

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

ASTIGMATISMO POSQUIRÚRGICO EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATA CON IMPLANTE DELENTE INTRAOCULAR

Por:

Dra. Teresa de los A. Casanova Rodríguez¹, María Elena Rangel Hernández² y Lic. Sergio A. Rodríguez Jiménez³

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: teresacr@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: yantsy2003@yahoo.es
3. Licenciado en Enfermería. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara.

Descriptores DeCS:

ASTIGMATISMO/etiología
EXTRACCION DE CATARATA/efectos adversos
LENTE INTRAOCULARES

Subject headings:

ASTIGMATISM/etiology
CATARACT EXTRACTION/adverse effects
LENSES, INTRAOCULAR

En el transcurso de la historia, se han creado diferentes procedimientos para la extracción de la catarata. El procedimiento idóneo es la extracción extracapsular con implante de lente intraocular (EECC + LIO) o la facoemulsificación. En la actualidad, se habla de la cirugía del cristalino como una modalidad quirúrgica refractiva^{1,2}.

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el profesor Allan Foster, se estima que existen en el mundo aproximadamente 50 millones de personas ciegas; de ellas, 25 millones padecen de catarata como causa de ceguera prevenible. El aumento del número de personas privadas de la vista está dado por el incremento poblacional y de las expectativas de vida, así como por el envejecimiento. El deterioro visual en personas ancianas es el mayor problema de salud, y la temprana intervención quirúrgica de la catarata constituye un beneficio para todos los pacientes³.

Según estudios realizados por Menezo y colaboradores, es indudable que una cirugía correctamente planeada, realizada con éxito y sin complicaciones, puede provocar un fuerte astigmatismo postoperatorio^{4,5}. Una forma adquirida con relevancia es el astigmatismo posquirúrgico, especialmente referido a la EECC + LIO. Una incisión quirúrgica será más astigmatógena cuanto mayor y más cerca de la pupila se encuentre. El astigmatismo inducido por la operación depende de la regularidad de la incisión y del cuidado al hacer la sutura. Según el profesor José Barraquer, suturar una incisión durante la EECC + LIO es un arte, pues existe astigmatismo inducido por suturas apretadas con puntos largos. El segmento de las mismas con la superficie larga causa un plegamiento excesivo del tejido y produce mayor astigmatismo por la distorsión; por eso, un punto corto causa menos distorsión hística, por lo que se aconseja realizar puntos más cortos y profundos, lo más cerca posible del borde de la herida; asimismo, se recomienda insertar los nudos por debajo de los bordes de la incisión⁵. Otros autores plantean que

existen factores que intervienen en la aparición del astigmatismo posquirúrgico: la cicatrización corneal, la forma y el tipo de sutura, el tipo de incisión, así como su amplitud^{6,7}.

No obstante, el éxito total del proceso de recuperación de la agudeza visual (AV) de los pacientes después de la operación requiere de la refracción, ya que el astigmatismo es un defecto por alteración corneal y puede encontrarse en cualquier ángulo de cero a 180 grados. Se plantea que hasta el presente en ninguna de las técnicas quirúrgicas de catarata está libre la inducción de este defecto¹³, que constituye un problema clínico muy complejo. Algunos autores afirman que los puntos discontinuos causan menos astigmatismo que los continuos⁷.

En este estudio, se determinó el grado de astigmatismo posquirúrgico en pacientes operados de catarata en quienes se implantaron lentes intraoculares, en sus variantes: incisión corneal con puntos de sutura continua (sut get) (Grupo A) e incisión límbica con puntos de sutura discontinua o puntos sueltos (Grupo B); en un período de un año y medio, entre ambos grupos hubo mínimas diferencias con respecto al sexo; a todos se les colocaron lentes intraoculares de cámara posterior, y se utilizó sutura de nylon 10,0 y anestesia local.

A estos pacientes se les realizó una refracción al mes y a los tres meses de operados, y se obtuvo como resultados iniciales que los del grupo A alcanzaron mejor visión con respecto a los del grupo B (12,0 % lograron la unidad de visión contra 0,0 %); sin embargo, al realizar la refracción a los tres meses, muchos de los pacientes mejoraron su agudeza visual en ambos grupos (94 % y 84 %), y casi la tercera parte de ellos alcanzó la unidad, independientemente de la técnica empleada. Autores de gran prestigio señalan que en este intervalo de tiempo (tres meses o más) se obtiene una mejor calidad en la AV⁸.

Según las dioptrías asociadas al tipo de astigmatismo, en el grupo A predominaron los pacientes con + 0,50. En el grupo B se obtuvo + 1,0 y en el mixto, los pacientes con + 2,0 dioptrías; predominaron los ejes de 90 y 180 grados.

