

17
234
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

COMPLICACIONES INMEDIATAS DE IMPLANTE
DE LENTE INTRAOCULAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
OFTALMOLOGIA

DR. ROBERTO DIAZ GORDOVA

ASESOR: 1994
DR. ENRIQUE BARRAGAN SANCHEZ
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

PUEBLA, PUE.

1994

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C.M.N. "MANUEL AVILA CAMACHO" PUEBLA



IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



JEFATURA DE INVESTIGACION
E INVESTIGACIONES



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

TITULO:

COMPLICACIONES INMEDIATAS DE IMPLANTE
DE LENTE INTRAOCULAR

AUTOR:

DR. ROBERTO DIAZ CORDOVA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE OFTALMOLOGIA

ASESOR:

DR. ENRIQUE BARRAGAN SANCHEZ
CIRUJANO OFTALMOLOGO
JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 38

I N D I C E

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
MATERIAL Y METODO.....	5
RESULTADOS.....	6
DISCUSION.....	16
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

La primera lente intraocular fué implantada por Harold Ridley en 1949. Como consecuencia de las complicaciones frecuentes, el implante de lentes fué abandonado durante varios años excepto por algunos cirujanos como Choyce y Binkhorst. Sin embargo a mediados de la década de los 70os, se renovó el interés por el implante de lentes y actualmente la mayoría de las extracciones de la catarata se combina con implante de lente intraocular (1).

La lente intraocular de cámara posterior ha venido conquistando desde su introducción por Shearing en 1978 la creciente simpatía de los oftalmólogos, principalmente porque ha acumulado menos complicaciones que las verificadas con lentes de cámara anterior (2).

El lente intraocular de cámara posterior, implantado enseguida de extracción extracapsular de catarata o facoemulsificación es universalmente aceptado como un método seguro de implante de lente intraocular. El resultado visual es generalmente satisfactorio y la incidencia de complicaciones es más baja que la vista durante la era de la extracción intracapsular de catarata con implante de lente intraocular. Durante esta época aunque no es muy alta, no era raro la presencia de reacciones inflamatorias de benignas a severas (3,4).

Un sustancial número de reportes histopatológicos de efectos adversos de lente intraocular se han reportado y revisado por Apple y colaboradores. Mc Donnell, Green y Champion identificaron por lo menos 25 complicaciones en ojos, secundarias a implante de lente intraocular (5,6,7).

Aunque como ya se ha mencionado la incidencia de complicaciones de la cirugía de catarata con implante de lente intraocular es baja, la variedad de éstas puede ser amplia. Dentro de las principales complicaciones que se pueden presentar están: membrana pupilar de fibrina, sinequias anteriores periféricas, sinequias posteriores, descentración del lente intraocular, opacificación de la capsula posterior, deformación pupilar, endoftalmitis, subluxación del lente intraocular, glaucoma secundario, edema macular cistoide, desprendimiento de retina; y en diabéticos la progresión de la retinopatía y el desarrollo de rubeosis iridis; en forma menos frecuente descompensación corneal e hipHEMA (3,4,5).

Dentro de las complicaciones inmediatas más frecuentes de la extracción de la catarata con implante de lente intraocular de cámara posterior, se encuentran las que a continuación se citarán.

La membrana pupilar de fibrina es relativamente una complicación frecuente, estudios recientes sugieren que la formación de la membrana pupilar de fibrina es el resultado, de una reacción inmunológica, la cual se ve influenciada por diversos factores, principalmente: el uso de óxido de etileno para la esterilización del lente intraocular, residuos de remanentes de cristalino y células epiteliales, cirugía previa de catarata en el otro ojo y disrupción de la barrera hematoacuosa principalmente por trauma quirúrgico. (6,8).

La formación de sinequias anteriores periféricas, está influida por las hápticas de lente intraocular de cámara posterior especialmente las que se apoyan en el surco ciliar en proximidad con la periferia del iris. Estudios de ojos postmortem evaluados con técnicas de histopatología documentan erosión de la háptica del lente de cámara posterior sobre las estructuras uveal anterior incluyendo la periferia del iris. La incidencia de sinequias anteriores periféricas en series de ojos con implante de lente de cámara posterior estudiados postmortem es alta 23%, el desplazamiento de la periferia del iris por el apoyo de la háptica se piensa que es un mecanismo importante para el desarrollo de éstas. La formación de sinequias anteriores periféricas consecutivas a lente de cámara posterior se han observado clínicamente por gonioscopia. Van Buskirk ha observado un cierre progresivo del ángulo originado por el apoyo de las hápticas, sugiriendo que un desplazamiento del iris por la háptica puede iniciar la formación de las sinequias. Por todo lo anterior se sugiere se realice una gonioscopia postoperatoria de rutina a los pacientes con lente de cámara posterior (9).

