

Sutura de complejo saco capsular/LIO subluxado

R. Quintana
A. Aranda

Hospital Clínic
Universitat de
Barcelona

Resumen

La cirugía de la catarata en el síndrome pseudoexfoliativo plantea una serie de complicaciones que debemos tener en cuenta. Con la siguiente comunicación se pretende explicar una técnica quirúrgica sencilla para suturar el complejo saco capsular/LIO ya subluxado, repasando no obstante las diferentes alternativas existentes.

Resum

La cirurgia de la cataracta en el síndrome pseudoexfoliatiu planteja una sèrie de complicacions que haurem de tenir en compte. Amb la següent comunicació es pretén explicar una tècnica quirúrgica senzilla per a suturar el complex saco capsular/LIO ja subluxat, repassant no obstant les diferents alternatives ja existents.

Summary

The association of zonular weakening and pseudoexfoliation are predisposing factors for late complications of cataract surgery in eyes with pseudoexfoliation. The purpose of this communication is to describe an easy procedure to suture the previously dislocated capsular bag and intraocular lens complex and compare this procedure to other management alternatives.

Introducción

El síndrome pseudoexfoliativo (SPX), descrito por Lindberg en 1917, es una condición caracterizada por el depósito anormal de un material fibrilar extracelular tanto a nivel ocular como sistémico. Además de ser una causa frecuente de glaucoma secundario, se encuentra asociado a un desarrollo más precoz de cataratas y su intervención conlleva consideraciones especiales.

La cirugía de la catarata en el SPX presenta diversas complicaciones derivadas de las alteraciones halladas en este síndrome¹: debilidad zonular, miosis pupilar que en muchos casos no responde a los midriáticos, rotura de la barrera hemato-acuosa, etc. Por ello, el planteamiento de la cirugía de la catarata en estos ojos requiere conocer estos detalles para evitar complicaciones.

Los signos que hacen pensar en el preoperatorio de una intervención quirúrgica de cataratas que existe una mayor facilidad de lesión zonular son²: tensión ocular elevada, catarata madura, escasa dilatación pupilar, atrofia marcada de la pupila con pigmentación marcada en el ángulo camerular y edad avanzada.

Podemos optar por diferentes técnicas para la cirugía de la catarata en estos casos³:

- Extracción intracapsular del cristalino.
- Extracción extracapsular / facoemulsificación:
 - Con implante de LIO en saco capsular (con o sin anillo capsular).
 - Con implante de LIO en sulcus.
 - Con implante de LIO en cámara anterior (soporte angular o iridiano).

Dependiendo de la extensión de la lesión zonular, en el preoperatorio o intraoperatoriamente, optaremos por una u otra técnica quirúrgica para resolver la pérdida visual causada por la catarata y para rehabilitar de la mejor manera posible al paciente. En este último aspecto debemos elegir soluciones que sean efectivas en el momento quirúrgico y en el postoperatorio tardío, ya que de todos es conocida la posibilidad de sub/luxaciones del complejo LIO/saco capsular en pacientes con SPX.

En esta comunicación os presentamos una técnica sencilla para suturar el complejo capsular/LIO ya subluxado, tal y como se detalla en la Tabla 1 de manera esquemática.

Correspondencia:
R. Quintana
Hospital Clínic de Barcelona
E-mail:
17319rqc@comb.es

Discusión

Hemos realizado esta sencilla técnica en 5 casos de SPX en los últimos 4 años, en los que se produjo una desinserción superior del complejo saco capsular/LIO. Los resultados hasta el momento son de AV > 4/10 en todos los casos sin problemas tensionales, y con centrado de la LIO satisfactorio.

Obviamente, esta técnica que proponemos cuenta con ventajas e inconvenientes. Como ventajas, destacar la sencillez de ésta, y el buen resultado que hemos objetivado a corto y medio plazo. Por otro lado es una técnica a globo cerrado y con incisiones mínimas, eludiendo así potenciales complicaciones

Técnica quirúrgica

- Asepsia campo quirúrgico.
- Midriasis farmacológica.
- Colgajo conjuntival mínimo.
- Escotilla escleral espesor medio localizada en zona máxima desinserción (Figura 1).
- Paracentesis cámara anterior a 180° de escotilla escleral.
- Sutura prolene 10/0 aguja recta doble STC-6 16mm Ethicon (Figuras 2 y 3).
- Captura complejo saco capsular-háptico superior de la LIO, una aguja pasa por debajo y la otra por encima.
- Paso a través pared escleral a nivel de sulcus ciliar, con ayuda aguja insulina 27/30 G como tutor.
- Sutura a pared escleral prolene 10/0 (mínima tensión y centrado LIO).
- Cierre escotilla escleral y colgajo conjuntival (Figuras 4 y 5).
- Pauta antibiótica y antiinflamatoria habitual.

Tabla 1.

y variaciones refractivas. Asimismo aprovechamos la LIO ya implantada, permitiéndonos mantener el complejo saco capsular-LIO.

Como inconvenientes, podemos destacar: Sólo empleamos la técnica cuando la desinserción es superior, que en nuestra experiencia ocurre en la mayoría de los casos, y al suturar esta zona superior del saco/LIO aportamos mayor estabilidad que al suturar en otras localizaciones, donde la gravedad no nos ayudaría a mantener el resultado obtenido; además la posibilidad de que se produzca una desinserción de zónula inferior en el futuro, y la aparición de inclinación de la LIO ("tilting").

Existen no obstante otras técnicas alternativas en caso de subluxación del complejo saco capsular/LIO:

- Extracción saco/LIO +/- implante LIO suturada a sulcus o en cámara anterior, lo que conlleva mayor trauma quirúrgico.
- Colocación de anillo capsular tipo Cionni (parcial o total) en saco y suturar a esclera tras



Figura 1.



Figuras 2 y 3.

Figuras 4 y 5.



disecar saco capsular de la LIO, en casos de cirugía reciente.

- Sutura con prolene a las 6 y 12 horas del complejo saco capsular/LIO, para una mayor estabilidad a largo plazo.

Conclusiones

Proponemos una técnica sencilla y eficaz, recomendada cuando la subluxación es superior, que recupera técnicas usadas con anterioridad a la aparición de los nuevos anillos capsulares modificados en los que la sutura no atraviesa el saco, de elección en cirugía primaria o reciente, y que al incluir al saco capsular y háptico de la lente intraocular nos ha resuelto casos que de otro modo hubieran requerido cirugías más invasivas.

Bibliografía

1. Moreno J, Aliseda J. Exfoliative syndrome and cataract extraction. *Am J Ophthalmology* 1994;117:273-4.
2. Schlotzer U, Naumann GO. A histopatologic study of zonular instability in pseudoexfoliation syndrome. *Am J Ophthalmol* 1994;118(6):730-43.
3. Lumme P, Laatikainen L. Exfoliation syndrome and cataract extraction. *Am J Ophthalmology* 1993;116: 51-5.