

V. B.
Dr. Leal



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MÉXICO, I.A.P.
HOSPITAL DR. LUIS SÁNCHEZ BULNES**

**MODIFICACION DEL ASTIGMATISMO CORNEAL MEDIANTE LA
UTILIZACION DE INCISIONES RELAJANTES LIMBARES EN CIRUGIA
DE CATARATA.**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
PRESENTA**

DR. ROBERTO A. LEAL RODRIGUEZ.

... a la Dirección General de Bibliotecas de
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo. Autoriza
NOMBRE: Roberto Argimiro Leal Rodríguez

FECHA: 1 / octubre / 2003

FIRMA: [Firma]

[Firma]
SUBDIRECCIÓN DE REGISTRO Y
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOTECA GENERAL



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MATERIAL Y MÉTODOS	4
3. RESULTADOS	6
4. DISCUSIÓN	8
5. CONCLUSIONES	10
6. ESQUEMAS	11
7. REFERENCIAS	16

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

El advenimiento de la cirugía de catarata por facoemulsificación con implante de lentes intraoculares plegables ha contribuido a ofrecer a los pacientes con catarata una rehabilitación postoperatoria más rápida en comparación con las técnicas extracapsulares de incisiones amplias. El efecto astigmático de las incisiones en córnea clara utilizadas en facoemulsificación con implante de lente intraocular plegable ya ha sido estudiado. Rainer y cols.¹ encontraron cambios astigmáticos de 0.89D con incisiones localizadas en córnea clara situadas en meridianos oblicuos y de 0.44 D cuando dicha incisión se localizaba en la córnea clara temporal. Desafortunadamente, los pacientes con astigmatismos corneales superiores a 2.0 D que van a ser sometidos a facoemulsificación, tendrían en teoría un astigmatismo residual de 1.25 D o más, dependiendo de la localización de la incisión. Dicho astigmatismo residual afectaría el nivel de agudeza visual no corregida postoperatoria del paciente. El astigmatismo corneal superior a 1.0 D ocurre en el 8 al 33% de la población normal.² Las opciones para corregir el astigmatismo corneal en pacientes sometidos a facoemulsificación involucran las incisiones relajantes corneales o limbares,^{3,4} ablación con excimer laser, y el implante de lentes intraoculares tóricas.⁵ La utilización de incisiones relajantes limbares realizadas simultáneamente con la facoemulsificación es cada vez una práctica clínica más frecuente. Realizamos un estudio prospectivo para determinar la eficacia y seguridad de las incisiones relajantes limbares para la corrección de defectos astigmáticos superiores a 2.0 D.

LEIS CON
FALLA DE ORIGEN

Materiales y Métodos

Condujimos un ensayo clínico controlado con grupo de control no concurrente. El tamaño de muestra fue calculado para detectar una diferencia de cambio astigmático entre los dos grupos de 0.75D con un poder estadístico del 80% a un nivel de error alfa del 5%. Los dos grupos se conformaron tal como se describe a continuación:

Grupo I.

Se realizaron incisiones relajantes limbares (IRL) al momento de la facoemulsificación en 26 ojos de 22 pacientes consecutivos con catarata y astigmatismo corneal superior a 2.0 D quienes otorgaron consentimiento informado para participar en el estudio. Los criterios de inclusión para el Grupo I fueron: 1) Catarata 2) Astigmatismo corneal entre 2.0 y 5.0 D sin signos topográficos de astigmatismo irregular 3) Edad mayor a 18 años. Se excluyeron del estudio pacientes con astigmatismos inducidos por pterigio o cirugía corneal previa, pacientes con enfermedades del tejido conectivo y pacientes con agudeza visual potencial en el ojo contralateral inferior a 20/100. Las incisiones relajantes limbares fueron realizadas empleando el nomograma de Nishamin y se basaron en la magnitud del astigmatismo corneal medido por queratometría automatizada (ARK-2000, Nidek Corp.). Adicionalmente se realizaron topografías de elevación (Orbscan II, Version 3.00, Bausch and Lomb Inc.) en todos los ojos. El día de la cirugía todos los pacientes del grupo I fueron evaluados en lámpara de hendidura aplicando marcas de violeta de genciana en el limbo a las 3 y 9 del reloj para facilitar la orientación de las IRL. Todos los procedimientos del grupo I fueron realizados bajo anestesia peribulbar o subtenoniana por un oftalmólogo en entrenamiento de subespecialidad en segmento anterior (IO). Las IRL se realizaron antes del procedimiento de la facoemulsificación utilizando un cuchillete de diamante (ASICO, Westmont, Ill.) a una profundidad de 600 μ m, con los cortes localizados a nivel del limbo dentro de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

