 mm.

La capacidad visual en el grupo de LIO, mejoro en todos los casos a mas de 20/40 y con LDC solo el 61 %. No hubo diferencia

significativa entre ambos grupos. El hecho de corregir totalmente a un paciente con LIO no lo previene de una subcorreccion por la modificacion del eje AP con el crecimiento ocular, Los 2 grupos anteriores muestran diferencia significativa comparados con el grupo de LA.

El equivalente esferico del grupo de LIO fue bajo, a pesar de - que en 4 ojos se utilizo una medida estandar de +20,50 y no se hizo medicion del eje AP.

De los 11 pacientes a quienes se coloco LIO, en 5 se practico en el mismo tiempo quirurgico capsulotomia posterior y finalmente solo 3 presentaron opacidad de capsula posterior, por lo que es una frecuencia menor a la reportada en la literatura (&).

LLama la atencion que de los casos monoculares con LIO que no me jo ra ro n a mas de 20/100 en el preoperatorio presentaron una inco mi ta nc ia de musculos extraoculares.

Las complicaciones fueron similares a las reportadas en otras se rie s (des pre nd im ie nto de retina, opacidad de capsula posterior) pero con menor frecuencia,

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Los pacientes con catarata congénita monocular, independientemente del método de rehabilitación visual, tienen mal pronóstico.
- 2.- El LIO y el LDC, en la mayoría de los casos de catarata congénita bilateral mejoran su capacidad visual.
- 3.- El difícil manejo de un LDC en niños motiva la búsqueda de una alternativa más práctica.
- 4.- Las complicaciones en nuestros pacientes fueron menores a lo reportado en otras series.
- 5.- El corto seguimiento de los pacientes con LIO no nos permite establecer conclusiones firmes en cuanto a su uso, sin embargo en nuestros días debe ser una alternativa en estudio,

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

- 1.- Maumenee AE: Symposium on congenital cataracts, Ophthalmology 86: 1605, 1979.
- 2.- Nelso LB: Diagnosis and management of cataracts in infancy and childhood. Ophthalmic Surg 15: 688-697, 1984.
- 3.- Hiles DA: Intraocular lens implantation in children with monocular cataracts 1974-1983, Ophthalmology 91: 1231 1984.
- 4.- Dutton JJ: Visual rehabilitation of aphakic children View-points, Survey of phthalmology 34: 365-384, 1990.
- 5.- Burke JP: Intraocular lens implant for uniocular cataracts in chilhood. Br J Ophthalmol 73: 860-864, 1989.
- 6.- Parks MD: Management of infantile cataracts. Am J Ophthalmol 63: 10 , 1963.
- 7.- Taylor D: Editorial: Monocular infantile cataracts, intra-ocular lenses and amblyopia. Br J Ophthalmol 73: 857-858 1989.