La descentración del lente intraocular de cámara posterior es una complicación que aunque se puede presentar en forma inmediata, su mayor frecuencia de presentación es en forma tardía. La causa más frecuente de ésta situación es una de las hápticas se encuentra en el saco capsular y la otra en el surco ciliar. La contractura subsecuente del saco capsular puede deformar la háptica y secundariamente descentrar la óptica. Esto se ve con mayor frecuencia asociado con hápticas de propilene. Es el caso de la descentración del lente con hápticas de polimetilmetacrilato de una pieza.

es causada por contractura del saco capsular y deformación permanente de una de las hápticas (10).

La opacificación de cápsula posterior es relativamente frecuente algunos autores mencionan desde 25 a 50% de presentación. El inicio de opacificación es muy variable, puede ser en las primeras semanas, pero generalmente se presenta en forma importante alrededor de los 24 meses. Es interesante comentar que la incidencia de opacificación de cápsula posterior, es más alta posterior a extracción de catarata sin implante de lente intraocular, que con implante de cámara posterior, lo cual puede reflejar un probable efecto de barrido por el lente o posiblemente que el material del lente inhiba la migración de células epiteliales al espacio subcapsular. Se sugiere que la remoción efectiva y amplia de cápsula anterior, material cortical y el pulimiento de la cápsula posterior, disminuye la incidencia de opacificación de cápsula posterior (5, 11).

La endoftalmitis séptica es una complicación que aunque rara, es de muy mal pronóstico, actualmente tiene una incidencia reportada por varios autores por abajo del 1% (5,12). Otra complicación que actualmente es rara es el síndrome de Ellingson o síndrome UGH (uveítis, glaucoma e hipema), éste se presentaba con mayor frecuencia en lentes con soporte en el ángulo y se debía seguramente por el inadecuado acabado de los bordes del lente (3).

El edema macular cistoide y el desprendimiento de retina, se presentan con una incidencia de alrededor del 2%, y son más comunes en pacientes con retinopatía diabética, degeneración macular, antecedentes de desprendimiento de retina, miopía y pérdida vítrea. El tiempo de presentación de éstas complicaciones es muy variable (5).

En pacientes diabéticos el principal riesgo de la cirugía es catarata e implante de lente intraocular es la progresión de la retinopatía, desarrollo de rubeosis iridis y dificultad en el examen postoperatorio y fotocoagulación. Posterior a la cirugía de catarata, la rehabilitación visual es superior con el uso de lente intraocular comparado con los lentes del sícco o lentes de contacto. La desventaja óptica de la constricción del campo visual periférico y la distorsión con lentes para sícco se intensifica en la presencia de enfermedad macular diabética y panfotocoagulación retiniana sícco. Los lentes de contacto en pacientes con diabetes presentan complicaciones por disminución en la

producción de lágrima, reducción de la sensibilidad corneal y erosión epitelial recurrente (13).

Por los inconvenientes enumerados, los diabéticos ocupan actualmente un lugar importante en la selección de pacientes para implante de lente intraocular. Por lo tanto la baja incidencia de complicaciones y el resultado óptico favorable, hacen del implante de lente intraocular de cámara posterior un procedimiento ampliamente aceptado en todo el mundo (13).

MATERIAL Y METODO.

El presente trabajo se realizó en el servicio de Oftalmología del Hospital General Regional No. 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, Pue., durante el periodo comprendido del 1 de Septiembre de 1992 al 30 de Agosto de 1993.

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular de cámara posterior durante el periodo señalado, intervenidos tanto con anestesia general como local y con expediente clínico actualizado en el archivo.

No se incluyeron los pacientes con implante de lente intraocular de cámara anterior y con antecedentes de cirugía ocular previa.