arcada vascular y centrados sobre el eje más curvo de la córnea previamente determinado en la queratometría. Posteriormente se practicó facoemulsificación a través de incisión de 3.2 mm en córnea clara temporal empleando el Alcon Legacy Serie 20.000. En todos los pacientes se implantaron lentes intraoculares de acrílico hidrofóbico Alcon SA60AT o MA60BM (Alcon, Fort Worth, TX) utilizando un inyector Royale (ASICO, Westmont, IL) sin ampliación de la incisión corneal. En el postoperatorio los pacientes fueron medicados con Tobramicina-Dexametasona tópica 4 veces al día durante 15 días. En las visitas postoperatorias del día 7, 30 y 90 se realizaron refracciones subjetivas, queratometrías automatizadas y topografías corneales de elevación.

Grupo II

Se identificaron los expedientes de aquellos pacientes con astigmatismos corneales entre 2.0 y 5.0 D, en quienes se realizó facoemulsificación por incisión en córnea clara en el periodo comprendido entre Enero 1 de 2001 y Diciembre 31 de 2001. Durante este periodo fue posible identificar 28 ojos de 28 pacientes que cumplían al momento de la cirugía con los criterios de inclusión y exclusión empleados para el Grupo I.

Análisis Estadístico

Las agudezas visuales preoperatorias y postoperatorias fueron determinadas en unidades LogMar.⁷ Se realizó análisis vectorial de los cambios astigmáticos generados por la cirugía empleando el método de Holladay-Cravy-Koch.^{8,9}

El análisis estadístico se realizó mediante el programa Stata Version 7.0 (Stata Corporation, Lubbock, TX), mediante pruebas t de student para comparar promedios y pruebas de chi cuadrado para comparar proporciones. El análisis estadístico de la estabilidad de la corrección refractiva se realizó mediante la prueba de signos de Wilcoxon aplicada a las coordenadas cartesianas del vector astigmático resultante tal como ha sido descrito por Holladay y cols.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los pacientes de ambos grupos ($p=0.643$). El promedio de astigmatismo preoperatorio fue mayor en el grupo de IRL en comparación al grupo control (2.89 vs 2.52 D; $p=0.0322$). Como era de esperar, el seguimiento postoperatorio fue mayor en el grupo control dado que este provenía de una búsqueda retrospectiva de expedientes clínicos. El cambio astigmático inducido por la cirugía medido a los 30 días postoperatorios fue mayor en el grupo I que en el grupo II, 2.28 ± 0.61 D y 0.79 ± 0.17 D respectivamente ($p<0.0001$). (Figuras 1 y 2).

A los 30 días postoperatorios, la agudeza visual sin corrección osciló entre 20/25 y 20/100 en el grupo I, y entre 20/40 y cuenta dedos a 4 metros en el Grupo II. El promedio de agudeza visual postoperatoria sin corrección, medida en unidades logMar, fue mayor en el grupo I que en el grupo II, 0.3 ± 0.12 y 0.68 ± 0.33 respectivamente (t de student = -5.538, $p<0.0001$).

El 65.4% de los ojos en el grupo I tenían agudezas visuales no corregidas superiores a 20/40 a los 30 días postoperatorios en comparación con el 35.7% de los ojos en el grupo II ($\chi^2 = 4.74$, $p<0.0001$).

Buscando determinar la estabilidad de la corrección ofrecida por las IRL, se comparó el cambio astigmático al día 30 y al día 90. Dicho análisis solo se realizó en los 11 ojos para los cuales existían datos completos al día 30 y al día 90. Los restantes 15 ojos no habían completado los 3 meses postoperatorios al momento de la redacción de este manuscrito. El cambio astigmático para este subgrupo medido a los 30 días fue de 2.19 ± 0.57 y de 2.07 ± 0.54 D a los 90 días postoperatorios, sin encontrarse diferencias ni clínicas ni estadísticamente significativas que indicaran una regresión sustancial del efecto de las IRL. (Prueba de signos de Wilcoxon para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7

coordenadas cartesianas en el eje de la X = -1.116 p=0.2644, prueba de signos de Wilcoxon para coordenadas en el eje de la Y = -0.257 p=0.79).

