

Artículo original

Evaluación de los resultados en cirugía de catarata del Hospital Militar Regional de Tampico enero 2001-marzo 2002

Eduardo López Hurtado,¹ Eusebio Sánchez Rojas,¹ José Luis García Galaviz,¹ Ulises Reyes Gómez¹

¹Hospital Militar Regional de Tampico

Resumen

En este estudio, se realizaron 53 operaciones de catarata en el periodo enero 2001-marzo-2002, en el Hospital Militar Regional de Tampico, por técnica de extracción extracapsular, 53% de los casos correspondió al sexo femenino, el grupo más intervenido fue el de 60-74 años con 57%. Predominó el ojo izquierdo 53%; en 17% hubo complicaciones quirúrgicas, 2% fueron transoperatorios y 15% posoperatorios. La complicación más frecuente fue la hipertensión ocular en el posoperatorio inmediato, 23% de los pacientes presentó presión intraocular mayor de 20 mmHg en el examen preoperatorio, el 100% presentó menor de 20 mmHg en posoperatorio tardío. Refracción residual menor de $\pm 2.50-4.00$ en 91% de los casos. En 98% se implantó lente intraocular de cámara posterior, 55% presentaba agudeza visual de 20/200 en el preoperatorio y el 92% tuvo agudeza visual mejor de 20/40 en el posoperatorio. Se concluye que el índice de complicaciones es similar al reportado en la literatura, que la agudeza visual posoperatoria es mejor, por tanto el manejo quirúrgico de catarata es efectivo.

Palabras clave: Catarata, complicaciones quirúrgicas, agudeza visual.

Summary

In this study 53 cataract surgeries were done and reviewed in the period January 2001 – March 2002 in the Military Regional Hospital of Tampico, by extracapsular extraction technique, with the objective to evaluate the efficacy of the surgical treatment.

53% of the cases belong to the female sex, the age ranged between 60-74 years old in 57%; the left eye predominated with 53%; 17% had surgical complications, 2% were transoperative and 15% postoperative, intraocular hypertension being the most frequent in the immediate postoperative period: 23% of the patients presented intraocular pressure higher than 20 mm Hg in the preoperative exam, the 100% presented less than 20 mmHg in the late postoperative. Residual refraction

was less than $\pm 2.50-4.00$ in 91% of the cases. Posterior chamber intraocular lens were implanted in 98%; 55% presented visual function worse than 20/200 in the preoperative and 92% had visual function better than 20/40 in the postop. It is concluded that the index of complications is similar to literature reports, that the postoperative visual function is better, therefore surgical management done is effective.

Key words: Cataract, surgical complications, visual function.

Introducción

La catarata se define como una opacificación (parcial o total) del cristalino que interfiere en la agudeza visual; por lo general es bilateral. Dado que la operación de catarata permite recuperar la visión, se considera una ceguera curable, a diferencia de otras enfermedades oculares que producen ceguera irreversible como el glaucoma.

El tipo más frecuente de catarata es la relacionada con la edad, su prevalencia es del 50% entre los 65 y 74 años y del 70% por encima de los 75 años. Según su etiología se diferencian: catarata adquirida, presenil, senil, secundaria, traumática, tóxica, metabólica y catarata congénita.¹

El paciente que sufre de cataratas presenta una disminución progresiva de la visión en el transcurso de meses a años. Es frecuente observar que la visión es menor cuando se ve expuesto a ambientes iluminados, este fenómeno se denomina “encandilamiento”, efecto similar a mirar a través de un vidrio esmerilado. En algunos casos iniciales el paciente puede apreciar que la visión cercana mejora, ya que al hacerse más denso el cristalino aumenta su índice refractivo y el poder de convergencia aumenta, haciendo al ojo más miope.

