

ARTÍCULO ORIGINAL

Contraindicaciones de la cirugía de catarata en pacientes del municipio de Maracaibo

Cataract surgery contraindications for patients from Maracaibo municipality

Dr. Ernesto Marrero Rodríguez,¹ Dr. Osmar Sánchez Vega,² Dra. Blanca Rosa Barrera Garcés³ y Dra. Dania Valdés Boza²

¹ Especialista de I Grado de Medicina General Integral y Oftalmología. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 76 pacientes con catarata, que no pudieron ser intervenidos quirúrgicamente en el Centro Oftalmológico del municipio de Maracaibo, perteneciente al estado de Zulia (Venezuela), desde junio hasta julio del 2009, a fin de identificar las principales causas que estaban contraindicando la operación de esa oftalmopatía, para lo cual se examinó un ojo de cada integrante de la serie. En la casuística predominaron el grupo etario de 60-69 años y el sexo masculino, así como la agudeza visual por debajo de 0,3 y el diagnóstico prequirúrgico de catarata senil. La degeneración macular asociada a la edad prevaleció como la enfermedad más frecuente que invalidara la cirugía, con primacía de la opacidad lenticular nuclear en cuanto a la clasificación morfológica. Se concluyó que no siempre la opacidad del cristalino causa la mala visión, por lo que es necesario realizar un detallado examen oftalmológico.

Palabras clave: catarata, contraindicaciones quirúrgicas, agudeza visual, diagnóstico prequirúrgico, degeneración macular, opacidad del cristalino, Centro Oftalmológico, Venezuela

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 76 patients with cataract, who could not be surgically treated at the Ophthalmological Center from Maracaibo municipality, belonging to Zulia State (Venezuela), was carried out from June to July, 2009 in order to identify the main causes that were contraindicating the ophthalmopathy surgery, for which each participant's eye was examined. The 60-69-year-old age group and male sex, as well as the visual sharpness under 0.3 and pre-surgical diagnosis of senile cataract, were predominant in the case material. Macular degeneration associated with age prevailed as the most frequent disease invalidating the surgery, giving some priority to nuclear lenticular opacity according to morphological classification. It was concluded that opacity

of crystalline lens does not always cause bad vision, thus it is necessary to carry out a detailed ophthalmological test.

Key words: cataract, surgical contraindications, visual sharpness, pre-surgical diagnosis, macular degeneration, opacity of crystalline lens, Ophthalmological Center, Venezuela

INTRODUCCIÓN

La cirugía de catarata ha experimentado un vertiginoso avance en las últimas décadas, lo cual ha facilitado una pronta recuperación visual del paciente, así como una rápida y elevada calidad visual.¹

Al respecto, el tratamiento quirúrgico es indicado si la calidad de vida de la persona es afectada por esta enfermedad, que es la primera causa de ceguera reversible en el mundo. No siempre la opacidad del cristalino es causante de la mala visión, por lo que la operación podría contraindicarse de forma permanente o temporal.^{2,3}

Su éxito se ha medido usualmente mediante un control adecuado del estado preoperatorio, de modo que debe realizarse una adecuada evaluación en la consulta, mediante una serie de pruebas cronológicas: agudeza visual, refracción y estados de la órbita, la conjuntiva y los párpados, a fin de detectar la presencia de blefaritis, entropión o ectropión, que deben ser corregidos antes de la cirugía.^{2,3}

Asimismo, el especialista examina el brillo y la transparencia de la córnea, por medio de la lámpara de hendidura, la presencia de procesos degenerativos, distróficos e inflamatorios, así como la profundidad de la cámara anterior. En el cristalino se debe explorar su transparencia en el eje visual antes de la dilatación pupilar y después de esta, para diagnosticar y clasificar el tipo de catarata, lo cual se hace luego de haber efectuado la tonometría de aplanación de Goldman. Posteriormente se hace la fundoscopia, que permite buscar alteraciones vitreoretinianas y de la papila, que puedan anular el tratamiento quirúrgico.^{4,5}

Una vez efectuado el examen oftalmológico se valora de manera integral al paciente, pues se tiene como premisa que ningún resultado de estudio sobre la función visual, es lo suficientemente concluyente como para indicar una cirugía.

En julio del 2004 comenzó la Misión Milagro y se crearon diferentes centros oftalmológicos en la República Bolivariana de Venezuela, entre ellos el Centro Oftalmológico del municipio de Maracaibo, adonde eran remitidos de las demás instituciones un número determinado de pacientes, que no podían ser intervenidos quirúrgicamente debido a enfermedades oftalmológicas, ya fuera de forma permanente o temporal, para una evaluación prequirúrgica.

Por todo lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que no existía ningún estudio sobre este tema en el citado Centro, que además pudiera servir como referencia a trabajos similares dada la importancia y actualización del asunto para los médicos residentes y diplomados de la especialidad, surgió el interés de realizar la presente investigación.

MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 76 pacientes con catarata, que no pudieron ser intervenidos quirúrgicamente en el Centro Oftalmológico del municipio de

Maracaibo, perteneciente al estado de Zulia (Venezuela), desde junio hasta julio del 2009, a fin de identificar las principales causas que estaban contraindicando la operación de esa oftalmopatía, ya fuera de forma temporal o permanente, para lo cual se examinó un ojo de cada integrante de la serie.

La información fue obtenida mediante la revisión de las hojas de cargo y la historia clínica individual. Entre las variables de interés figuraron: edad, sexo, agudeza visual antes de la cirugía, diagnóstico preoperatorio de la catarata, causas que contraindicaron la cirugía y el tipo de catarata según clasificación morfológica.

RESULTADOS

Según la edad y el sexo de los pacientes con catarata (**tabla 1**), pudo apreciarse que el grupo etario más afectado fue el de 60-69 años (38 personas, para 50,0 %), con preponderancia en los hombres (57,8 %); le siguieron, en orden descendente de frecuencia, el grupo de 50-59 años, para 30,2 %, en el que hubo primacía de las féminas (52,1 %).

Tabla 1. *Pacientes con catarata según edad y sexo*

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
50 - 59	11	47,8	12	52,1	23	30,2
60 - 69	22	57,8	16	42,1	38	50,0
70 - 79	5	45,4	6	54,5	11	14,4
80 y más	1	25,0	3	75,0	4	5,26
Total	39	51,3	37	48,6	76	100,0

En cuanto a la agudeza visual de los integrantes de la serie antes de la cirugía, se observó un predominio de los que la presentaban por debajo de 0,3, con 39 de ellos, para 51,3 % (**tabla 2**).

Tabla 2. *Agudeza visual antes de la cirugía*

Agudeza visual	Pacientes	
	No.	%
20/20 - 20/60 (1,0-0,3)	9	11,8
<20/60 - 20/200 (<0,3 - 0,1)	39	51,3
<20/200 - 20/400 (<0,1 - 0,01)	21	27,6
<20/400 (<0,01)	7	9,2
Total	76	100,0

Los diagnósticos preoperatorios en la casuística mostraron una notable supremacía de la catarata senil (**tabla 3**), con 42 pacientes, para 55,2 %; le siguió, en menor cuantía, la traumática (17,1 %).

Tabla 3. *Diagnóstico preoperatorio de catarata*

Diagnóstico preoperatorio	Pacientes	
	No.	%
Senil	42	55,2
Traumática	13	17,1
Complicada	9	11,8
Metabólica	7	9,2
Patológica	5	6,5
Total	76	100,0

Entre las causas que contraindicaron la cirugía de catarata, predominó la degeneración macular asociada a la edad, con 29 afectados, para 38,1 % (**tabla 4**). La catarata incipiente y descompensación corneal continuaron en orden de frecuencia, con 17,1 y 15,7 %, respectivamente.

Tabla 4. *Causas que contraindicaron la cirugía*

Causas	Pacientes	
	No.	%
Degeneración macular asociado a la edad	29	38,1
Catarata incipiente	13	17,1
Descompensación corneal	12	15,7
Retinopatía diabética	10	13,1
Glaucoma neovascular	5	6,5
Desprendimiento de retina	4	5,2
Otras	3	3,9
Total	76	100,0

Se observó que, según la clasificación morfológica de la catarata que contraindicaba la cirugía, la mayoría de los pacientes presentaban el tipo nuclear, con 42 de ellos, para 55,2 %. En menor frecuencia le siguió la catarata cortical, con 23,6 % (**tabla 5**).

Tabla 5. *Tipo de catarata según clasificación morfológica*

Tipo de catarata	Pacientes	
	No.	%
Nuclear	42	55,2
Cortical	18	23,6
Subcapsular	10	13,1
Mixta (corticonuclear)	6	7,8
Total	76	100,0

DISCUSIÓN

La incidencia de catarata aumenta con la edad; algunos autores^{1,2} refieren que la prevalencia es de 63,2 % después de los 60 años y de 76 % por encima de los 75 años. Los resultados de la serie no difieren de lo expuesto en la literatura en cuanto a los grupos etáreos más afectados.

En la bibliografía médica existe cierta divergencia en relación con el sexo, pues las frecuencias son ambivalentes en dependencia de la zona geográfica donde se realice el estudio.^{3,4}

Con el transcurso del tiempo las cataratas producen una marcada disminución de la agudeza visual, que empeora y provoca problemas de movilidad, con lo que se dificulta el desempeño de las actividades diarias, por lo que debe realizarse la operación en dependencia de las necesidades visuales del paciente y del potencial visual de otras estructuras del ojo como la retina y el nervio óptico. En otra investigación similar pudo observarse que del total de pacientes con diagnóstico de catarata, 66 % tenía una visión por debajo de 0,1 hasta 0,01 con la mayor corrección, lo cual coincide con lo obtenido en este estudio.⁵

Se ha planteado⁶⁻⁸ que después de los 55 años comienza un proceso de envejecimiento y se produce una esclerosis de la lente que dificulta la visión, así como otros síntomas que pueden conducir a complicaciones en el órgano de la vista. En el presente estudio se observó que existe un mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata senil.