Dentro del grupo I se presentaron 2 complicaciones relacionadas con las incisiones relajantes limbares, en un caso se presentó una sobrecorrección del astigmatismo de 0.75D con inversión del eje astigmático. En otro caso se presentó un aplanamiento asimétrico en el eje más curvo debido a una disparidad en la longitud de los arcos de las IRL, siendo el arco superior más extenso que el arco inferior. Afortunadamente este aplanamiento asimétrico aunque topográficamente significativo, no generó un impacto clínicamente significativo en la capacidad visual del paciente.

No se presentaron micro o macroperforaciones en el trayecto de las IRL.

En el grupo I no se presentaron rupturas de la cápsula posterior durante la facoemulsificación, en el grupo II se presentó dicha complicación en 1 caso (3.5%) no siendo estadísticamente significativa la diferencia en la tasa de rupturas de la cápsula posterior entre los dos grupos ($\chi^2 = 0.946$ p=0.331). Al evaluar la efectividad del nomograma empleado, es posible identificar una tendencia a la hipocorrección en casi la totalidad de los casos.

Vale la pena mencionar la hipercorrección de 0.75D en un paciente con defecto astigmático previo de 2.0 D.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión

La cirugía de catarata por incisión pequeña permite al oftalmólogo ofrecer al paciente rehabilitación visual más temprana. El adecuado cálculo del lente intraocular sumado al posicionamiento correcto de la óptica del mismo otorgan al paciente agudezas visuales no corregidas excelentes. Desafortunadamente las incisiones inferiores a 3.5 mm no tienen efecto astigmático, lo cual obliga a buscar métodos para reducir el astigmatismo alto concomitante a la catarata. Esta reducción de astigmatismo permite brindar a estos pacientes en el postoperatorio de la facoemulsificación agudezas visuales no corregidas comparables a las de pacientes sin astigmatismo preoperatorio significativo. Existen varios métodos válidos para reducir el astigmatismo alto preoperatorio, uno de estos es la realización de incisiones relajantes limbares.¹⁰

Las incisiones relajantes limbares tienen ventajas sustanciales sobre la queratotomía arqueada dado que su localización en el limbo preserva las características ópticas de la cornea. Adicionalmente las IRL tienen menor riesgo de generar deslumbramiento postoperatorio.¹¹

En un estudio previo, Budak y cols.¹⁰ evaluaron la eficiencia de las IRL asociadas a cirugía de catarata en un grupo de pacientes con astigmatismos preoperatorios promedio de 2.46 D. En dicho estudio, empleando el nomograma de Gills, se lograron correcciones promedio de 1.12 D medido al mes postoperatorio. No se presentaron sobrecorrecciones dentro del seguimiento a 6 meses.

En nuestro estudio, la corrección astigmática fue superior al estudio de Budak y cols. (2.28 D de cambio promedio) medido al mes postoperatorio. Este mayor efecto se origina en la precisión del nomograma de Nichamin, medido en grados de arco, permitiendo resultados consistentes. Nuestros datos demuestran la presencia de una sobrecorrección, posiblemente originada en un error en la medición intraoperatoria de la longitud de los arcos. La regresión del efecto de las IRL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en nuestro estudio no fue ni clínica ni estadísticamente significativa. Sin embargo el estudio de Budak y cols. demostró regresión de aproximadamente el 20% del efecto de la cirugía hacia el sexto mes postoperatorio. Nuestra serie aún no completa 6 meses de seguimiento postoperatorio por lo que no se pueden extraer conclusiones con respecto a la estabilidad a largo plazo de la corrección obtenida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

En conclusión las IRI, son una alternativa efectiva en el manejo de pacientes con astigmatismo superior a 2.0 D sometidos a facoemulsificación. La cirugía fotorrefractiva con excimer láser es otra alternativa viable en el manejo de estos pacientes, sin embargo requiere ser realizada en un segundo tiempo quirúrgico e implica un costo adicional para el paciente. Los resultados del presente estudio adicionalmente ilustran el mínimo efecto astigmático de las incisiones pequeñas de facoemulsificación localizadas en córnea clara.

