

# Ruptura intraoperatoria de la cápsula posterior en implante de lente intraocular multifocal: informe de un caso

DANIEL SÁNCHEZ OLGUÍN, VIRGINIA PIEZZI, LILIANA LAURENCIO, LORENA VALLE, ANDREA BUCELLA

Editor: El propósito de esta comunicación es describir un caso de ruptura capsular posterior en un paciente operado de catarata con lente intraocular (LIO) multifocal y evaluar las posibles complicaciones en pacientes sometidos a este procedimiento.

Es importante recordar los criterios de inclusión y exclusión en la indicación de cirugía con LIO multifocal pseudofáquica. La explicación previa en la consulta nos permite conocer las expectativas de cada paciente así como su personalidad, lo que nos facilita dejar en claro beneficios y limitaciones de la lente. El manejo nocturno y el uso de visión intermedia pueden generar malestar. A nivel oftalmológico se deben excluir los pacientes con patologías oculares preexistentes, ambliopías, cirugía refractiva previa, recuento endotelial menor de 1200 células/mm<sup>2</sup>, paquimetría corneal menor de 500 micrones y cataratas unilaterales. La presencia de ojo seco puede afectar la calidad de visión en el postoperatorio. También hay que recordar que el cálculo de la LIO se dificulta en casos de queratometrías elevadas.

## Informe del caso

Paciente de sexo femenino de 57 años de edad, quien consultó por diagnóstico previo de cataratas en ambos ojos, mayor en ojo izquierdo e interesada en cirugía de cataratas y presbicia. La agudeza visual (AV) era de: AVSC lejos OD: 20/25 y OI: 20/50; AVCC OD: 20/25 (+0.50 D) y OI: 20/50 (+1.50 D). La AV con estenopeico era en OD: 20/20 y OI: 20/40. La AV de cerca era: OD: J1 (+2.25 D) y OI: J3 (+2.25 D). La biomicroscopía reveló cataratas polares posteriores en ambos ojos. La presión intraocular era de 16 mmHg en ambos ojos. El resto del examen oftalmológico no mostró anormalidades. La queratometría era: OD: K1 48,12 - K2 49,37 y OI: K1: 47,87 - K2: 49,62. La paciente se mostró interesada en una LIO multifocal y se indicó cirugía de catarata convencional con facoemulsificación e implante de lente intraocular multifocal lisa en ambos ojos. Durante el procedimiento se produjo la ruptura de ambas cápsulas posteriores, decidiéndose intraoperatoriamente la colocación de IOL Multifocal Restor (OI 23.0 D - OD 22.0 D). El examen de control del día 1 postoperatorio la AV era: día 1 OD: AVSC 20/80, AVCC 20/40 (+11.00; +0.25 x 80°) y OI: AVSC 20/80, AVCC 20/50 (-1.75; -1.00 x 75°). El OD mostraba luxación de la LIO y vítreo en cámara anterior. En el ojo izquierdo se observó edema de córnea +, pliegues endoteliales y la PIO era de 20 mmHg. Se realizó recambio de LIO en ambos ojos: OD implante IOL MA60AC 22.0 D; OI implante IOL MA60AC 21.5 D. En el control un mes después de la cirugía la AV era: AVSC OD: 20/30, AVCC: 20/25 (-0.50; -0.50 x 20°) y AVSC OI: 20/25, AVCC: 20/20 (-0.50 x 45°).

## Comentarios

En este caso se observa que si bien la catarata polar posterior no es criterio de exclusión para colocación de LIO multifocal, la misma implica un riesgo acrecentado para la ruptura de la cápsula posterior<sup>1-3</sup>. Si la misma está rota, la mínima luxación que sufra la lente conlleva a mala calidad visual<sup>4</sup>.

En situaciones de ruptura intraoperatoria de la cápsula posterior nos preguntamos si es mejor colocar una LIO monofocal y enfrentarnos con un paciente disconforme con los resultados de la

Aceptado:  
27 mayo 2009

Autor responsable:  
Dr. Daniel Sánchez Olguin,  
Instituto Zaldivar,  
Mendoza, Argentina.  
dfsanchezolguin@gmail.com

cirugía o colocar una LIO de 3 piezas corriendo el riesgo de que no quede correctamente centrada. Además el cálculo de la LIO es muy dificultoso debido a la queratometría elevada. Sin embargo, nuestra paciente se encuentra muy conforme con los resultados debido a que en la consulta se le explicó los riesgos de la cirugía, los cuales asumió.

### Conclusiones

Se debería considerar no operar con implantes multifocales los ojos en que no se pueden ajustar los errores en córnea; se debe tener precaución cuando la catarata es polar posterior y pueden ocurrir graves errores en la fórmulas en pacientes con k altas y también en ojos con cataratas polares posteriores.

Si bien conocemos que el cálculo de la LIO es esencial para el éxito de las lentes multifocales, creemos que la correcta selección de los pacientes es un pilar fundamental para el éxito de la cirugía, al igual que una extensa y detallada explicación al paciente de los riesgos y expectativas con relación a este tipo de cirugías.

