

Síndrome de contracción capsular

A. Fonollosa
M. Calatayud

Hospital Vall d'Hebron
Barcelona

Resumen

Paciente intervenida de catarata ojo izquierdo 5 semanas antes que acudió a nuestro centro por disminución de visión OI. Se trataba de un síndrome de contracción capsular. Se realizó una capsulotomía quirúrgica, introduciendo una nueva LIO en sulcus. La AV en el preoperatorio era de 0.2 OI y en el postoperatorio inmediato era de 0.8.

Resum

Malalta intervinguda de cataracta ull esquerra feia 5 setmanes que acudeix al nostre servei per baixa visió UE. Es va diagnosticar de síndrome de contracció capsular. Es va realitzar una capsulotomia quirúrgica i es substituï la LIO per una lent recolzada a sulcus. La seva agudesa visual preoperatoria era de 0.2 UE i la AV en el postoperatori immediat era de 0.8.

Summary

Patient operated of cataract in left eye five weeks before, that came to our emergency service because of low vision in her left eye. Capsular contraction syndrome was diagnosed. Surgical capsulotomy was performed and the IOL was replaced by a sulcus IOL. Her best corrected visual acuity was 0.2 LE before the operation and 0.8 immediately after the operation.

Paciente de 61 años de edad con antecedentes patológicos de *diabetes mellitus* tipo 1, cardiopatía isquémica e hiperlipoproteinemia tipo 2 y oftálmicos de retinopatía diabética proliferativa y pseudofaquia en ambos ojos. Acudió al servicio de urgencias de nuestro centro por mala agudeza visual en su ojo izquierdo desde hacía tres días. La paciente había sido intervenida hacía 5 semanas de catarata (facoemulsificación e implante de LIO) sin incidencias intra ni postoperatorias.

En la exploración presentaba una AV en ojo derecho de contar dedos a 1 metro est 0.05 y en ojo izquierdo de 0.2 est NM. En la exploración biomicroscópica se apreciaba córnea transparente, cámara anterior amplia y PIO de 16mm Hg. La cápsula anterior del cristalino presentaba una membrana fibrosa en el margen de la apertura anterior, pliegues capsulares de tracción y la lente intraocular (LIO), monobloque acrílica, se encontraba en saco y con los hápticos

doblados sobre la porción óptica (Figura 1). El fondo de ojo era normal. Se diagnosticó a la paciente de síndrome de contracción capsular y se la programó para tratamiento quirúrgico electivo debido a la severidad del caso.

Una semana más tarde fue intervenida realizándose, bajo anestesia retrobulbar y sedación, capsulotomía anterior, extracción de LIO e inserción de otra LIO, esta vez acrílica con hápticos de PMMA, en sulcus; suturándose la incisión con un punto de Nylon 10/0. No hubo complicaciones intraoperatorias. En el primer día del postoperatorio la exploración biomicroscópica reveló edema corneal epitelial con hipertensión ocular (HTO) aguda (PIO de 56 mmHg). Se trató la HTO con antihipertensivos tópicos y sistémicos con rápida reducción de la PIO a 20 mmHg. Una semana tras la intervención la AV era de 0.8, con PIO era 16 mmHg y la LIO estaba centrada (Figura 2).

Correspondencia:
Àlex Fonollosa

Hospital General Vall d'Hebrón
Pg. Vall d'Hebrón, 119- 129
08035 Barcelona

El síndrome de contracción capsular es una complicación de la capsulorhexis circular continua en el que se produce una disminución de la apertura capsular anterior a expensas del crecimiento de una membrana fibrosa desde el margen de la misma¹. Aunque se conocen las células que componen dicha membrana, son células epiteliales de la cápsula anterior que sufren metaplasia fibrosa². No se conocen todavía los mecanismos patogénicos que explican su desarrollo. Se ha observado que es más frecuente en ojos con zónula débil (síndrome pseudoexfoliativo, miopía, uveítis y retinosis pigmentaria) y en pacientes diabéticos. Una explicación plausible de esta mayor frecuencia es que una zónula débil no puede contrarrestar la fuerza de contracción ejercida por la membrana fibrosa. Sin embargo, esto no explica porqué se desarrolla. Clínicamente en este síndrome se puede apreciar, además de la membrana, un diámetro de apertura capsular disminuido con pliegues capsulares radiales que evidencian claramente la contracción de la primera. Se han descrito varias complicaciones asociadas a la contracción capsular: opacificación subcapsular anterior, desplazamiento de LIO, desprendimiento de cuerpo ciliar y desprendimiento de retina. El tratamiento de la contracción capsular consiste en la capsulotomía mediante láser Nd-YAG en los casos leves y quirúrgica en los casos graves³.



Figura 1.
Se aprecia como la cápsula anterior está contraída, hay pliegues capsulares de tracción y LIO tiene los hápticos doblados sobre la porción óptica

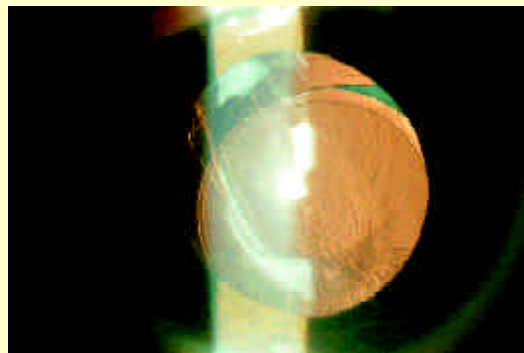


Figura 2.
Postoperatorio precoz con LIO en sulcus y capsulotomía quirúrgica realizada

Bibliografía

1. Daijiro Kurosaka, Ichiro Ando, Katsuhiko Kato, Takeshi Oshima, Hiroyo Kurosaka, Mami Yoshino, *et al.* Fibrous membrane formation at the capsular margin in capsule contraction syndrome. *J Cataract Refract Surg* 1999; 25:930-5.
2. Karoline M. Spang MD, Jens M. Rohrbach MD, Egon G. Weidle MD. Complete occlusion of the anterior capsular opening after intact capsulorhexis: clinicopathologic correlation. *Am J Ophthalmol* 1999;127: 343-5.
3. Elies Amat D, Coret Moreno A, Mauricio Casanovas J, Rombouts Matamala A, Gatell Tortajada J. Surgical management of the capsular contraction syndrome. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2002;77:377-380.