

## COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

ID: 02662

## VISIÓN BINOCULAR / OPTOMETRÍA PEDIÁTRICA

## RESULTADO REFRACTIVO Y VISUAL TRAS CIRUGÍA DE CATARATA CONGÉNITA EN UN NIÑO DE 8 AÑOS. RETO BIOMÉTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Autores:** CELESTE MARINA VERDE<sup>1</sup>, Madrid; INMACULADA FERNÁNDEZ SOTILLO<sup>1</sup>, Madrid; NATALIA PASTORA SALVADOR<sup>1</sup>, Madrid.

1 - Hospital Universitario Infanta Leonor.

**Palabras clave:** catarata congénita, lente intraocular- LIO, biometría.

## JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Cualquier opacificación del cristalino presente en el nacimiento o en la infancia más temprana se conoce como catarata congénita. Su principal riesgo es su asociación con la ambliopía. Presentamos el caso de un niño de 8 años y todos los pasos a seguir desde la programación de la cirugía hasta su recuperación visual posterior.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

**Historia clínica:** paciente que acude por primera vez con 6 años de edad por baja agudeza visual. Se observa leve opacificación nuclear cristalínea en ambos ojos y astigmatismo bilateral. El resto de la exploración fue normal.

**Exploración Clínica:** se prescribe gafa tras refracción ciclopléjica de +1,25 esfera -2,50 cilindro a 25° en ojo derecho (OD) alcanzando una agudeza visual (AV) de 0,7 y +0,50 esfera -1,50 cilindro a 160° en OI alcanzando una AV máxima de unidad. Por el riesgo ambliogénico se proponen oclusiones OI durante 4 horas al día que posteriormente para su seguro cumplimiento se sustituyó por la instilación de una gota de atropina en OI semanal. En las revisiones posteriores, la AV de OD fue descendiendo progresivamente (gráfico 1) coincidiendo con un empeoramiento de la catarata, observándose una placa capsular posterior con afectación central de

> 3 mm. La opacificación del cristalino en OI avanzó más lentamente con un menor descenso de AV (gráfico 1). Una vez que la AV de OD descendió por debajo de 0,5 decimal se consideró criterio para indicación de cirugía. Se realizó biometría de contacto (OCUSCAN, ALCON). El reto biométrico fue el cálculo de la potencia de LIO, puesto que los niños presentan ojos más cortos, con queratometrías más curvas y valores de cámara anterior más estrechas que los adultos. Dichos valores se verán modificados con el crecimiento, variando por tanto el estado refractivo del niño. Decidimos hipocorregir el valor biométrico de LIO obtenida en 2,00D para dejar un defecto hipermetrópico residual que debería evolucionar hacia la emetropia con el crecimiento futuro.

## RESULTADOS

**Diagnóstico:** ante el riesgo importante de ambliopía bilateral no controlada con prescripción óptica y oclusión farmacológica, se decide la cirugía, asumiendo los riesgos intra y post operatorios de la misma.

**Tratamiento y evolución:** No se produjeron complicaciones ni en la cirugía ni después de ella. La refracción postoperatoria obtenida fue +3,00 esfera -1,75 cilindro a 10° con una mejoría visual de 0,95 decimal. La cirugía de la catarata conlleva la pérdida de acomodación por lo que se prescribió cristal progresivo en OD con una

## COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

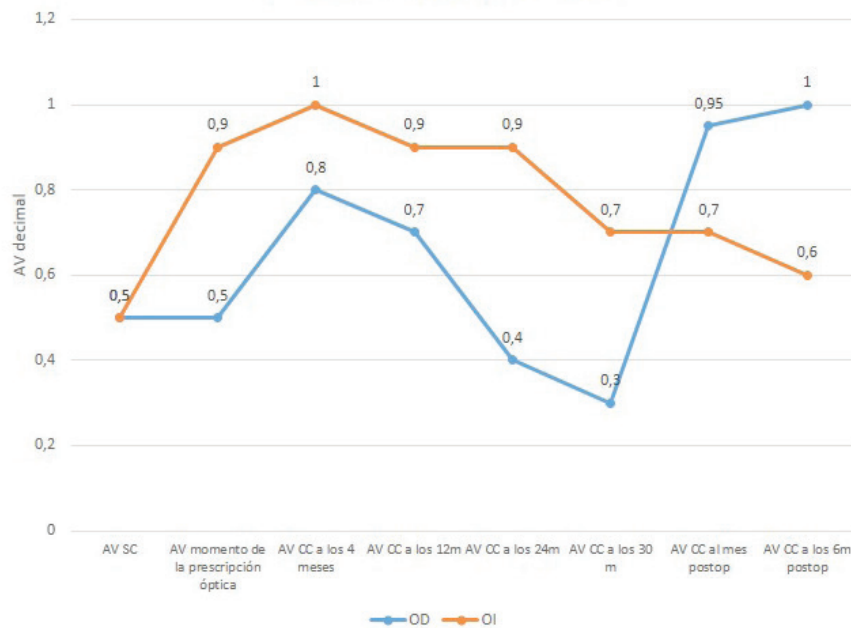
- ▶ adición de cerca de +2,50D. Dada la mejoría de AV se decide no realizar oclusiones. Actualmente, hemos estrechado la vigilancia de la AV de OI ante la sospecha de necesitar cirugía en un corto plazo.

### CONCLUSIONES

El manejo de la catarata congénita conlleva la unión del trabajo por parte del oftalmólogo para el diagnós-

tico, cirugía, manejo de complicaciones intra y post operatorias y del optometrista para la recuperación visual y manejo de la ambliopía, así como en la realización y estudio de la biometría, paso clave para los resultados visuales finales.

EVOLUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL



ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

