



# NOTICIERO ALACCSA-R \ LASCRS NEWS



Edición: Español



Edição: Português

## Foro Cristalino

Profilaxis de infección en cirugía de cristalino  
Dr. Pedro Iván Navarro – Colombia

## Caso Córnea

Dra. Ana Rodriguez - Dr. Luis Izquierdo – Perú

## Top Ten

Dr. Marcelo Sterzovsky – Argentina



# Caso Cristalino



Dr. Juan Guillermo Ortega

## **Coordinador**

*Dr. Juan Guillermo Ortega - Colombia*

## **Panelistas**

*Dra. Maria Ximena Nuñez - Colombia*

*Dr. Roger Zaldivar - Argentina*

## Datos de contacto

Dra. Maria Ximena Nuñez – ximena@visionsana.com

Dr. Juan Guillermo Ortega – jgoj27@gmail.com

Dr. Roger Zaldivar – zaldivarroger@gmail.com

Paciente con lente Restor + 4,00 implantados sin complicaciones en 2006.

Capsulotomía posterior yag en 2010.

Actualmente consulta por halos y dificultades. SK: + 0,50 (-1,25 x 170)

Mejora a 20/30.

¿Diagnóstico? ¿Qué hacer?

**Dra. Maria Ximena Nuñez**

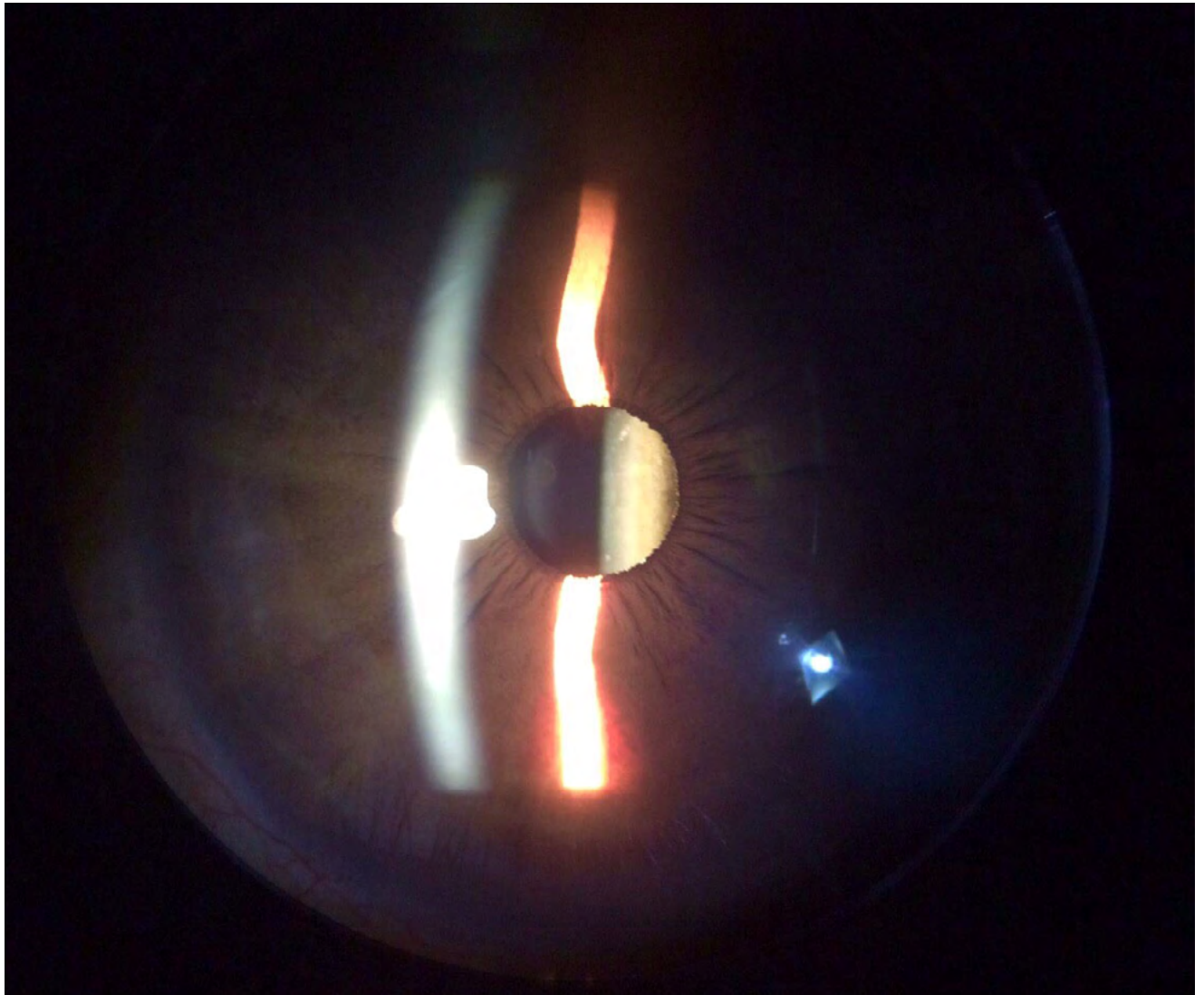
Diagnóstico: Glistenings densos

Considero que se debe hacer un recambio de lente por lo siguiente:

1. El MTF muestra la reducción del contraste en frecuencias espaciales bajas y altas y especialmente entre 12 cd y 18 cd que corresponde a la visión de detalles finos.