### Referencias

1. Allen D, Wood C. Minimizing risk to the capsule during surgery for posterior polar cataract. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28: 742-4.
2. Siatiri, Moghimi S. Posterior polar cataract: minimizing risk of posterior capsule rupture. *Eye* 2007; 21: 674-5.
3. Das S, Khanna R, Mohiuddin SM. Surgical and visual outcomes for posterior polar cataract. *Br J Ophthalmol* 2008; 92: 1476-8.
4. Ho SF, Ahmed S, Zaman AG. Spontaneous dislocation of posterior polar cataract. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33: 1471-3.

## Melanocitoma y retinosis pigmentaria: presentación de un caso

MORAIMA RODRÍGUEZ ALBA, RAISA HERNÁNDEZ BAGUER,  
IDALIA TRIANA CASADO, GEORGINA SAINT-BLANCARD MORGADO

Editor: Se presenta un caso inusual de concurrencia entre retinosis pigmentaria (síndrome de Usher tipo 1) y melanocitoma yuxtapapilar. El melanocitoma es un tumor pigmentario benigno, considerado una forma especial de nevus uveal. Se describe como una lesión pigmentada de color negro azabache, de localización excéntrica sobre la papila y con márgenes fibrilados. Puede aparecer en cualquier lugar donde haya melanocitos uveales como coroides, cuerpo ciliar, iris, conjuntiva o esclerótica. Generalmente son unilaterales y, a diferencia del melanoma, son más frecuentes en pacientes de raza oscura con cierta predilección por el sexo femenino, habitualmente asintomáticos por lo que el diagnóstico suele ser casual. No causan cambios apreciables en la agudeza visual, excepto cuando el tumor es particularmente grande y/o sufre necrosis extensa<sup>1</sup>. Este tumor pigmentado se origina de los melanocitos uveales procedentes de la cresta neural durante la embriogénesis que se ubican y acumulan ectópicamente fuera de la lámina coroidal. El 15% muestra crecimiento lento con el curso de los años y el 50% se acompaña de nevus coroidal. Tienen carácter benigno, no requieren de tratamiento inicial y se controlan anualmente.

Aceptado:  
30 mayo 2009

Autor responsable:  
Dra. Idalia Triana Casado,  
Hospital  
Clínico-Quirúrgico Docente  
Dr. Salvador Allende,  
Centro Nacional de  
Referencia de Retinosis  
Pigmentaria,  
Facultad de Ciencias Médicas  
Dr. Salvador Allende, Cuba  
idalia.triana@infomed.sld.cu

### Informe del caso

Paciente de 36 años de edad, masculino, blanco, con antecedentes de sordera congénita que refirió dificultad para la visión en los horarios nocturnos y sitios escasamente iluminados y que tropezaba frecuentemente con objetos y personas que lo rodean. Los antecedentes incluían sordera congénita y miopía. Los antecedentes familiares revelaban hipertensión arterial.

El examen oftalmológico mostró una agudeza visual de cuenta dedos a 3 metros en ojo derecho y 0,3 en ojo izquierdo. La AV mejor corregida era de 0,4 (-6.50 -0.50 x 90°) en OD y 0,6 -5.75 -0.50 x 90°) en OI. El segmento anterior no mostraba alteraciones, los reflejos pupilares eran normales y los medios eran transparentes en ambos ojos. La presión intraocular era de 16 mmHg en ambos ojos. El examen del fondo de ojos mostró discos ópticos céreos, calibre de los vasos retinales disminuidos y pigmentos oscuros como espículas óseas en media periferia en todos los sectores y dispersión pigmentaria macular por alteración del epitelio pigmentario en ambos ojos. En el ojo izquierdo se observó una lesión redondeada y plana de pigmentación oscura en hora 5 yuxtapapilar con vasos retinales finos que pasan alrededor de ella.

Los resultados de los exámenes complementarios mostraron: ERG: ausente AO; perimetría de Goldman: reducción concéntrica del campo visual a 20° con aumento de la mancha ciega en OI; audiometría: hipoacusia neurosensorial bilateral.

### Comentarios

Por las características del fondo de ojo se trata de una retinosis pigmentaria bilateral y simétrica, encontrándose en el OI como anomalía congénita acompañante un melanocitoma yuxtapapilar. Los resultados del examen de la lesión pigmentada incluyendo tomografía de papila permiten plantear que se trata de una asociación poco frecuente de retinosis pigmentaria y sordera profunda concluyéndose como una retinosis pigmentaria sindrómica tipo Usher I según clasificación de Merin<sup>2</sup>, a la que además se añade un melanocitoma.

En la literatura se han publicado casos de asociación de melanocitoma con vasculopatía coroidal polipoidea<sup>3</sup>. Los diagnósticos diferenciales de una lesión pigmentada puede realizarse con melano- ma, nevos, hemangiomas y tumores originados en el epitelio pigmentario de la retina<sup>4</sup>.

### Referencias

1. Reidy JJ, Apple DJ, Steinmetz RL, Carythorn JM, Loftfield K, Gieser SC. Melanocytoma: nomenclature, pathogenesis: natural history and treatment. *Surv Ophthalmol* 1985; 29: 319-327.
  2. Merin S, Auerbach E. Retinitis pigmentosa. *Surv Ophthalmol* 1976; 20: 303-346.
  3. Nicolás M, Clement F, Pérez-Salvador E, Martín C. Vasculopatía coroidal polipoidea en paciente con melanocitoma del nervio óptico. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2002; 77: 455-458.
  4. Zimmerman LE, Garron LK. Melanocytoma of the optic disc. *Int Ophthalmol Clin* 1963; 2: 431-440.
-