Los traumatismos, tanto contusos como perforantes, son causas de catarata unilateral y pueden asociarse a otras secuelas oculares que contraindican el tratamiento quirúrgico en la enfermedad, tales como: uveítis, glaucoma secundario, hemorragia vítrea, cuerpos extraños intraoculares y opacidades corneales con sinequias posteriores; esta última constituyó la segunda causa de contraindicación de cirugías en esta investigación, pues no estaban al alcance otros medios necesarios para efectuar operaciones más complejas, por lo que se propuso que los afectados fueran remitidos a Cuba.⁸⁻¹⁰

La degeneración macular asociada a la edad ocasiona la pérdida de la visión central. Debido al envejecimiento poblacional se pronostica que el número de afectados se duplique en el 2020, por lo que los pacientes deben ser examinados mediante la oftalmoscopia para evaluar el estado de la mácula y poder discernir si el origen de la mala visión proviene de la opacidad del cristalino o enfermedad retinal; en la serie se obtuvo un marcado predominio de esta afección como causa que contraindicaba la cirugía.^{11,12}

Al respecto, la evaluación del cristalino es una parte esencial en el examen ocular completo; pero si esta opacidad es incipiente y se mantiene la agudeza visual, que no perjudique la actividad del paciente, se cree que lo más recomendable es no operar hasta tanto existan elementos clínicos que justifiquen la intervención,^{13,14} tal como sucedió en la casuística.

Las cataratas nucleares muy densas pueden permitir una buena agudeza visual, por lo que algunos autores le prestan mucha atención a este tipo morfológico de la enfermedad, pues debido a su consistencia dura la técnica quirúrgica sería la facoemulsificación del cristalino.^{13,15}

La decisión de efectuar el tratamiento quirúrgico o no, resulta difícil, pues el oftalmólogo debe tener en cuenta, además, las prioridades del paciente y que el resultado posoperatorio cumpla sus expectativas. La presencia de una catarata clínicamente importante es indicativa de cirugía, pero hay que cerciorarse de que la mala visión no sea causada por otras oftalmopatías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colín Malagón A. Exploración preoperatoria de la catarata: plan quirúrgico. ¿Cuál es el objetivo de la cirugía? En: Alió JL. Buscando excelencia en la cirugía de la catarata. Barcelona: Editorial Glosa, 2007; t 2:28-38.
2. Menezo JL, Esparia E. Técnicas exploratorias en oftalmología. Barcelona: ESPAXS, 2006.
3. Ti SE, Chee SP. Cataract surgery in patients with Fuchs. *Ophthalmology* 2006; 113 (10):1883-4.
4. Boyd S. Nuevas técnicas en cirugía de catarata. Panamá: Highlights Ophthalmology, 2005:163-8. (Colección Highlights)
5. Graves E. El edema corneal. Una complicación que puede ser evitada. En: Centurión V, Nícoli C, Villar Hurí J. El Libro del Cristalino de las Américas. Sao Paulo: ALACCSA Santos, 2007:613-7.
6. Cortés JI. El trauma ocular. Sección de Oftalmología. Santa Fe de Bogotá. <<http://www.aibarra.org/Guias/2-16.htm>> [consulta: 5 marzo 2010].
7. Buratto L. Phacoemulsification. Principles and Techniques. 2 ed. Roma: Slac, 2003.
8. American Academy of Ophthalmology. Fundamentals and Principles of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course. New York: Elsevier, 2008; Sec: 2 (t 3):76.
9. Hernández JR, Ballesteros A. Facioemulsificación en casos especiales. *Rev Cubana Oftalmol* 2006; 19(1).
10. Babar FT, Khan TM, Marwat ZM, Shah AM, Murad Y, Khan MD. Partens ocular trauma. *JCPSP* 2007; 17(3):148-53.
11. Kocur I. Degeneración macular relacionada con la edad. *Rev Salud Ocular Comunitaria* 2006; 1(2):14-8.
12. Cano M. Perspectiva de ceguera para el futuro. *Rev Salud Ocular Comunitaria* 2006; 1(2):3-12.
13. Hernández Silva JR, Curbelo Cunill L, Padilla González CM, Ramos López M, Río Torres M. Resultados de la cirugía de catarata por microincisiones. *Rev Cubana Oftalmol* 2005; 18(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762005000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 5 marzo 2010].
14. Kanski JJ. *Clinical ophthalmology*. 5 ed. [New York?]: International Edition Disorders of Lens, 2004:156-82.
15. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la catarata en servicios de atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 2001.

Recibido: 2 de noviembre de 2010

Aprobado: 9 de diciembre de 2010

Dr. Ernesto Marrero Rodríguez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: marrero@medired.scu.sld.cu