Como complicaciones transoperatorias aparecieron: una luxación del LIO por rotura de la cápsula posterior y la pérdida del vítreo en un paciente del grupo B. Entre las postoperatorias, dos enfermos sufrieron incarceration del iris, y restos corticales dos enfermos pertenecientes al grupo A. La opacidad de la cápsula posterior se presentó solo en siete enfermos del total de ambos grupos; por ello, se debe perfeccionar la cirugía extracapsular con lente intraocular (EECC + LIO) para reducir el astigmatismo residual y obtener una buena AV en los pacientes operados de catarata.

En el ámbito internacional, la catarata senil continúa siendo la principal causa de dificultad visual y de ceguera. Anualmente aparecen de cinco a diez millones de personas con catarata. Datos publicados estiman una tasa de 1,2 % de la población africana como ciegos o débiles visuales, y de ellos, el 36 % por catarata. De forma general, se plantea que en uno de cada cuatro pacientes con ceguera prevenible, esta es la causa⁹.

La edad es un importante factor de riesgo para la aparición de la catarata senil; esta se incrementa del 23,0 a 35,0 por 100 000 casos en personas de 45 a 65 años, y se eleva por encima de 40,0 por 100 000 en personas de 85 años y más¹⁰.

La muestra de este estudio se obtuvo de forma aleatoria por los investigadores, de los pacientes que acudían a operarse de catarata; sin embargo, por ser esta enfermedad de prevalencia en edades seniles, podemos destacar que en ambos grupos predominaron los enfermos de 70 años y más.

El examen oftalmológico detallado del paciente es importante para la selección de la técnica quirúrgica, según la bibliografía consultada⁵. En estos pacientes, se realizó el cálculo del lente intraocular con la fórmula SRK II, y se obtuvo el predominio de lentes de 20 a 22 D.

Al aplicar la prueba estadística y contrastar los resultados entre ambos grupos al mes de operados, se halló un valor de $p = 0,003$, o sea, que existieron diferencias altamente significativas ($p < 0,01$). Se puede afirmar que al mes de intervenidos, un número mayor de individuos del grupo A presentaban mejor agudeza visual, pues el 86 % se encontraba en las categorías de Normales (entre 1,0 – 03 según clasificación de la OMS) y 8,0 % en Buenos ($< 0,3 - 0,1$); con respecto al grupo B, el 72 % se consideraron en la categoría de Buenos. Sin embargo, al aplicar la prueba inferencial y medir estos resultados a los tres meses de la intervención, los pacientes incluidos en el grupo B mejoraron su AV y no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre ambos grupos; o sea, que solo se hallaron diferencias mínimas porcentuales al ser evaluados a los tres meses posteriores a la intervención quirúrgica.

Novakova y colaboradores¹⁰, en su artículo, informan que la mejor corrección visual hallada fue de 0,6, o mejor, osciló entre el 64 % y el 78 % de los individuos intervenidos en el transcurso de los cinco años, por lo que se debe continuar perfeccionando los exámenes preoperatorios con el propósito de identificar los riesgos para padecer un astigmatismo residual, que podría haber sido prevenido.

Referencias bibliográficas

1. Seang-MS, Wing KC, Sze GO. Visual function and outcomes after cataract surgery in Singapore population. J Cataract Refract Surg. 2002;23(3):442-54.
2. Zvia B, Itzhak I, Haggay A, Elisha B. Minimal astigmatism after sutureless planned extracapsular cataract extraction. J Cataract Refract Surg. 2002;25(3):499-504.
3. Wormald RP, Foster A. Cataract surgery. Br J Ophthalmol. 2004;88(5):6001-2.
4. Menezo JL. Incisión y cierre. En: Microcirugía de la catarata con lentes intraoculares. Barcelona: Scriba; 1983. p. 103-9.
5. Kanski JJ. Defectos de refracción. En: Oftalmología clínica. 5^{ta} ed. Barcelona: Edrde; 2004. p. 419-23.
6. Tadeos A, Habib M, Tejwani D, Van Lary H, Thomas P. Opposite clear corneal incision on the steep meridian in phacoemulsification, early effects in the cornea. J Cataract Refract Surg. 2004;30(2):414-7.
7. Nicula C, Nicula D. Postoperative induced astigmatism. Ophthalmology. 2000;50(4):43-7.
8. Alpina NA, Goggin M. Practical astigmatism analysis for refractive outcomes in cataract and refractive surgery. Surv Ophthalmol. 2004 Jan;49(1):109-22.
9. Ballate EM, Márquez FM, Salazar MC. Trastornos refractivos en pacientes operados de catarata con lente intraocular. Rev Cubana Oftalmol. 1998;(2):113-20.
10. Novakova D, Rozsival P. European cataract outcome study-results of five years of participation. Cesk Slov Oftalmol. 2004 Sep;60(5):328-34.