Se excluyeron 28 pacientes por no contar con expediente clínico completo y 3 pacientes, a los que además de la extracción extracapsular de catarata más implante de lente intraocular de cámara posterior se les realizó cirugía filtrante.

Se elaboró una hoja especial de recolección de datos, tomando en cuenta antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas, padecimiento actual, exploración oftalmológica completa, record quirúrgico y evolución postoperatoria durante 2 meses.

Se revisaron los expedientes en el archivo clínico de la Unidad a fin de recolectar los datos mencionados, realizando posteriormente al análisis estadístico y la obtención de resultados.

El presente trabajo corresponde a un estudio prospectivo, longitudinal y observacional.

RESULTADOS.

El grupo de estudio se constituyó por 117 pacientes, de los cuales 11 se intervinieron de ambos ojos dando un total de 128 cirugías realizadas. Correspondiendo a 66 pacientes de sexo femenino (51.5%) y 62 de sexo masculino (48.4%). (gráfica No. 1).

En relación a la edad, el paciente con menor edad fué de 18 años y el de mayor edad de 89 años, con un promedio de edad de 64.5 años, la distribución en grupos de edad se encuentra representada en la Gráfica No. 2.

Se detectó diabetes mellitus en 29 pacientes (24.7%) e Hipertensión arterial en 34 pacientes (29.0%) y ambos padecimientos en 14 pacientes (11.9%). (Gráfica No. 3). De los pacientes diabéticos 22 (75.8%) se controlan con hipoglucemiantes orales, 6 pacientes (20.6%) controlados con insulina y solo 1 (3.4%) controlado con dieta.

Los diagnósticos emitidos basandose en el padecimiento actual y exploración oftalmologica, están representados en la Gráfica No. 4 predominando en un alto porcentaje la Catarata senil.

La intervención quirúrgica se realizó bajo anestesia general en la mayoría de los pacientes totalizando 120 (93.7%) y solo en 8 pacientes (6.2%) bajo anestesia loco-regional. (Gráfica No. 5).

El viscoelástico más usado durante la cirugía fué el hialuronato de sodio en 79 pacientes (61.7%), meticelulosa en 4 pacientes (3.1%), utilizando aire en lugar de viscoelástico en 45 pacientes (35.1%). (Gráfica No. 6).

Se presentaron complicaciones transoperatorias en 12 pacientes (9.3%), las cuales se detallan en la Tabla No. 1. De los 12 pacientes se encontraron 4 diabéticos correspondiendo al 13.7% del total de pacientes diabéticos. Hipertensión arterial en 3 pacientes siendo el 8.8% de los pacientes hipertensos. Se realizaron las cirugías bajo anestesia general en 11 pacientes (9.1%) y solo una bajo anestesia loco-regional (12.5%). Se utilizó hialuronato de sodio como viscoelástico en 8 pacientes (10.1%) y burbuja de aire en 4 pacientes (8.8%). El resultado visual fué de una capacidad de 20/30 o mejor en 3 pacientes (25.0%), 20/40 a 20/60 en 6 pacientes (50.0%) y de cuenta dedos en 3 pacientes (25.0%).

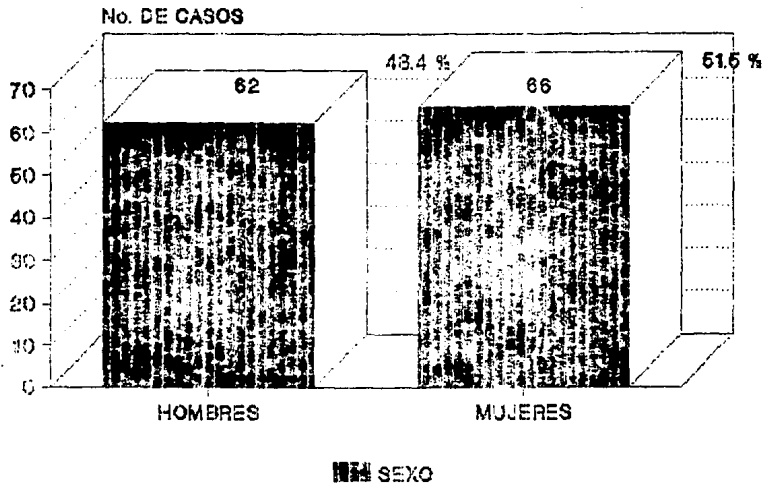
Las complicaciones postoperatorias durante los 2 primeros meses estuvieron presentes en 25 pacientes (19.5%), las cuales se encuentran enumeradas en