Los métodos de diagnóstico son: toma de la agudeza visual (disminución de la agudeza visual), oftalmoscopia directa (interrupción del reflejo luminoso) y la biomicroscopia (opacidad del cristalino).²

El único tratamiento eficaz y reparador es la cirugía. Existen varias técnicas; extracción intracapsular, facoemulsificación y facolasser.¹

Las complicaciones quirúrgicas transoperatorias incluyen: ruptura de cápsula posterior, hemorragia expulsiva, iridodíalisis, prolapso del iris, pérdida de vítreo, luxación del núcleo, mala colocación del lente intraocular, hemorragia transoperatoria no expulsiva, colocación de puntos perforantes, miosis. Las complicaciones posoperatorias inmediatas: edema corneal, endoftalmitis, luxación del lente intraocular, hipertensión ocular y fuga de humor acuoso. Las complicaciones posoperatorias tardías: descompensación corneal, endoftalmitis y uveítis.

Material y métodos

Se incluyen todos los pacientes operados de enero 2001 a marzo 2002, en total 53 ojos por técnica extracapsular en el periodo de enero 2001 a marzo 2002, a los que se les colocó lente intraocular y que preoperatoriamente se les valoró agudeza visual, presión intraocular, refracción, segmento anterior, fondo de ojo y estudios de laboratorio.

Resultados

Sexo femenino con 53% y masculino 56%. El grupo de edad de mayor incidencia quirúrgica fue el de entre 60-74 años, con 57% y 55% respectivamente. El ojo izquierdo fue el más operado con 53% (figuras 1 y 2).

La anestesia empleada en 98% de los casos fue sedación más peribulbar y sólo en 2% sedación peribulbar más epibulbar. En el 100% de los procedimientos quirúrgicos se utilizaron antibióticos, tales como ampicilina, ciprofloxacina y tobramicina. El porcentaje de complicaciones quirúrgicas fue de 17%, de éstos el 2% correspondieron a complicaciones transoperatorias. Las complicaciones posoperatorias corresponden al 15% restante el 13% correspondió a complicaciones inmediatas (figura 3) y 2% a complicaciones tardías.

Las complicaciones que se presentaron fueron: hipertensión ocular en el 11% de los casos, hifema en 2% (posoperatorias inmediatas), queratitis en 2% (posoperatoria tardía) y ruptura de cápsula posterior en 2% (transoperatoria). Es preciso señalar que la hipertensión ocular solamente se presentó en el posoperatorio inmediato (figura 4).

En 98% de los casos se implantó lente intraocular de cámara posterior y en 2% (1 caso) de cámara anterior, este último debido a la ruptura de cápsula posterior en el transoperatorio.

Respecto a la refracción residual, el 91% de los caso tenía de $\pm 2.50 - 4.00$ y el 6% fue mayor a esta refracción. En un 2% (1 caso) no se encontró información disponible debido a que el paciente no acudió a control posquirúrgico.

El 23% de los pacientes presentó hipertensión ocular en el examen preoperatorio. El 100% de los pacientes tuvo cifras de 20 mmHg o menores de presión intraocular en el posoperatorio tardío (figura 5). La agudeza visual preoperatoria

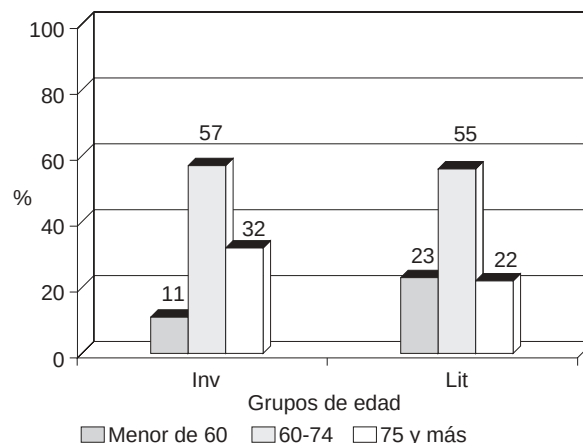


Figura 1. Distribución por grupos de edad menor de 60, de 60-74 y 75 y más años.

