

ID: 19907

DIFICULTAD EXPLORATORIA Y DIAGNÓSTICA EN PACIENTE CON CATARATAS Y PUPILA PUNTIFORME Y SINEQUIADA

Autores:

JOSÉ M^º SÁNCHEZ PINA. Clínica Rementeria. Madrid. España.
CARMEN SÁNCHEZ SÁNCHEZ. Clínica Rementeria. Madrid. España.
CRISTINA GUERRA TORRALBA. Clínica Rementeria. Madrid. España.
ESTER VILLAR ARRONDO. Clínica Rementeria. Madrid. España.
JORGE DONIS DE LA TORRE. Clínica Rementeria. Madrid. España.
BÁRBARA BLANCO TORCAL. Clínica Rementeria. Madrid. España.
ELENA SEN IZQUIERDO. Clínica Rementeria. Madrid. España.
LAUREANO ÁLVAREZ-REMENTERIA CAPELO. Clínica Rementeria. Madrid. España.

Tipo de comunicación:

Comunicación en e-póster

Área temática:

SEGMENTO ANTERIOR, LENTES DE CONTACTO Y TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

Subárea temática:

Intervención optométrica en cirugía ocular

Palabras clave:

Sinequia, pupila, exploración

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:

Caso de pupila puntiforme y sinequiada al cristalino en paciente con cataratas, limita y dificulta la exploración, la realización de pruebas diagnósticas y la indicación quirúrgica de la lente intraocular (LIO) a implantar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

HISTORIA CLÍNICA:

Varón de 85 años, antecedente familiar de glaucoma presenta defecto refractivo con disminución de agudeza visual (AV) y campo visual (CV) en ojo izquierdo (OI).

En tratamiento para la próstata, hipercolesterolemia y arritmias.



COMUNICACIÓN e-POSTER

EXPLORACIÓN CLÍNICA:

En el preoperatorio de cirugía de catarata OI, presenta AV corregida 0.6 (+3 -1.25 a 60°), PIO *Goldmann* y recuento endotelial normales y astigmatismo prequirúrgico de -1.2 a 85° en OD y de -1.3 a 60 en OI en *Pentacam*.

Realizamos *IOLMaster700*, con normalidad en OD, pero en OI por su pupila, las medidas no son fiables, necesitando repetir las medidas hasta obtener datos suficientes de longitud axial, queratometría congruente a *Pentacam* y profundidad de cámara anterior, válidos para el cálculo de la LIO mediante la Fórmula *Universal Barrett II* al no tener biometrías completas con *IOLMaster*.

Las cataratas de tipo nuclear grado 2/6 y 3/6 respectivamente, presentan repercusión visual y las sinequias iridocristalinianas OI que no rompen tras instilar midriáticos producen disminución de CV

Dentro de la dificultad para observar FO por su pupila puntiforme, parece normal, realizándose tomografías de coherencia óptica para mejor valoración.

RESULTADOS:

DIAGNÓSTICO:

Se recomienda cirugía de catarata OI con implante de LIO monofocal a pesar del astigmatismo corneal corregible mediante LIO monofocal tórica, debido a su pupila puntiforme, que dificulta las medidas, la correcta colocación de la toricidad de la lente en quirófano (a pesar de sistemas de guiado intraquirúrgicos) y el seguimiento en consulta, por la nula dilatación con midriáticos, por lo que se advierte la posibilidad de astigmatismo residual.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

La cirugía se realiza mediante facoemulsificación bajo anestesia tópica, utilizándose retractores de iris por la nula dilatación, lo que origina una dificultad intraquirúrgica, existiendo rotura de cápsula posterior en zona inferior sin vitreorragia implantándose una LIO monofocal de 3 piezas en sulcus.

A las 24 horas observamos edema corneal central, Tyndall 2++, LIO en sulcus, rotura cápsula posterior inferior con 2 restos de córtex en extremos y una ligera midriasis; la AV es 0.3.

A la semana el edema corneal está resuelto, Tyndall- y la AV es 0.7.

Al mes la AV es 0.5 mejorando a 0.8 con +2 -1 a 100°, apreciándose opacidad capsular temprana que se tratará a los 2 meses de la cirugía con capsulotomía, mejorando la AV hasta 0.8, no admitiendo refracción.

A los 8 meses de la cirugía, la AV es 0.8, alcanzando una visión corregida de 1.0 con +1 -1 a 95°.

CONCLUSIONES:

Ocasionalmente las condiciones anatómicas limitan y dificulta las pruebas diagnósticas necesarias así como la indicación en el tratamiento a seguir. Necesitamos ser minuciosos en estos casos, insistiendo en la comunicación efectiva con el paciente, explicándole expectativas realistas y actuando con prudencia, valorando por encima de todo la seguridad del paciente.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



PARTNER
PREFERENTE