la Tabla No. 2. Siendo 5 pacientes diabéticos (17.2%), 6 pacientes hipertensos (17.6%). En 24 pacientes (20.0%) se utilizó anestesia general y solo en 1 paciente (12.5%) anestesia local. En 16 pacientes (20.2%) se uso viscoelástico y en 9 pacientes (20.0%) burbuja de aire durante la cirugía, la capacidad visual al final de los 2 meses fué: 20/30 o mejor en 9 pacientes (36%), 20/40 a 20/60 en 9 pacientes (36.0%), 20/80 a 20/400 5 pacientes (20.0%) y cuenta dedos en 2 pacientes (8.0%).

Se presentaron algunas otras condiciones que no consideramos complicaciones y que en la mayoría de las veces su presentación fué en forma asociada.

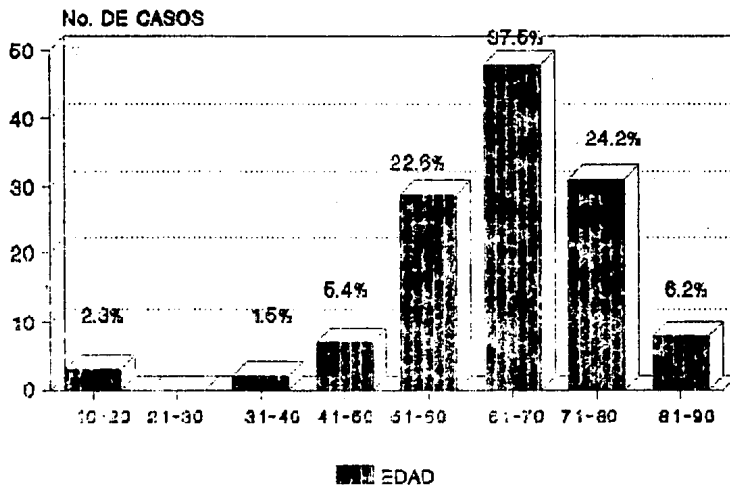
Dentro de estas, se encuentra la hipertensión ocular en el periodo postoperatorio en 11 pacientes (8.5%). La tracción pupilar se presentó en 33 pacientes (25.7%), la mayoría sin repercusión del estado final de la capacidad visual. La presencia de pigmento en cantidad moderada a abundante en 19 pacientes (14.6%). La formación de sinequias posteriores en 13 pacientes (10.1%), asociada siempre a otras condiciones o complicaciones. La persistencia de restos capsulares se encontré en 15 pacientes (11.7%). Y por último se reportó la presencia de restos corticales en 2 pacientes (1.5%).

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION EN RELACION AL SEXO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 IMSS PUEBLA 1993



FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.G.R. No.36

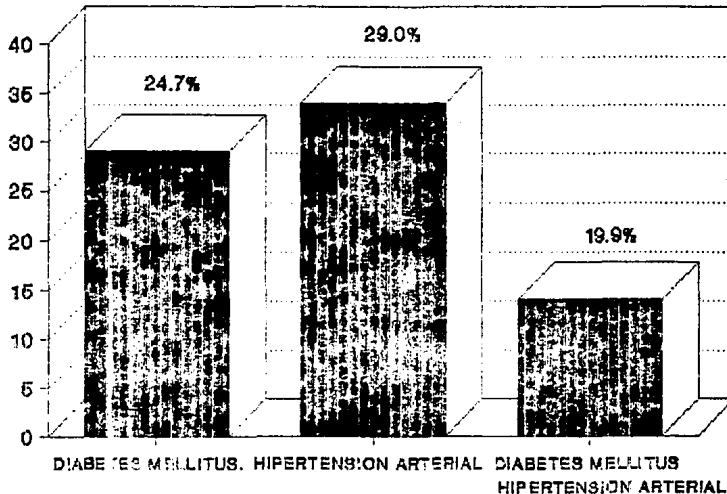
GRAFICA No. 2
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 IMSS PUEBLA 1993



FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.G.R. No.36

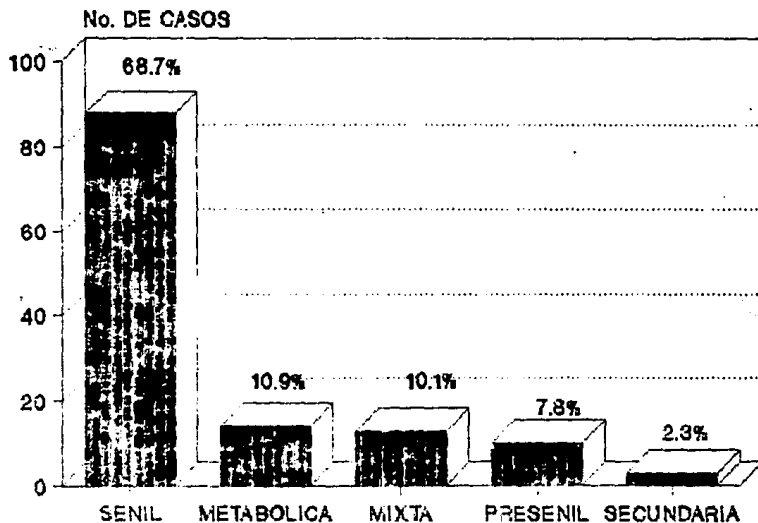
GRAFICA No. 3
ENFERMEADES CRONICO DEGENERATIVAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 IMSS PUEBLA 1993

No. DE CASOS



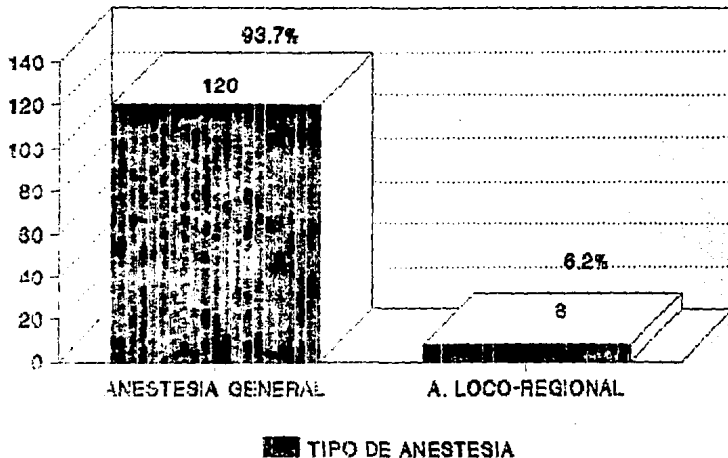
FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.G.R. No.38

GRAFICA No. 4
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 IMSS PUEBLA 1993



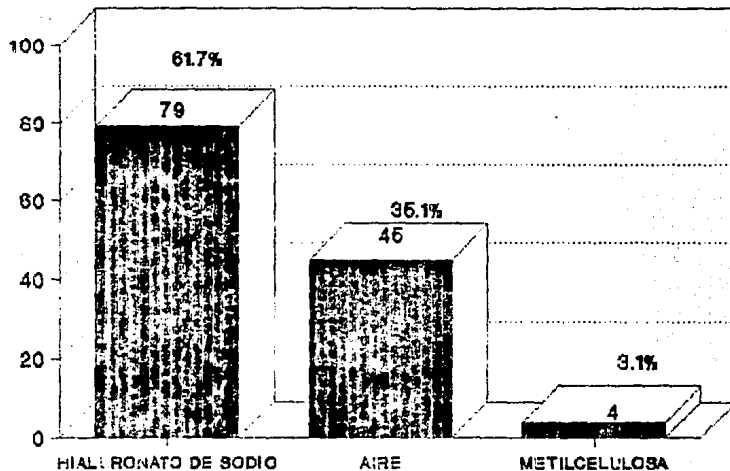
FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.G.R. No.36

GRAFICA No. 5
PROCEDIMIENTO ANESTESICO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 IMSS PUEBLA 1993
No. DE CASOS



FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.G.R. No.38

GRAFICA No. 6
USO DE VISCOELASTICO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 IMSS PUEBLA 1993
No. DE CASOS



FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.G.R. No.38

TABLA No. 1

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36 IMSS PUEBLA 1993.

