

# Comunicación en e-póster

## Cirugía refractiva

18-02-2012 • 10:30 - 10:45 → T 1 • 160

## Lentes ajustables a la luz y cirugía refractiva: caso clínico

### Autores:

Bautista Llamas, María José - Sevilla <sup>(1)</sup>, Cezón Prieto, Julián - Sevilla <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> CIMO.

### INTRODUCCIÓN

Cada día es más frecuente encontrar en nuestra consulta pacientes operados con alguna técnica de cirugía refractiva corneal que deben someterse a cirugía de cataratas.

En la actualidad, las fórmulas para el cálculo de lentes intraoculares han evolucionado hasta conseguir la emetrópia post operatoria, pero tendremos algunos casos en los que la escasez de datos o las características del paciente nos alejen de este objetivo, presentándose lo que se conoce como "sorpresas" refractivas.

### MATERIAL Y MÉTODO

Las lentes intraoculares ajustables a la luz (LAL) son lentes de silicona de tres piezas de PMMA en C, con una óptica de 6 mm biconvexa y un diámetro total de 13,0 mm. Esta matriz de silicona está compuesta por un polímero, resina, entrecruzador y un catalizador de platino, además de macromeros fotorreactivos, fotoiniciador derivado de la benzoína y sustancias que absorben la luz UV. En este tipo de lentes, una vez implantadas, podemos modificar la potencia mediante la aplicación de una luz.

El instrumento liberador de luz (LDD) consiste en una fuente de luz UV, protectores ópticos y un controlador de interfase montados en una lámpara de hendidura. Se utiliza para liberar luz de una determinada longitud de onda (365 nm), de un perfil de intensidad y diámetro concreto para

provocar un cambio en el poder de la LAL predecible. Un ordenador controla las características de la emisión de la luz que dependerá del defecto refractivo a corregir.

Al implantar la lente el paciente utilizará una gafa de sol con alta protección UV. A las tres semanas, una vez la refracción postoperatoria es estable, se inicia el tratamiento con el LDD realizando dos ajustes con 48 h de diferencia, y, una vez conseguidos los resultados refractivos esperados, bloquearemos la lente.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años de edad que presenta como antecedentes oculares cirugía Lasik, para corregir su defecto refractivo en 2003, y esclerectomía no perforante en ambos ojos en 2010 para tratar el glaucoma. Se diagnostican cataratas en noviembre de 2010, siendo la agudeza visual de 0.1/0.3 con la mejor corrección óptica, con importantes pérdidas del campo visual.

### RESULTADOS

Se realiza cirugía de catarata bilateral e implantación de lente intraocular tipo LAL en enero de 2011. La refracción post operatoria a las tres semanas es:

OD: +1.25 esf. -1.50 cil. a 60° AV=0.4

OI: +1.50 esf. AV=0.7

Después de realizar los ajustes necesarios a la lente y bloquearla, el paciente tiene una agudeza visual de 0.6/0.8 (máxima agudeza visual que podemos alcanzar en este caso debido a la limitación impuesta por el glaucoma que padece y los daños causados en el nervio óptico) para lejos sin necesidad de usar ningún tipo de corrección óptica.



## CONCLUSIONES

Consideramos las lentes intraoculares tipo LAL una buena alternativa a otro tipo de lentes en casos especiales en los que

los métodos utilizados normalmente o las características del paciente nos alejen de la emetropía post operatoria, pudiéndola conseguir de esta forma.