

Comunicación en e-póster

Superficie ocular / Lentes de contacto

17-02-2012 • 11:00 - 11:15 → T 4 • 366

Cambios refractivos por síndrome de contracción capsular anterior tras cirugía de catarata

Autores:

Loma Serrano, Elena - Madrid ⁽¹⁾, Muñoz Mendoza, Mónica - Madrid ⁽¹⁾, García Recio, Cristina - Madrid ⁽¹⁾

Instituciones: ⁽¹⁾ Hospital del Sureste.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de contracción capsular o fimosis capsular anterior es una complicación de la capsulorrexis circular continua tras la cirugía de cataratas, caracterizándose por la reducción progresiva y acelerada del diámetro de la capsulorrexis.

Se recomienda la realización de una capsulotomía con Nd-YAG. en los casos de contracción capsular leve y/o moderada.

La fimosis capsular anterior provoca la disminución del diámetro de la capsulorrexis, que en algunos casos pasa a ser inferior a los 2 mm. Puede ocasionar desplazamiento de la LIO, pérdida de agudeza visual (AV) o del campo visual, cambios refractivos, fotofobia, desprendimiento traccional del cuerpo ciliar (debido a una tracción zonular excesiva) o luxación de la lente con el saco capsular en cámara posterior.

CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años de edad acudió a consulta por disminución de AV en ambos ojos (AO). Como antecedentes patológicos presentaba una hepatitis C, hiperplasia de próstata benigna (HBP) e hipertensión arterial (HTA). Se diagnosticó de catarata nuclear (AO). Se intervino mediante facoemulsificación e implante de LIO en AO.

En revisiones postquirúrgicas refería mala AV en AO. Presentaba AV OD -0.4 LogMAR y OI -0.4 LogMAR. En la biomicroscopía se observó leve edema corneal en AO, leve

leucoma paracentral inferior en OD y pupilas ligeramente correctópicas. El fondo de ojo (FO) no presentaba alteraciones significativas.

Se citó para revisión al mes de la intervención y su refracción subjetiva fue de astigmatismo hipermetrópico simple (AHS) OD, AV -0.3 LogMAR y astigmatismo mixto (AM) en OI, AV -0.3 LogMAR. Las AV eran sin corrección similares a AV con corrección. Se decidió no prescribir corrección óptica, pero se mantuvo su gafa en visión próxima y tratamiento anti-inflamatorio en pauta descendente. Al mes acudió el paciente con disminución de visión en OI, se valoró AV y refracción y los valores diferían de la última revisión. En OD se obtuvo hipermetropía simple leve y AV -0.1 LogMAR, y en OI astigmatismo mixto elevado, que varió respecto a la revisión anterior en -1.50 DP. Sucedió lo mismo con los datos queratométricos en mayor o menor cuantía.

Se plantearon las posibles causas que podían estar modificando la refracción del paciente y generando su visión borrosa, y se observó a través de la BMC que existía fimosis capsular anterior.

Se procedió a realizar una capsulotomía con láser Nd-YAG. A las tres semanas de la capsulotomía, se obtuvieron mejores resultados refractivos y queratométricos, así como mejor AV. Tanto el astigmatismo corneal como el refractivo habían disminuido en 1.50 DP y la AV pasó de -0.3 LogMAR a -0.1 LogMAR.

CONCLUSIÓN

El astigmatismo inducido es una de las complicaciones del síndrome de contracción capsular anterior tras cirugía de cataratas, que en algunos casos produce pérdida de agudeza visual e imposibilidad de prescripción óptica en gafas por intolerancia. Una exploración minuciosa pre y postquirúrgica de la refracción, una topografía corneal y una biomicroscopía son fundamentales para el correcto diagnóstico y tratamiento adecuado.