COMPLICACION	No.	PORCENTAJE.
RUPTURA DE CAPSULA POSTERIOR	3	2.3%
RUPTURA DE CAPSULA POSTERIOR MAS PERDIDA VITREA	3	2.3%
IRIDOTOMIA INCIDENTAL	1	0.7%
HEMATOMA SUBCONJUNTIVAL	1	0.7%
HIPERTENSION OCULAR	1	0.7%
RUPTURA DE ESFINTER PUPILAR	1	0.7%
IRIDODIALISIS	1	0.7%
RESTOS CORTICALES	1	0.7%
TOTAL	12	9.3%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HGR 36.

TABLA No. 2
 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36 IMSS PUEBLA 1993.

COMPLICACION	No.	PORCENTAJE.
DESPRENDIMIENTO DE DESCEMET	1	0.7%
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	1	0.7%
SINDROME FIBRINOIDE	10	7.8%
FIBROSIS DE CAPSULA POSTERIOR	3	2.3%
LENTE INTRAOCULAR DESPLAZADO	3	2.3%
LENTE INTROOCULAR ATRAPADO EN PUPILA	6	4.6%
LENTE INTRAOCULAR TRASLOCADO	1	0.7%
TOTAL	25	19.5%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HGR 36.

DISCUSION:

La extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular, es un procedimiento relativamente seguro con una baja incidencia de complicaciones.

En este trabajo dividimos las complicaciones en transoperatorias y postoperatorias, con un seguimiento de 2 meses.

Las complicaciones transoperatorias se presentaron en 12 pacientes correspondiendo a 9.3% incidencia ligeramente por arriba de la reportada en la literatura. De éstas complicaciones solo 6 fueron consideradas como importantes y fueron ruptura de cápsula posterior; presentandose pérdida vítrea en 3 pacientes, que en realidad fueron los que tuvieron un resultado visual pobre con una capacidad de cuenta dedos (2.3%). El resto de pacientes obtuvieron una capacidad visual buena en 3 pacientes (25%) y satisfactoria en 6 pacientes (50%).

En relación a los pacientes diabéticos, se presentaron complicaciones en 4 pacientes, que puede relacionarse con una frecuencia alta sin embargo representan el 13.7% del total de pacientes diabéticos, sin presentar complicaciones de las consideradas como graves.

Se utilizó anestesia general en 11 pacientes y solo en 1 anestesia loco-regional, lo cual tiene relación directa con el bajo porcentaje de pacientes que se intervinieron bajo anestesia loco-regional.

Con el uso de viscoelástico en contraposición con el uso de burbuja de aire no se detecta diferencia significativa en relación al total de ambos grupos (10.1% - 8.8%).

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 25 pacientes (19.5%), incidencia alta comparada con otros reportes. Como en el grupo anterior el número de complicaciones graves fue mínimo 7 pacientes (5.4%), con un resultado visual no satisfactorio en 5 pacientes (3.9%) y malo en 2 pacientes (1.5%).

El síndrome fibrinoide fué la complicación más frecuente, con 10 pacientes afectados

(7.8%), que difiere en muy poco de los reportes de otros autores, que varían del 4 al 5%. De estos casos solo se presentó en 3 pacientes diabéticos y en todos se usó hialuronato de sodio a excepción de 2 en los que se usó aire. No podemos establecer una relación directa con estos factores. En 2 pacientes hubo el antecedente de extracción extracapsular de catarata e implante del lente intraocular de cámara posterior en el ojo contralateral, correspondiendo a un 20% pudiendo ser un factor predisponente, como ya se ha reportado.

La dehiscencia de herida quirúrgica se presentó solo en 1 paciente (0.7%) que corresponde a la literatura mundial. Sin haber una relación directa con otros factores considerados como predisponentes.

La captura o atrapamiento por la pupila del lente intraocular se presentó en 8 pacientes (4.6%), que puede considerarse similar a otros reportes (2-3%). Esto se ha relacionado con el tipo de lente, lo cual no podemos establecer en este estudio.

El desplazamiento del lente intraocular se presentó en 3 pacientes (2.3%). Siendo una frecuencia baja y en este caso no significó déficit visual importante.

