

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Tratamiento Quirúrgico de Catarata Congénita

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-620-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE 9 MC: 13.19 Otra extracción intracapsular del cristalino, Extracción catarata NEOM

CIE-10: Q12.0 Catarata Congénita
GPC

Tratamiento Quirúrgico de Catarata Congénita

DEFINICIÓN

El término de catarata congénita se refiere a la opacidad del cristalino presente al nacimiento, es la más común dentro de las cataratas pediátricas, siendo la causa más común de ceguera tratable en niños, en algunos casos no progresan y pueden ser visualmente insignificantes, sin embargo otros llegan a producir deterioro visual significativo

CANDIDATOS A CIRUGÍA POR CATARATA CONGÉNITA

La evidencia coincide en realizar tratamiento quirúrgico a pacientes que presentan opacidad central igual o mayor a 3 mm, o bien en cristalinos en los que no es posible obtener reflejo rojo simétrico y de buena calidad en pupilas no dilatadas. (Véase guía de diagnóstico de catarata congénita)

El momento más indicado para realizar la cirugía en pacientes con catarata congénita unilateral es entre las 4 y 6 semanas para minimizar las complicaciones posquirúrgicas y aprovechar las últimas fases del desarrollo visual. Además de minimizar el efecto ambliopizante.

En cataratas bilaterales el mejor momento para operarlos se considera entre las 4 y hasta las 14 semanas de vida, en este caso es posible realizar ambas modalidades (simultánea y secuencial) ya que en la literatura publicada se reportan resultados similares en cuanto a agudeza visual y eventos adversos.

Cuando se realice cirugía secuencial se recomienda que el segundo ojo se opere en un tiempo menor a 7 días para reducir el riesgo de ambliopía.

Al estudiar los beneficios y riesgos entre ambas modalidades de tratamiento, es conveniente sopesar los riesgos que representa la posibilidad de endoftalmitis en la cirugía simultánea y contra el riesgo anestésico en la cirugía secuencial.

Precauciones en caso de cirugía simultánea:

- La cirugía en cada ojo debe manejarse como un procedimiento totalmente separado
- Si se generan complicaciones durante la cirugía en el primer ojo, se deberá considerar cuidadosamente si se debe o no hacer cirugía en el segundo ojo
- Se deben de dar instrucciones precisas para usar diferentes goteros en el lavado

posoperatorio de cada ojo, además de lavado de manos antes de instilar gotas en el segundo ojo

- Se debe hacer todo lo posible para reducir la probabilidad de infecciones causadas por el uso de instrumentos, líquidos y es preferible que los lentes intraoculares vengan de lotes diferentes
- El oftalmólogo debe poder justificar la decisión de realizar cirugía bilateral en base a indicaciones médicas precisas y no solo por conveniencia

Una de las ventajas de realizar cirugía simultánea es que se puede comenzar de forma paralela la rehabilitación de ambos ojos (véase guía de rehabilitación visual en catarata congénita)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La lensectomía puede ser realizada con equipo de vitrectomía automatizado. En caso de que sea necesario colocar un LIO secundario debe dejarse un soporte capsular suficiente.

En el niño, se realiza una facoaspiración con el equipo de facoemulsificación, que puede incluir una vitrectomía anterior en los niños menores de 4 años, según criterio técnico.

Es raro que se requiera de facoemulsificación para remover cataratas en pacientes pediátricos. Usualmente la aspiración del cristalino es suficiente. El uso de técnica bimanual reduce las fluctuaciones de la cámara anterior y es preferible utilizarla.

Ambas técnicas son adecuadas para hacer una capsulorrexis circular posterior en caso de presentarse una placa fibrosa posterior, es importante tener a la mano un vitrector para llevar a cabo una vitrectomía anterior en caso necesario

No existe evidencia que demuestre seguridad para realizar fijación de lente al sulcus cuando no existe soporte capsular, por lo tanto deben ser consideradas otras opciones como la colocación de lente de contacto o gafas

En pacientes menores de 6 años es recomendable que la capsulorrexis posterior, la colocación de lente intraocular (LIO) y la vitrectomía anterior se realicen en el mismo tiempo quirúrgico. Si esto no se hace, los padres deben ser informados en el preoperatorio que es probable que el niño necesite un segundo procedimiento para tratar la capsula posterior opaca.