Las conclusiones sobre estabilidad a largo plazo de las IRI, no pueden ser extractadas de nuestros datos dado que esta serie no ha cumplido aun 6 meses de seguimiento. La experiencia histórica de la queratotomía radiada y los hallazgos subsecuentes del estudio PERK hacen que los resultados de cualquier procedimiento queratorrefractivo solo puedan analizarse después de periodos de seguimiento adecuados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Nomograma de Niehamin Modificado.

Asigmatismo Preoperatorio	30-40 años	41-50 años	51-60 años	61-70 años	71-80 años	81-90 años	> 90
Arcos limbares empalmados en eje más	70°	65°	60°	55°	45°	40°	35°
Arcos limbares empalmados en eje más	90°	80°	70°	60°	50°	45°	40°
Arcos limbares empalmados en eje más	2.0 a 8 mm 90°	2.0 a 8 mm 90°	85°	70°	60°	50°	45°
Grados de arco de incisión							

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Características clínicas preoperatorias (por grupo)

	Grupo I FACO + LIO + IRI (n = 26)	Grupo II FACO + LIO (n = 28)	P
Edad (años)	66.3 ± 10.1 (35 - 81)	67.5 ± 8.8 (51 - 74)	0.643 *
% Mujeres	57.7 % (15/26)	64.3 % (18/28)	0.619 **
Astigmatismo corneal preoperatorio(D)	2.89 ± 0.73 (2.0 - 4.75)	2.52 ± 0.49 (2.0 - 3.75)	0.0322 †
Seguimiento Postoperatorio (meses)	2.32 ± 0.81 (1.0 - 4.66)	4.56 ± 1.67 (3.2 - 8.42)	< 0.001 §

† t de student = -0.4664

** $\chi^2 = 0.2466$

† t de student = 2.20

§ t de student = -6.19

LENS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3. Agudezas visuales por grupo día 30.

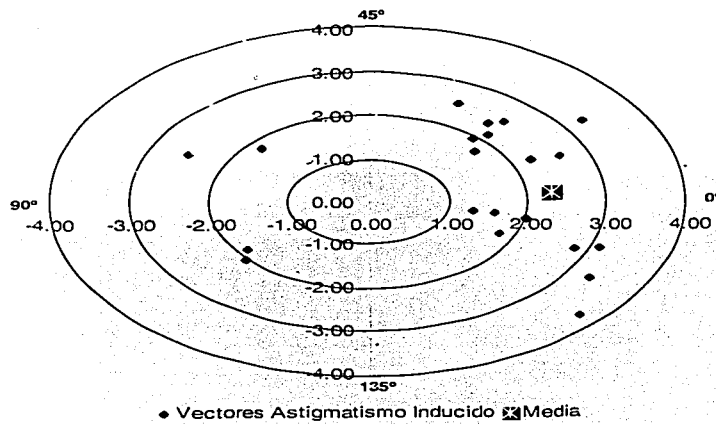
	Grupo I FACO + LIO + IRL (n=26)	Grupo II FACO + LIO (n=28)	P
Agudeza visual sin corrección (AVsc) (Unidades LogMar)	0.3 ± 0.12 (20/25 - 20/100)	0.68 ± 0.33 (20/40 - CD4m)	<0.0001 *
% Ojos con AVsc ≥ 20/40	65.4% (17/26)	35.7% (10/28)	0.029 ***

