

Descompensación endotelial secundaria a un anillo de distensión capsular ubicado en cámara anterior

J. Colomé-Campos¹
A. Lerma-Andrés²
I. Martínez-Salcedo³
P. Romero-Aroca⁴

¹Doctor en Medicina
Hospital Comarcal
Mora d'Ebre

²Doctora en Medicina
Hospital Comarcal
d'Amposta

³Licenciada
en Medicina

Hospital Comarcal
Mora d'Ebre

⁴Doctor en Medicina
Hospital Universitari
Sant Joan de Reus

Departament
d'Oftalmologia

Hospital Universitari
Sant Joan de Reus

IISPV, Institut de
Investigació Sanitària

Pere Virgili
Departament

de Medicina i Cirurgia
Universitat
Rovira i Virgili

Correspondencia:

Jordi Colomé i Campos
Hospital Comarcal Mora d'Ebre
Benet Messeguer, s/n

Mora d'Ebre
La Ribera d'Ebre 43740

E-mail:

jcolome@grupsagessa.com

Resumen

Presentamos el caso de una descompensación endotelial pseudoafáquica irreversible ocho meses más tarde de la ubicación durante el transcurso de una cirugía de cataratas de un anillo de distensión capsular en cámara anterior.

Resum

Presentem el cas d'una descompensació endotelial pseudoafàquica irreversible vuit mesos més tard de la ubicació durant el transcurs d'una cirurgia de cataractes d'un anell de distensió capsular en cambra anterior.

Summary

We report the case of a irreversible pseudophakic bullous keratopathy eight month later of the introduction of a capsular tension ring into the anterior chamber during cataract surgery.

Introducción

Los primeros anillos de distensión capsular (ADC) fueron diseñados en el año 1995 para estabilizar el saco capsular durante el transcurso de la cirugía de la catarata en el caso de zónulas debilitadas¹. Desde entonces, se les han atribuido otras propiedades como su capacidad de controlar el prolapso del cuerpo vítreo, minimizar un futuro potencial descentramiento de la lente intraocular y el evitar la proliferación de las células epiteliales hacia la cápsula posterior gracias a fuerzas de compresión².

La maniobra de introducción de los mismos con pinzas o bien con inyector no suele presentar apenas dificultad. Sin embargo, las complicaciones que pueden generarse por su uso a menudo no son de fácil

solución. Posiblemente una de las complicaciones más temida y frecuente sea la luxación del ADC en la cavidad vítrea ya sea en un futuro inmediato como en el tardío.

Nosotros presentamos una descompensación endotelial pseudoafáquica de origen iatrogénico ocho meses después de la cirugía de catarata debido a la utilización de un ADC ubicado en cámara anterior.

Caso clínico

Se trata de un varón de 78 años de edad remitido a nuestro centro para valoración de patología corneal de su ojo izquierdo. Según informes aportados, ha-

bía sido intervenido de cataratas hacía ocho meses mediante la técnica de facoemulsificación más implante de lente intraocular bajo anestesia retrobulbar. Desde entonces, hasta hacía poco más de un mes el paciente refería haber mantenido una excelente agudeza visual.

A la exploración objetivamos una visión de 0,05, un edema corneal con ausencia de bullas epiteliales, una pupila normocórica y centrada, una capsulorrexia íntegra, una lente intraocular localizada aparentemente en saco capsular y un ADC ubicado en cámara anterior presionando en casi todos los 360° el ángulo iridocorneal (Figura 1).

Programamos la cirugía y se procedió a la extracción del ADC con pinzas ayudado de viscoelásticos dispersivos. A pesar de ello, meses más tarde persistió el mismo grado de edema corneal.

El paciente rechazó la posibilidad de la realización de una queratoplastia penetrante.

Discusión

Hemos intentado extraer el ADC extrapolando publicaciones procedentes de descompensaciones endoteliales revertidas tras la exéresis de lentes de cámara anterior de apoyo angular³. Aunque en nuestro caso, a diferencia de las lentes de apoyo angular, no generamos iatrogenia respecto a la distancia de los bordes del cuerpo de la óptica al endotelio. El contacto directo del ADC sobre la zona más periférica o límbica de la cornea, a la cual se le ha atribuido propiedades regenerativas por su mayor densidad celular⁴, creemos que ha sido el motivo del fracaso tisular.

Sabemos que el apoyo de los hápticos de una lente de cámara anterior en el ángulo camerular provoca cambios en la barrera hematoacuosa secundaria a la compresión que ejerce⁵. Si tenemos presente la ubicación de nuestro ADC podemos inferir que este contacto directo sea capaz de generar una inflamación crónica que a su vez pueda repercutir en un deterioro de la población endotelial no reversible.

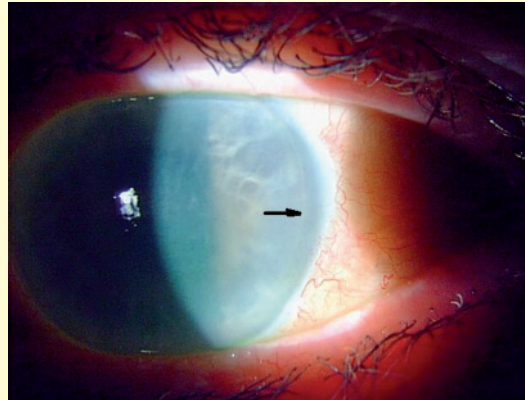


Figura 1. Descompensación endotelial pseudoafaca. La flecha señala la ubicación del anillo de distensión capsular en cámara anterior

La ubicación de los ADC en un área distinta a la diseñada, en nuestro caso la cámara anterior, precisa su retirada precoz para evitar futuras lesiones corneales irreversibles.

Bibliografía

1. Hara T, Hara T, Sakanishi, *et al.* Efficacy of equator rings in an experimental rabbit study. *Arch Ophthalmol.* 1995;113(8):1060-5.
2. Gimbel HV, Sun R, Heston JP. Management of zonular dialysis in phacoemulsification and IOL implantation using the capsular tension ring. *Ophthalmic Surgery and Lasers.* 1997;28(4):273-81.
3. Coli AF, Price FW, Whison WE. Intraocular lens exchange for anterior chamber intraocular lens-induced corneal endothelial damage. *Ophthalmology.* 1993;100(3):384-93
4. Hollley GP, Sugarman PE, Purohit AR, *et al.* Endothelial cell density is significantly increased in the far peripheral (limbal) region of the human cornea. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2002;(ARVO abstracts):3176.
5. Ambrose VM, Walters RF, Batterbury M, *et al.* Long-term endothelial cell loss and breakdown of the blood-aqueous barrier in cataract surgery. *J Cataract Refract Surg.* 1991;17(5):622-7.