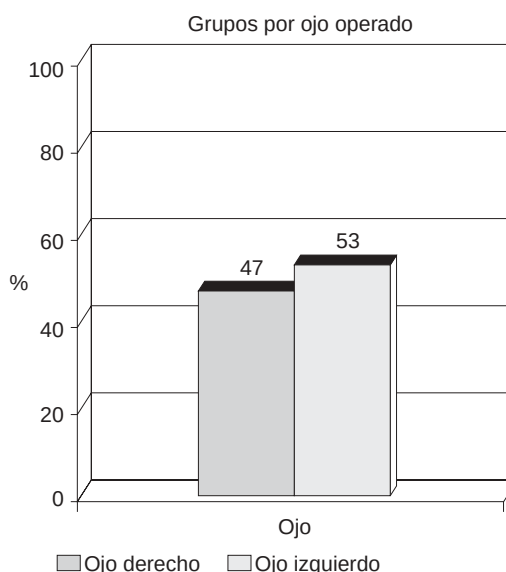


Figura 2. Distribución por porcentaje por ojo operado.

fue peor de 20/200 en 55% de los pacientes. La agudeza visual posoperatoria fue 20/40 o mejor en 92% de los casos.

Discusión

La cirugía ocular difiere de algunas cirugías, esencialmente en que todo ojo operado debe quedar funcional y si no se lograra esto, el segundo objetivo sería la conservación del órgano a fin de no dejar mutilados a los pacientes desde el punto de vista estético.

No obstante que existen técnicas de cirugía de catarata en las cuales se emplea tecnología muy avanzada, todo cirujano

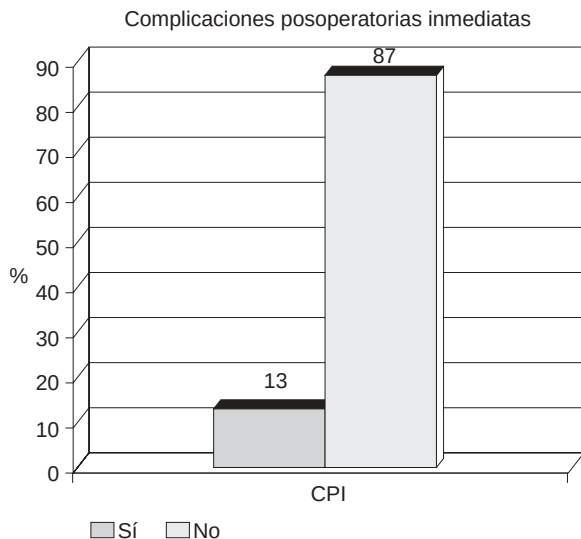


Figura 3. Porcentaje de complicaciones posoperatorias inmediatas presentadas.

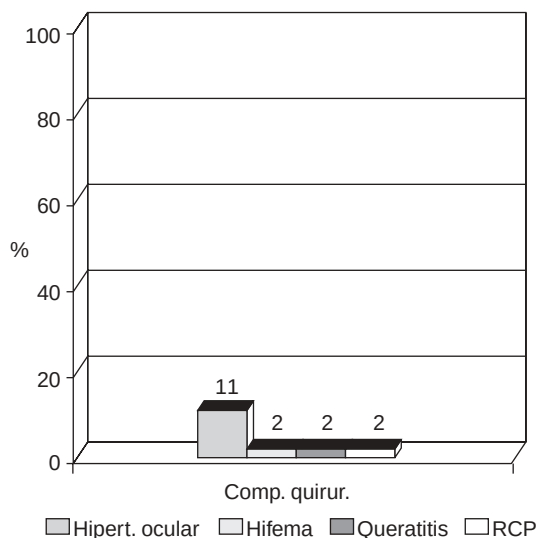


Figura 4. Complicaciones quirúrgicas.

de ojos debe realizar aquella técnica para la cual ha sido entrenado y en la cual esté obteniendo buenos resultados. Cuando se quiere pasar de una técnica a otra, el cirujano debe invertir tiempo de aprendizaje hasta que domine la nueva técnica, siempre es bueno estar alerta en cada cirugía y no pensar que no pueden ocurrir complicaciones, porque además cada cirugía es una experiencia nueva y casi siempre se presentan pequeñas variantes que van dejando experiencia en el manejo. Otros factores que pueden influir en los resultados son el uso de suturas confiables, y lentes intraoculares de laboratorios de calidad.²⁻⁴

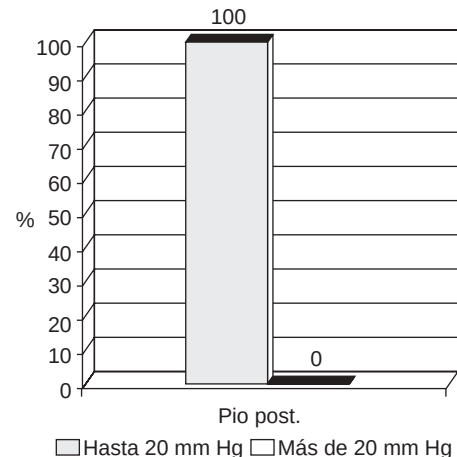


Figura 5. La totalidad de los pacientes presentó presión intraocular normal en el posoperatorio tardío.