Idealmente deberíamos tener información también del PTF que además de la reducción del contraste obtenido por el MTF nos brinda los cambios en la fase lo cual explica muy bien síntomas como bordes de objetos borrosos o dificultad de la lectura .



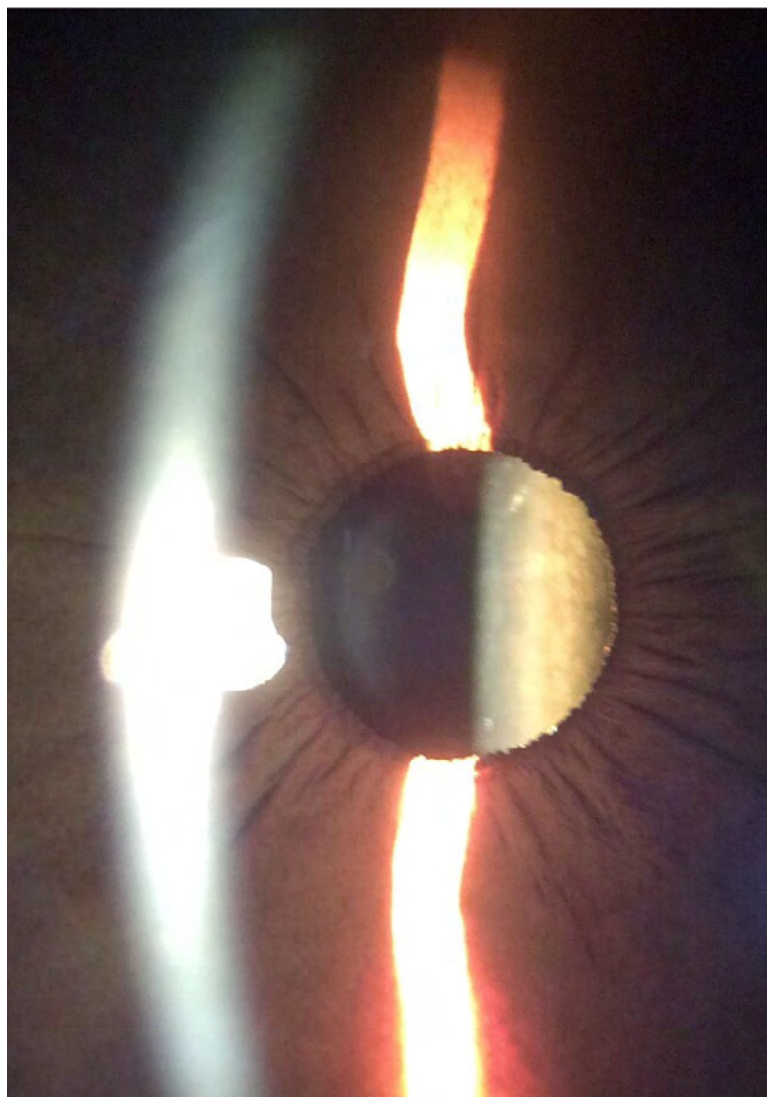


Paciente con un lente Restor + 4,00

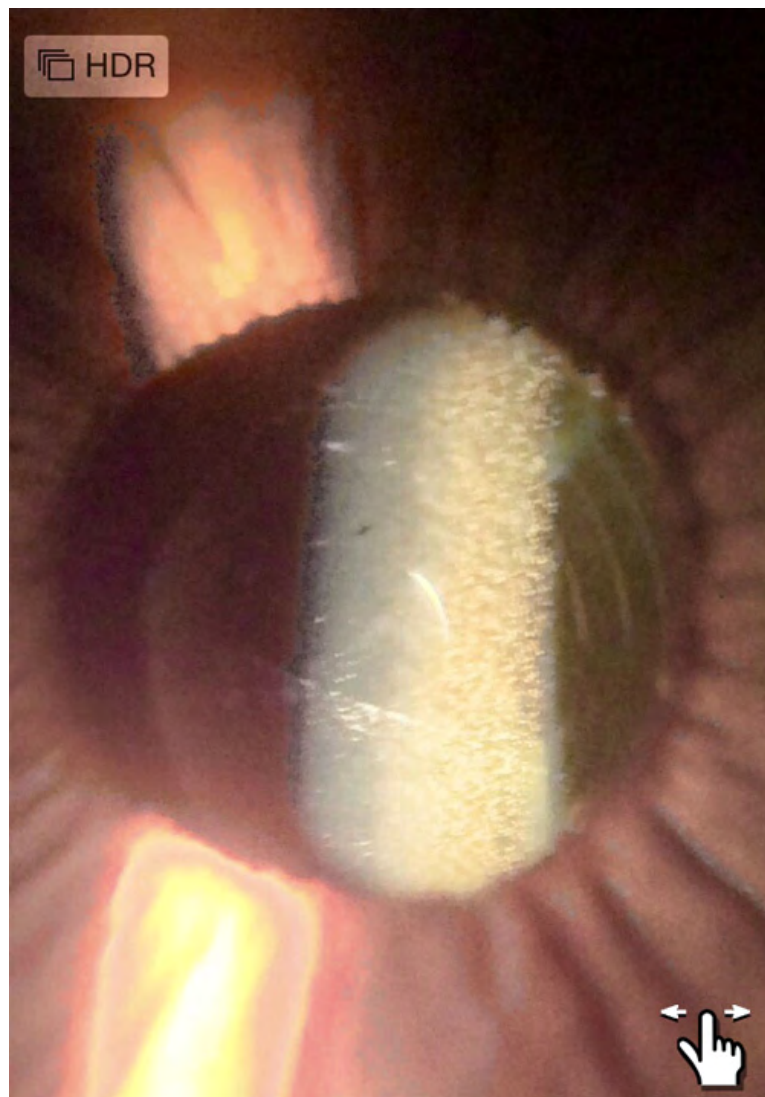
2. El PSF muestra una dispersión grande
3. La pupila mesópica natural del paciente es muy grande de 7,45 lo cual empeora la dispersión.
4. Las aberraciones de alto orden muy aumentadas (1,62 micras) dependientes especialmente de las aberraciones internas super aumentadas ( 2,09)
5. Aberración esférica total ( Z4 y Z6) y coma total (vertical y horizontal) muy aumentadas.

Todo lo anterior explica los halos y dificultades del paciente por su mala calidad visual a pesar de la refracción subjetiva baja y el 20/30 en visión lejana.

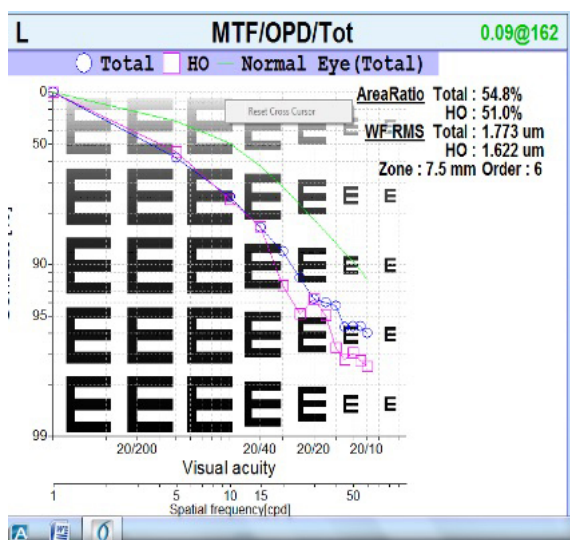
Aunque en la literatura las series más grandes de explantación de lentes multifocales es debido a insatisfacción de los pacientes e intolerancia al lente multifocal por neuroadaptación, descentración, anisometropía, poder incorrecto del lente, luxación y expectativas muy altas (Am J Ophthalmol. 2014



Paciente con un lente Restor + 4,00



Paciente con un lente Restor + 4,00



Aug;158(2):215-220) (Cesk Slov Oftalmol. 2013 Oct;69(4):170) , también existen reportes de explantes de lentes acrílicos hidrofóbicos por glistenings con mala calidad visual (J Cataract Refract Surg. 2015 Apr;41(4):873-7)

### Dr. Roger Zaldivar

Estamos en presencia de un paciente que no mejora de 20/30 con corrección suponiendo que antes lo hacía a 20/20 como se recomienda en la colocación de lentes intraoculares multifocales. En primer lugar, tenemos que empezar por el ABC evaluando el estado macular y si el paciente mejora con *pinhole*. Si es así, el problema es óptico y deberíamos concentrarnos en los 3 medios ópticos en juego.





Dr. Roger Zaldivar



Dra. María Ximena Nuñez

Número uno: ¿Es el *film* lagrimal el adecuado para un lente multifocal? Para corroborar la *performance* del mismo lo ideal es realizar un BUT sustentado por una medida objetiva de la estabilidad de la imagen retinal dada por el HD Analyzer.

Numero 2: ¿Es la córnea adecuada para un sistema difractivo? El valor de las aberraciones de alto orden corneales son más altas que las deseadas de 0.3 u.

Numero 3: Parece que estamos en presencia de 2 fenómenos que causan interferencia destructiva en este sistema multifocal, una córnea aberrática y un

lente que está generando scattering por un proceso de glistening evidenciado en las imágenes.

Identificado el problema óptico, creo conveniente iniciar un agresivo tratamiento de superficie con Punctum plugs, corticoides y lágrimas en caso de deberse a un deficit de la performance del film lagrimal. En caso no presentar una mejoría, le propondría al paciente el reemplazo del lente multifocal por uno monofocal con asas por la capsulotomía posterior realizada previamente, ya que es incompatible con las altas aberraciones corneales que el mismo presenta.

