

Tratamiento del alto astigmatismo con segmentos intracorneales (anillos)*

Por el Dr. Roberto Albertazzi

No todos los astigmatismos corneales son iguales ni todos son pasibles de las mismas técnicas quirúrgicas. Debemos comenzar por diferenciar a los astigmatismos congénitos, simétricos y ortogonales que no hayan sido tratados de los postraumáticos, posquirúrgicos y los no ortogonales.

En las topografías de la figura 1, 2 y 3 se observan

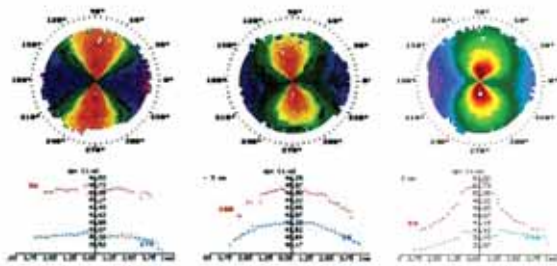


Fig. 1,2,3.

claramente tres tipos de astigmatismos corneales congénitos, simétricos y ortogonales en los cuales los perfiles son totalmente distintos como se demuestra debajo de cada topografía.

En el primer caso el perfil de la topografía que corresponde al caso 1 llegan las curvaturas bien separadas y claramente diferenciadas a la periferia corneal, significando que respetan sus curvaturas hasta la periferia.

En el segundo caso, el perfil de la topografía que corresponde al caso 2, las curvaturas se tienen a juntar al llegar al limbo; y el tercer caso, que corresponde a la topografía del caso 3, las curvaturas de los perfiles se separan en el centro corneal para luego juntarse cerca de la periferia.

Podemos inferir claramente que sólo el patrón topográfico indica parte de la morfología de estas córneas, y que si a este patrón se le suma la paquimetría, no vamos a tener dudas en la elección del método quirúrgico.

Con valores paquimétricos normales los dos primeros casos serían pasibles de tratarse con excímer láser, ya sea LASIK o LASEK.

El tercer caso se trata de una ectasia y es una clásica indicación del tratamiento de ectasias corneales simétricas.

En este caso debemos hacer coincidir los extremos de los segmentos con el meridiano más curvo de la topografía. Se muestra en la figura 4 cómo disminuyen los valores de la



Fig. 4.

queratometría prequirúrgica en el eje más curvo luego de colocar los segmentos. Vemos la relación que guardan estos cambios con los espesores elegidos, entonces con esta base podemos empezar a tratar astigmatismos más regulares con segmentos intracorneales.

Si las paquimetrías fuesen bajas en los casos 1 y 2 de los astigmatismos puestos como ejemplo podríamos tratarlos con lentes tóricas fáquicas (si la profundidad de la cámara anterior lo permite) o ahora también los podremos tratar con segmentos intracorneales (fig. 5).

Ventajas

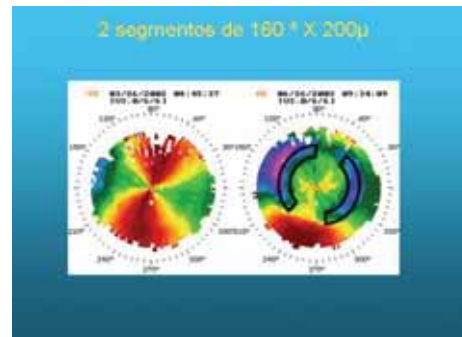


Fig. 5.

¿Cuáles son las ventajas de tratar astigmatismos con segmentos intracorneales?

Es un procedimiento reversible, significa que podemos quitar o cambiar el segmento sin alteraciones tisulares ni modificaciones de los valores queratométricos prequirúrgicos.

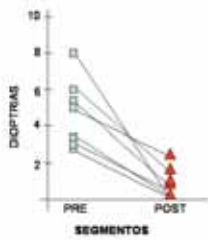


Fig. 6.

Mantiene la prolatividad corneal positiva porque es un método de adición de tejido y no de ablación.

Es mínimamente invasivo, no es intracamerular, es intracorneal y se realiza con una incisión de 1 mm de longi-

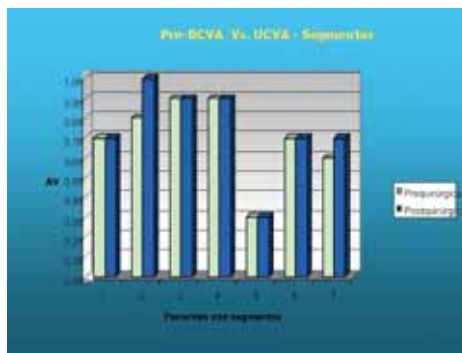


Fig. 7.

tud y aproximadamente 400 micras de profundidad.

Estabiliza la córnea en el caso de ser inestable (ectasias).
El procedimiento se realiza con anestesia tópica.

El procedimiento es reproducible. En una serie de 7 ojos con una media de 5.6 dioptrías prequirúrgicas se llegó a una media de 1.2 dioptrías postoperatorias. En las figuras 6



Fig. 8.

y 7 se pueden observar los cambios en dioptrías y en agudeza visual con corrección prequirúrgica vs. agudeza visual sin corrección posquirúrgica.

¿Se tratan con los segmentos convencionales?

Algunos tipos de astigmatismo sí, pero la mayoría se ha modificado el arco a 90° y 120° para que tengan menor efecto coupling. En la figura 8 se observan los segmentos utilizados para tratar estos astigmatismos.

MO

*El autor desarrolló el presente tema en el XXX Congreso Mundial de Oftalmología.



Confiabilidad
y servicio