El porcentaje de complicaciones quirúrgicas fue de 17% y en la literatura de 16%. De estas complicaciones el 2% correspondieron a complicaciones transoperatorias, en la literatura se documenta de un 6% en promedio³ de las complicaciones posoperatorias éstas ocurrieron en un 15% y en la literatura en un 10%. Las complicaciones que se presentaron fueron: hipertensión ocular con el 11% de los casos, hifema con 2% (posoperatorios inmediatos), queratitis en 2% (posoperatoria tardía) y ruptura de cápsula posterior en 2% (transoperatoria) per se en la literatura revisada se documentan: ruptura de cápsula posterior con 7%, opacidad de cápsula posterior con 3%, sinequias con 2.5%, uveítis con 1.5%, infección con 1% y dislocación de lente intraocular en 1% de los casos. Por otra parte, la agudeza visual preoperatoria fue más baja de 20/200 en 55% de los pacientes, mientras que en la literatura se reporta de 91%. La agudeza visual posoperatoria fue 20/40 o mejor en 92% de los casos; mientras que en la literatura es de 33%.³ Aunque el porcentaje de complicaciones posoperatorias es muy semejante al reportado en la literatura, la complicación que más se observó fue la hipertensión ocular en el posoperatorio inmediato, misma que se pudo controlar y actualmente sólo 2 se encuentran bajo tratamiento y son aquellos que previamente se les había diagnosticado glaucoma. Presentaron complicaciones transoperatorias sólo 2%, que corresponde a ruptura de cápsula posterior en un caso. El porcentaje de dichas complicaciones es menor al reportado en la literatura (6%). El 92% de los pacientes estudiados tienen una agudeza visual de 20/40 o mejor, debiendo aclarar que la mayoría alcanzó ulteriormente agudeza visual de 20/20. En todos los pacientes se emplearon antibióticos como medida de prevención, en virtud de que existe el riesgo de endoftalmitis y para un paciente que llega a presentarla, no le importa que 99% pacientes antes que él no la

hayan presentado. Ese paciente se siente como el 100 y es lo que se debe evitar.

Conclusiones

1. El índice de complicaciones es similar a lo reportado en la literatura.
2. La capacidad visual final es con mucho mejor que la reportada
3. La técnica por extracción extracapsular es tan segura y con resultados tan buenos como los que se obtienen con cirugía de facoemulsificación.
4. Se concluye que el manejo quirúrgico de catarata llevado a cabo en el Hospital Militar Regional de Tampico es efectivo.

Referencias

1. Tierney L, McPhee S. Catarata. Diagnóstico clínico y tratamiento. Edición 36, México; Manual Moderno. 2001: 203-4.
2. Boyd BF. Atlas de Cirugía Ocular. World Atlas Series, Edición en español, Panamá: Highlights of Ophthalmology International, 1996; 2: 4-178 (vol II).
3. Del Angel CC, Vargas MP. Perfil epidemiológico de pacientes intervenidos quirúrgicamente de catarata en el centro estatal de oftalmología de Guerrero. Rev Mex Oftalmol. 2000; 74(6): 277-80.
4. Koch DD, Liu FJ, Glasser BD, Merin LM, Haft E. A comparison of corneal endothelial changes after use of healon or viscoat during phacoemulsification. Am J Ophthalmol 1993; 115(2): 188-201.
5. Fraumfelder F, Hampton F. Endophthalmitis. Current Ocular Therapy. 3 th Edition, USA: W.B Saunders Company, 1990:533-7.
6. Brady MK, Afkinson SC, Kilty AL, Hiles AD. Cataract surgery and intraocular lens implantation in children. Am J Ophthalmol 1995; 120(1): 1-8.