* t de student = -5.538

*** $\chi^2 = 4.74$

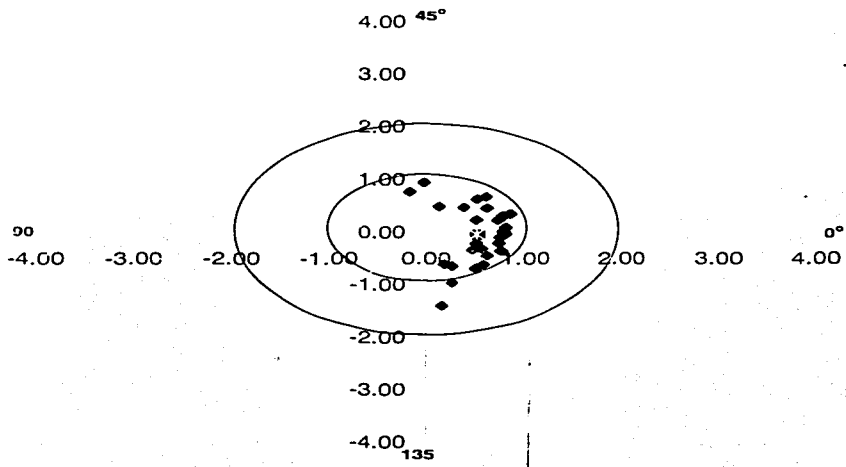
1. S CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 1. Astigmatismo Inducido por Cirugía 30 días postoperatorios Grupo I



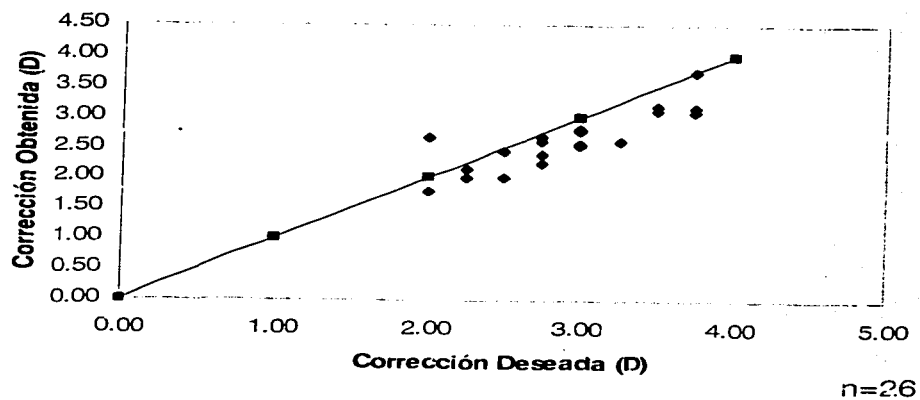
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 2. Astigmatismo inducido por Cirugía 30 días postoperatorios Grupo II



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 3. Corrección obtenida vs. deseada. Grupo I



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- ¹ Rainer G, Menapace R, Vas C et al. Corneal shape changes after temporal and superolateral 3.0 mm clear corneal incisions. *J Cataract Refract Surg* 1999;25:1121-1126
- ² Bear JC, Riehler A. Cylindrical refractive error: a population study in western Newfoundland. *Am J Optom Physiol Opt* 1983; 60:39-45
- ³ Thornton SP. Astigmatic Keratotomy: A review of basic concepts with case reports. *J Cataract Refract Surg* 1990; 16: 430-435
- ⁴ Price FW, Grene RB, Marks RG, Gonzales JS. Astigmatism reduction clinical trial: a multicenter prospective evaluation of the predictability of arcuate keratotomy: evaluation of surgical nomogram predictability. *Arch Ophthalmol* 1995; 113:277-282
- ⁵ Budak K, Yilmak G, Aslan BS et al. Limbal relaxing incisions in congenital astigmatism: 6 month follow-up. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27: 715-719
- ⁶ Sun XY, Vicary D, Montgomery P, Griffiths M. Toric Intraocular Lenses for Correcting Astigmatism in 120 Eyes. *Ophthalmology* 2000; 107: 1776-1782.
- ⁷ Holladay JT, Prager TC. Mean visual acuity (carta al editor). *Am J Ophthalmol* 1991; 111:372-374
- ⁸ Holladay JT, Cravy TV, Koch DD. Calculating the surgically induced refractive change following ocular surgery. *J Cataract Refract Surg* 1992; 18:429-443
- ⁹ Holladay JT et al. Analyzing aggregate refractive data. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27:61-79

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

¹⁰ Budak K, Friedman NJ, Koch DD. Limbal relaxing incisions with cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 1998;24:503-508.

¹¹ Koch DD, Sanan A. Peripheral corneal relaxing incisions for residual astigmatism after photoastigmatic keratectomy and laser in situ keratomileusis. *J Refract Surg* 1999; 15:S238-S239

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN