

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

**Resultados del implante de lente intraocular en nuestro medio.
Results of the intra-ocular lens implant in our center.**

María Eufemia Padrón Pereira (1), Aldo Sigler Villanueva (2)

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de 2181 pacientes a los cuales se les realizó implante de lente intraocular en el servicio de Oftalmología del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila en el período comprendido de 1º de junio del 2002 al 31 de diciembre del 2006, con el objetivo de conocer su comportamiento. Se analizaron las variables edad, sexo, sitio y tipo de implante y las complicaciones transoperatorias. En el análisis de los resultados se observó que el sexo masculino tuvo un ligero predominio en los casos estudiados, mientras que en relación a la edad la mayor incidencia correspondió a los grupos etáreos a partir de los 60 años. El implante primario de lente intraocular en cámara posterior fueron el tipo y sitio del implante respectivamente de mayor predominio. La ruptura de la cápsula posterior con o sin vitreorragia fue la complicación transoperatoria más frecuente encontrada.

Palabras Clave: EXTRACCIÓN DE CATARATA, LENTES INTRAOCULARES/complicaciones intraoperatorias.

- 1.- Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Profesora asistente.
- 2.- Especialista de 2do Grado en Oftalmología. Profesor auxiliar.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de la catarata se practica desde la antigüedad, desde entonces ha existido preocupación por dar solución a las consecuencias ópticas de la misma, el ojo afáquico presenta una hipermetropía elevada, la corrección con anteojos utilizada por muchos años tiene como inconvenientes las aberraciones ópticas, efecto prismático, magnificación, el peso y la imposibilidad de corregir anisometropías. Las lentes de contacto proporcionan una corrección óptica adecuada, pero requieren de buena visión en el ojo contralateral y de habilidades manuales difícil de lograr en la mayoría de los pacientes afáquicos debido a que es una patología frecuente en el adulto mayor que por lo general presentan limitaciones para lograr la colocación del lente. (1)

La sustitución del cristalino opaco por una lente similar en el saco capsular es en la actualidad la mejor solución óptica, el implante de un lente intraocular (LIO) fue intentada sin éxito en el año 1795 por Casaamata, médico de la corte de Dresde, posteriormente en 1940, Marchi fracasa con sus lentes de cuarzo con asas de platino. En 1949, en Inglaterra, Harold Ridley se convierte en el precursor de los implantes de cristalino artificial (lentes intraoculares) al colocar con éxito el primer implante. Para la colocación del implante, Ridley llevaba a cabo dos operaciones. En la primera retiraba la catarata. Posteriormente determinaba el poder óptico del ojo para calcular la lente que debía implantar. En una segunda operación colocaba ya definitivamente el implante. Los resultados inmediatos fueron alentadores, pero pronto aparecieron las complicaciones, severas en la mayoría de los casos, motivo por el cual fue necesario buscar otro sitio para la colocación del implante que no fuera el sitio original del cristalino. En 1952 Barón inicia la época de los implantes por delante del cristalino, con lo que se reducen las complicaciones, aunque sin llegar a desaparecer, continuando por este camino se retoma la extracción extracapsular del cristalino (EECC) en búsqueda del sitio de elección para la colocación y fijación del LIO. (1-4)

A partir de 1970 se mejora notablemente el equipamiento, microscopio quirúrgico, instrumental, cálculo del poder de la lente antes de llevar a cabo la operación, por lo que se coloca la lente inmediatamente después de extraer la catarata, adelanto en las técnicas quirúrgicas de la EECC manuales y surgimiento de la facoemulsificación, introducción de las sustancias viscoelásticas y avances tecnológicos en los LIO, con ello se reducen al máximo las complicaciones y se obtienen resultados ópticos altamente satisfactorios, desapareciendo los trastornos ópticos inducidos por el uso de anteojos o lentes de contacto se convierte así el implante de LIO en cámara posterior en la mejor corrección óptica de la afaquia. (1-2)

En ocasiones en el acto quirúrgico es imposible colocar el LIO y es necesario realizar el implante posteriormente, los implantes secundarios son importantes en estos casos pues logran la corrección óptica sin necesidad de utilizar un lente de contacto y más aún cuando el ojo contralateral es fáquico o pseudofaco, por otro lado cuando no hay suficiente soporte capsular para colocar un LIO en cámara posterior existen diversas opciones quirúrgicas para corregir la afaquia en estos casos, dentro de ellas el implante del LIO en cámara anterior. (5-7)

En la Cirugía Extracapsular del Cristalino con implantación de LIO pueden ocurrir varias complicaciones, transoperatorias. En el transoperatorio se describe como más frecuentes a la ruptura de la cápsula posterior con o sin salida de vítreo esta complicación puede ocurrir en cualquier momento de la cirugía. (8-10).

En Cuba desde 1999 se estableció el Programa Nacional de Salud Ocular con la colaboración de la ONG Cristoffer Blindness Mission (CBM), el Consejo de Iglesias de Cuba y el Ministerio de Salud Pública, extendiéndose por todas las provincias en diferentes etapas. En el 2002 es incluido el Hospital "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila como parte del proyecto Cuba Central y Oeste con el objetivo de la prevención y reducción de ceguera en el territorio, permitiendo la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas para la cirugía de cataratas con implante de LIO, lo cual ha servido de motivación para realizar este trabajo con el objetivo de conocer sus principales resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de 2181 pacientes a los cuales se les implantó lente intraocular en el Hospital Provincial Docente Dr. "Antonio Luaces Iraola" en el período comprendido de 1º de junio del 2002 al 31 de Diciembre del 2006.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los pacientes con implante de LIO primarios y secundarios en el período estudiado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a todos los pacientes que no se pudo implantar el LIO

Técnica quirúrgica

Los pacientes fueron operados por especialistas y residentes del servicio, se realizó extracción extracapsular del cristalino con insición corneal o túnel escleral, irrigación y aspiración manual y colocación del LIO en cámara posterior, en caso de no existir soporte capsular se implantó el LIO en cámara anterior. Para los implantes secundarios se realizó incisión corneal tunelizada. En los casos necesarios se realizó iridectomía basal periférica y vitrectomía anterior.

Los datos fueron recogidos en encuesta creada al efecto utilizándose como fuente primaria a los informes operarios, se analizaron las variables de edad, sexo, sitio y tipo de implante del LIO y las complicaciones transoperatorias, los datos fueron procesados y sus resultados se muestran en tablas, utilizándose como unidad de medida el porcentaje.

RESULTADOS

Se estudiaron 2181 pacientes a los cuales se les realizó implante de lente intraocular, Al caracterizar al grupo objeto de estudio se observó que el 52.08% pertenecieron al sexo masculino (tabla 1). En relación a la edad la mayor incidencia correspondió a los grupos etéreos de 60-69 y 70-79 años con el 28.06 y el 36.68% respectivamente (tabla 2). En la tabla 3 se observa que el 94.42% correspondió a los implantes primarios y el 89.50% a implante del LIO en cámara posterior (tabla 3). El 11.5% del total de los pacientes tuvieron complicaciones transoperatorias, la ruptura de la cápsula posterior con o sin

vitreorragia fue la complicación más frecuente con el 8,89%, el aumento de la presión intraocular y el sangramiento durante la cirugía con el 1% y el 0,64% respectivamente la siguieron en orden decreciente (tabla 4).

DISCUSIÓN

El implante de lente intraocular es el mejor medio de corrección óptica para los pacientes con catarata, le proporciona óptima calidad visual y rápida incorporación a la vida social y laboral. En estudios revisados en la literatura no se reportan diferencias significativas en cuanto a la presencia de catarata y el sexo por ser una patología que afecta por igual a ambos sexos, en los resultados obtenidos se observó un ligero predominio del sexo masculino (52.08%) con un comportamiento similar a otros estudios publicados. (11-12)

Las edades de los casos estudiados mostraron un aumento progresivo a partir de los 60 años, alcanzando el mayor predominio el grupo de 70-79 años con el 36.68% en correspondencia al comportamiento de esta patología relacionada con el proceso del envejecimiento de la población, varios estudios epidemiológicos muestran resultados similares, como consecuencia del aumento en la esperanza de vida de la población, algunas enfermedades oculares relacionadas con la edad cada día son más frecuentes. Ante este panorama se estima que las cataratas continuarán siendo el padecimiento más común que ocasione pérdida de la visión por longevidad.(11-13)

La cámara posterior es el sitio ideal desde el punto de vista anatómico y fisiológico para el implante del LIO tanto para los implantes primarios como para los secundarios, en los casos estudiados al 94.42 % de los pacientes estudiados se les realizó implante primario en cámara posterior y solamente se les implantó en la cámara anterior cuando no existió soporte capsular adecuado. (2-4)

En relación a los implantes secundarios al 83.94% de los casos se le colocó el LIO en cámara anterior debido a que se incluyeron pacientes afáquicos por cirugía intracapsular del cristalino, proceder que se realizaba hasta el inicio de este estudio y además se les también a aquellos pacientes que en el momento de la EECC no pudo implantarse el LIO por la presencia de complicaciones transoperatorias, estado del paciente o falta del LIO adecuado. (5-7)

Las complicaciones transoperatorias de la cirugía de catarata con implante de LIO son variadas, pueden presentarse en cualquier momento de la cirugía, su aparición depende de varios factores relacionadas con la técnica quirúrgica, experiencia del cirujano y factores de riesgos del paciente. En los casos estudiados el 11,82% de los pacientes tuvieron complicaciones durante la cirugía, la ruptura de la cápsula posterior con o sin pérdida de vítreo fue la de mayor incidencia con el 8,89%, esta complicación es la más frecuente reportada en la literatura, citada por varios autores con resultados más bajos en la mayoría de los casos y otros más altos que los obtenidos por el autor. En este caso puede haber influido la transición de la extracción intracapsular a la extracapsular con implante de LIO y a la formación residentes hechos citados en la literatura como factores que inciden en el aumento de las complicaciones transoperatorias de la cirugía de catarata. (8-10, 14)

ABSTRACT

There has been done a descriptive observational study of 2181 patients who received intra-ocular lens implant in the Ophthalmology service of General Hospital "Dr Antonio Luaces Iraola" of Ciego de Avila since June 1st, 2002 to December 31st, 2006, with the purpose to know its behaviour, there were analyzed the age, sex, place and kind of implant and the transoperatories complications. In the results analysis was observed that, in the studied cases, there was a predominance of masculine sex, while the major incidences of age were in groups from 60 years old on. The primary implants the IOL in posterior camera of major predominance were the kind and the place of the implant respectively. The break of the posterior capsule, with or without vitreous haemorrhage, was the most frequent complication transoperatory found.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alejandro A. Catarata a través de los siglos. [monografía en Internet]. Buenos Aires: Organización de Oftalmólogos; 2003 [citado 18 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.ofthalmologos.org.ar/mo/mo/151-40.html>

2. Meneso JL. Historia de la pseudofaquia. En: Meneso JL. Microcirugía de la catarata. Lentes intraoculares. Barcelona: Scriba; 1992. p. 279-327.
3. Binkhorst Cornelius D. Lugar idóneo y medios de fijación óptimos de una lente intraocular. En: Meneso JL. Microcirugía de la catarata. Lentes intraoculares. Barcelona: Scriba; 1992. p. 369-374.
4. Blumentthal M. Evolución de la cirugía de catarata. En: Blumentthal M, Kansas P. Cirugía manual de catarata con incisión pequeña. Philadelphia: Highligts; 1999. p. 1-6.
5. Kanski JJ, Menon J. Oftalmología clínica. 5 ed. Madrid: Elsevier; 2005.
6. Argento C. Manejo de la ruptura de la cápsula posterior. [monografía en internet]. Buenos Aires: McGraw HillInteramericana; 2002. [citado 30 Mar 2007]. Disponible en: www.ofthalmologos.org.ar/mo/mo151-34.html
7. Meneso JL. Complicaciones de los les intraoculares. En: Meneso JL. Microcirugía de la catarata Lentes intraoculares. Barcelona: Scriba; 1992. p. 508-545.
8. Blumentthal M. Complicaciones y su prevención. En: Blumentthal M, Kansas P. Cirugía manual de catarata con incisión pequeña. Philadelphia: Highligts; 1999. p. 93-103.
9. Boyd B. El arte y la ciencia de la cirugía de catarata. Panamá: Highlights of Ophthalmology; 2001.
10. Qué es visión 2020: El derecho a ver. [CD-ROM] Ginebra: OMS/OIPB; 2004.
11. Pongo Águila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):387-93.
12. Hernández J, Padilla C, Ramos M, Ríos R, Río M. Resultados de la facoemulsificación en 4 años de experiencia. [serie en internet] 2004 [citado 18 Mar 2006]; 17(2):[aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/oft/vol172_04/oft09204.htm#cargo
13. Hernández JR, Río M, Ramos M, Curbelo L, Capote A, Pérez E. Técnica de extracción extracapsular del cristalino por túnel córneo-escleral en el instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", años 1999-2006. Rev Cubana Oftalmol. 2006;19(1):225-29.
14. Cabeza Martínez EE, Cardoso Hernández C, Peral Martínez I, Díaz Guzmán E. Complicaciones e impacto de la cirugía de catarata con lente intraocular en la provincia de Sancti Spíritus. [monografía en internet]. La Habana; 2005 [citado 30 Mar 2007]. Disponible en: <http://www.magon.cu/reports/rptPublish.asp?topic=250>

ANEXOS

Tabla 1: Distribución por sexo

SEXO	Nº	%
Masculino	1136	52.08
Femenino	1045	47.91
Total	2181	100

Fuente: Informes operatorios

Tabla 2: Distribución por edad

EDAD	Nº	%
20-29	23	1.05
30-39	35	1.60
40-49	90	4.12

50-59	249	11.41
60-69	612	28.06
70-79	800	36.68
80 y más	372	17.05
Total	2181	100

Fuente: Informes operatorios

Tabla 3: Distribución según tipo y sitio del implante

IMPLANTE DEL LIO	PRIMARIO		SECUNDARIO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cámara anterior	114	5.57	115	83.94	229	10.49
Cámara posterior	1930	94.42	22	16.05	1952	89.50
Total	2044	93.71	137	6.28	2181	100

Fuente: Informes operatorios

Tabla 4: Complicaciones transoperatorias

COMPLICACIÓN	Nº	%
Ruptura cápsula posterior con o sin salida de vítreo	194	8,89
Desprendimiento de la Descemet	2	0,09
Luxación del núcleo a cámara posterior	3	0,13
Presión intraocular positiva	22	1,00
Hemorragia expulsiva	4	0,18
Sangramiento	14	0,64
Miosis transoperatoria	13	0,59
Iridodiálisis	4	0,18
Luxación del LIO a cámara posterior	2	0,09
Total	258	11,82

Fuente: Informes operatorios

N=2181