Un paciente presentó dislocación del lente intraocular a cámara vitrea (0.7%), siendo la complicación más grave, presentándose en forma secundaria a la ruptura de cápsula posterior y salida vitrea durante el transoperatorio.

Se presentó fibrosis de la cápsula posterior en 3 pacientes 2.34%, ésta seguramente en forma secundaria a inflamación ocular por el traumatismo quirúrgico. Por el tiempo de seguimiento no se reportó opacidad de cápsula posterior.

Posterior a la cirugía, se detectó en 3 pacientes datos de retinopatía diabética y en 1 maculopatía relacionada con la edad.

CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos, podemos concluir lo siguiente:

Los pacientes con enfermedades crónico degenerativ, en especial la diabetes mellitus, presentaron un porcentaje de complicaciones similar a los no diabéticos. Con una mínima diferencia a los datos inflamatorios en el postoperatorio, siendo ligeramente mayor en éste tipo de pacientes.

No encontramos diferencia estadística en relación al uso de viscoelástico y presentación de complicaciones; en cuanto al uso de burbuja de aire para el implante de lente intraocular, tampoco encontramos una relación directa con la presentación de complicaciones, aunque para valorar ésto adecuadamente sería necesario un tiempo mayor de seguimiento.

Hacemos incapie que muchas de las complicaciones o alteraciones postoperatorias se presentaron asociadas en un solo ojo, por lo cual el reporte aislado podría parecer exagerado.

Consideramos que en la presentación de las complicaciones transoperatorias y en algunos casos en las postoperatorias el factor humano es el más importante, siendo la habilidad del cirujano primordial para evitar este tipo de complicaciones.

Por lo anterior podemos concluir que la extracción extracapsular de catarata e implante de lente intraocular es un procedimiento seguro en nuestro Hospital y con una frecuencia de complicaciones similar a la reportada en la literatura mundial.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- KANSKI, J.; et.al.: Oftalmologia Clinica. Ed Doyma 1985. Cap. 8. Pag. 12-18.
- 2.- ARENTSEN, J.; et.al.; Cirugia del segmento anterior del ojo. Ed. Panamericana 1990. Cap. 1. Pag. 19-102.
- 3.- GARNER, A.: Complications of prosthetic intraocular lens implantation: a histopathological study. Br. J. Ophthalmol. 1989;73. 940-5.
- 4.- DE LAVAL, W; et.al. Late complications in patients with intraocular lenses. Klin-Oczna. 1990:92.188-9.
- 5.- ALLEN, A.; HUI-RONG,Z. Extracapsular cataract extraction: prognosis and complications with and without posterior-chamber lens implantations. Ann. Ophthalmol. 1987:19.329-33.
- 6.- GEERARDS, A.J.; LANGERHORST, C.T. Pupillary membrane after cataract extraction with posterior chamber lens in glaucoma patients. Doc-Ophthalmol. 1990:75.233-7.
- 7.- APPLE, D. C.; MAMALIS, N. LOFTFIELD; et.al. Complications of in traocular lenses: a historical and histopathologic review. Surv. Ophthalmol. 1984:29.1-54.
- 8.- KENSAYU, M.; et.al. Pupillary fibrin membrane. A frequent early complication after posterior chamber lens implantation in Japan. Ophthalmology. 1989:96.1228-33.
- 9.- BLAIR, E. Peripheral anterior synechia overlying the haptics of posterior chamber lenses. Ocurrence and natural history. Opthamology. 1990:97.415-23.
- 10.- SULEWSKI, M.; et.al. Decentration of and All-PMMA posterior chamber intraocular lens due to haptic deformation. Arch. Ophthalmol 1991:109.316-7.
- 11.- WESTLING, A.K.; CALISSENDORFF, B. M. Factors influencing the formation of posterior capsular opacities after extracapsular cataract extraction with posterior chamber lens implant. Acta Ophthalmol-(Copenh). 1991:69.315-20.
- 12.- SALVANET, B.; et.al. Torpid endophthalmitis in pseudophakia diagnostic and therapeutic difficulties. Apropos of 4 cases. J-Fr. Ophthalmol. 1990:13.333-8.
- 13.- RUIZ, R.; SAATCI, O. Posterior chamber intraocular lens implantation in eyes with inactive and active proliferative diabetic retinopathy. Am. J. Ophthalmol, 1991:111.158-62.