En la cirugía de catarata en niños el azul de trípano al 1% permite una mejor visualización y por consiguiente mejor control de la capsula, además de facilitar la capsulorrexis

La opacificación de cápsula posterior en niño postoperados de catarata congénita es muy frecuente especialmente operados antes de los 3 años, por lo que se recomienda hacer capsulotomía circular continua en capsula posterior con vitrectomía para evitar la opacificación de la cápsula posterior, así mismo si el cirujano lo prefiere se puede abotonar la óptica a la capsulorrexis anterior dejando las hápticas en sulcus

COLOCACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR

La literatura internacional coincide en colocar LIO a pacientes sometidos a cirugía de catarata cuando estos tengan 2 años o más de edad. Sin embargo existe controversia en pacientes menores de esta edad donde la colocación de LIO puede generar mayor cantidad de procedimientos adicionales en dicho ojo. Aunque tampoco existe contraindicación solo por la edad.

Por otro lado los resultados visuales no tienen grandes diferencias al comparar el uso de LIO o afaquia con lente de contacto.

CARACTERÍSTICAS DE LENTE INTRAOCULAR

La evidencia indica que el LIO de acrílico hidrofóbico produce OCP con igual o menor frecuencia comparado con los de PMMA, pero esta opacificación, es de menor intensidad y más lentamente, en comparación con los de PMMA. Por lo que el material con más ventajas en la población infantil es el acrílico hidrofóbico. Sin embargo ambos pueden ser utilizados ya que ninguno de ellos tiene contraindicación

PODER DIÓPTRICO DE LENTE INTRAOCULAR

Los esfuerzos por establecer la fórmula de calcular el poder de LIO en la población infantil no han brindado resultados positivos; por lo que actualmente no existe un acuerdo en cuanto a cómo tomar la decisión sobre el poder de LIO. Contrario a lo anterior los expertos buscan una fórmula especialmente diseñada para la población infantil que permita realizar mejores cálculos. Aun así los autores coinciden que se debe realizar la medición de longitud axial mediante inmersión o bien bajo anestesia general previo al procedimiento quirúrgico

ERROR DIÓPTRICO DE LENTE INTRAOCULAR

Cuanto más joven es el niño mayor es el efecto de ambliogénico de la hipermetropía y por lo tanto es necesaria una oportuna corrección con lente de contacto o lente aéreo. El tema de refracción postoperatorio es controvertido. Hay buena evidencia de que el ojo pediátrico pseudofáquico sigue creciendo como un ojo fáquico normal. Sobre la base de esta hipótesis se recomienda hipocorregir para que el niño se quede hipermetrope. Sin embargo, el cambio miópico puede ser grande. La edad es un factor de gran influencia en jóvenes pseudofaquicos, donde el cambio miópico puede ser grande e impredecible (Anexo)

La mayor parte de la información actual coincide en que el paciente debe permanecer con hipermetropía después de la cirugía y paralelo a esto realizar refracción temprana que debe ser vigilada de cerca para corregir adecuadamente y llevar a emetropía en forma constante hasta que concluya el crecimiento del globo ocular. Muy pocos autores consideran dejar al paciente en emetropía al nacimiento. No se localizaron autores que prefieran la miopía.

LONGITUD AXIAL EN MILÍMETROS Y CÁLCULO DE PODER APROXIMADO DE LENTE INTRAOCULAR EN DIOPTRÍAS

Longitud axial (mm)	Poder de LIO (D)
17	28.00
18	27.00
19	26.00
20	24.00
21	22.00

Arroyo-Muñoz L. Catarata Congénita. Capítulo 15. Catarata Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Intersistemas 2007.

CAMBIO REFRACTIVO POR EDAD

Edad (años)	Número de ojos	Promedio de años de seguimiento	Promedio de cambio en dioptrías	Promedio de cambio anual en dioptrías
1-2	10	6.35	-5.96	-0.93
2-4	7	4.42	-3.66	-0.82
5-6	11	6.17	-3.40	-0.55
7-8	8	4.38	-2.03	-0.46
9-10	4	5.56	-1.88	-0.33
11-14	9	5.58	-0.97	-0.17
15-18	3	4.50	-0.38	-0.084

REFRACCIÓN META, AJUSTADA A LA EDAD.

Edad en años	Refracción en dioptrías
1	+4.0
2	+3.5
3	+2.5
4	+2.5
5	+2.0
6	+2.0
7	+1.0
8	+1.0
9-14	Emetropia
Arriba de 15	Emetropia

Crouch ER, Crouch ER Jr, Pressman SH. Prospective analysis of pediatric pseudophakia: myopic shift and postoperative outcomes. J AAPOS. 2002 Oct;6(5):277-82.

ALGORITMO

