

¿Qué es la catarata?

Son cambios en la transparencia y el color del cristalino que disminuyen la agudeza y la calidad de la visión. La catarata es un **proceso irreversible y progresivo** de las funciones visuales que puede llevar a la ceguera.

¿Qué es el cristalino?

El ojo es un sistema óptico similar a una cámara fotográfica. El cristalino es un lente que está por detrás del iris e interviene enfocando la imagen sobre la retina.

¿Cuáles son los tipos de cataratas?

Según la localización de la opacidad se distinguen:

- Catarata nuclear, asienta en la parte central del cristalino
- Catarata cortical está en las capas periféricas del cristalino.
- Catarata subcapsular posterior, ocupa el área central de la cara posterior del cristalino.
- Catarata total cuando compromete todo el cristalino.

Según su causa hay:

- Cataratas congénitas pueden ser hereditarias o por enfermedades embrionaria
- Cataratas traumáticas, frecuentes en las personas jóvenes, que están más expuestos a los accidentes.
- La más frecuente es la Catarata relacionada con la edad que es sobre la va tratar este informe.

La catarata del adulto mayor es responsable en el mundo de más del 50 % de los casos de ceguera reversible con cirugía y de la deficiencia visual severa. Es una afección que está íntimamente relacionada con el proceso de envejecimiento. Ciertos cambios moderados del cristalino son frecuentes en personas sanas, que no deben considerarse como cataratas.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

- **La edad:** La frecuencia de la catarata aumenta mucho con la edad. Cada década después de los 40 años de edad duplica la frecuencia. Entre los 40 y 50 años tanto en hombres como en mujeres se encuentra en menos del 3%, pero entre los mayores de 80 afecta a más del 50% de los hombres y casi el 70 % de las mujeres tienen catarata.
- **El sexo femenino:** A medida que aumenta la edad se vuelve cada vez más frecuente en la mujer que en el hombre.
- **La diabetes:** La diabetes aumenta el riesgo de desarrollar cualquiera de los tipos de catarata, particularmente cuando la enfermedad alcanza una evolución mayor de 10 años.
- **La utilización de corticoides** por vía sistémica por períodos prolongados.
- **El tabaquismo** está asociado con incremento de las cataratas nuclear y subcapsular posterior. Al abandonar el uso del tabaco disminuye el riesgo de catarata.

- **El alcoholismo** cuando se asocia al tabaquismo.
- La exposición a **radiaciones ultravioleta** e infrarroja.
- **El aumento del índice de masa corporal** (Peso / altura al cuadrado)
- **Los antecedentes familiares de catarata.**

¿Cómo se puede prevenir la catarata del adulto?

No existen medidas preventivas específicas para la catarata. Pero se puede actuar sobre algunos de los factores que se asocian con mayor frecuencia o con mayor progresión de la catarata:

- 1- **El tabaquismo sobretudo** en personas con catarata nuclear
- 2- **La exposición a radiación ultravioleta** en las cataratas corticales. En estos casos es útil el uso de filtros protectores UV en los lentes.
- 3- **La radiación infrarroja**, en algunos trabajos precipita la formación de la catarata.
- 4- Aquellos que reciben **corticoides sistémicos** tienen un riesgo aumentado de sufrir cataratas.
- 5- La catarata por embriopatía rubeólica, que es una forma del niño se puede prevenir con la vacunación anti rubéola, para evitar que la mujer embarazada se enferme.

¿Cuáles son los síntomas de sospecha de catarata?

- Disminución de la visión es el motivo más frecuente de consulta. Esa disminución visual es indolora, sin signos inflamatorios y habitualmente es progresiva.
- Visión borrosa
- Deslumbramiento y encandilamiento fácil al andar bajo la luz solar, o cuando hay reflejos de la luz solar sobre las paredes blancas.
- Deslumbramiento con las luces de los vehículos durante el manejo por la noche.
- Alteración de la percepción de los colores, cambio en el tono y en la intensidad del color. Los colores toman un tinte grisáceo o amarronado.
- Visión de halos coloreados irisados alrededor de los focos de luz. Con el anillo azul interno y el rojo por fuera.
- Disminución de la visión para lejos y mejoría para cerca, cuando hay cataratas nucleares, por miopía que se produce al volverse más denso el núcleo del cristalino.
- Se puede ver doble mirando con un ojo solo, esto se debe a cambios de refracción localizados en una zona del cristalino.
- La disminución de la visión y la forma de presentarse varía según el tipo de catarata.

- En la catarata nuclear se reduce principalmente la visión de lejos y se conserva más tiempo la de cerca, el paciente recupera la capacidad de leer que había perdido por la presbicia. Se debe a miopización por aumento del índice de refracción del cristalino.
- En la catarata cortical hay poca repercusión sobre la visión mientras que las estrías no comprometan el eje visual del cristalino.
- En la catarata subcapsular posterior se deteriora más la visión cercana que la lejana, y el deslumbramiento es mayor que en las otras formas.
- En la catarata total se altera completamente la visión.

¿Cómo se diagnostica?

- Antes de aconsejar la operación el oculista interroga sobre los antecedentes oculares, personales y familiares del paciente. Y realiza un examen ocular para evaluar cual es la agudeza visual del paciente y cual es la calidad de esa visión.
- Se mide la agudeza visual en condiciones normales del consultorio y también cuando se lo deslumbra con una luz.
- Se prueban lentes para tratar de mejorar la visión.
- Se examina para determinar si hay alguna alteración ocular que dificulte o contraindique la operación, por ejemplo procesos inflamatorios, glaucoma, degeneración macular, retinopatía diabética, alteraciones en la córnea etc.. Esta evaluación puede hacerse en una o en más consultas.
- Hay que tratar de estimar el impacto que tiene la catarata sobre la calidad de vida del paciente, porque **está indicado operar la catarata sólo si afecta al paciente en su vida diaria.**
- La eco biometría, y la queratometría son necesarios para determinar la potencia del lente intraocular y la ecografía para detectar lesiones intraoculares que no son clínicamente detectables porque la catarata obstaculiza la visión del fondo de ojo.
- Otros exámenes oculares posibles:
 - Determinación de la agudeza potencial (PAM), existen varios métodos, sirve para estimar el resultado visual que se puede obtener luego de la cirugía, es muy orientador aunque puede dar resultados erróneos.
 - La angiografía, se hará si se sospecha la presencia de maculopatía o de retinopatía.
 - El estudio del campo visual puede ser útil en pacientes con glaucoma.

¿Cuáles son las indicaciones de la cirugía de la catarata?

- La existencia de una catarata por sí misma no es indicación de cirugía.
- La deficiencia visual debe ser suficiente como para interferir con la vida diaria del paciente, según sus necesidades.
- La operación debe ofrecer posibilidades razonables de mejoría en la función visual y de mejorar la calidad de vida del paciente.

- Las indicaciones médicas de operación son aquellas en las que la catarata impide el estudio y tratamiento correcto de afecciones intraoculares y siempre que éstas tengan posibilidades ciertas de recuperación.

- Cuando la catarata por su estado provoca algunas formas de glaucoma.

¿Cuáles son las contraindicaciones de la cirugía de la catarata?

- El paciente no desea operarse.

- La catarata no compromete la calidad de vida del paciente.

- Con un cambio de lentes se alcanza una agudeza visual suficiente para las necesidades visuales del paciente.

- La operación no ofrece posibilidades ciertas de mejorar la visión.

- La catarata coexiste con otra afección general o local que no permita una operación segura.

- No se obtiene el consentimiento informado.

- No se puede asegurar un adecuado control postoperatorio.

¿En qué consiste la cirugía?

Desde mediados del siglo XX hasta el inicio de la década de 1980, la operación habitual para los adultos era la extracción intracapsular del cristalino. El cristalino se extraía entero con una pinza o una ventosa, en la década de 1960, el gran adelanto fue el uso de un puntero que se congelaba y se pegaba a la catarata y permitiendo una extracción más segura. Pero el paciente, salvo que fuera miope alto, precisaba usar lentes muy gruesos que le daba una visión tubular, por aberraciones del cristal, que le impedían desplazarse con seguridad. Además ocurría con relativa frecuencia edema de mácula y desprendimiento de retina. Esta técnica actualmente está en desuso.

Alrededor de 1980 se difunde el uso de lentes intraoculares implantados en el lugar del cristalino con lo que se logra una visión muy próxima a la normal. Al mismo tiempo se cambia la técnica por la cirugía extracapsular, en la que no se extrae todo el cristalino, sino que se corta y se extrae la cápsula anterior del cristalino, luego se extrae el núcleo duro y se aspiran los restos de la corteza cristalínea, quedando la cápsula posterior intacta, como soporte para el lente intraocular. La conservación de la cápsula disminuía el edema macular y el desprendimiento de retina y si llegaba a ocurrir una infección quedaba más limitada.

Pocos después se difunde la técnica de facoemulsificación, que se hace por una pequeña incisión, con un puntero con ultrasonido se fragmenta el núcleo y ese puntero permite lavar y extraer todos los restos cristalíneos. Luego se coloca un lente intraocular, que en la actualidad es plegable y se ajusta a la pequeña incisión, en general de 3 mm.

Las técnicas recomendadas actualmente son dos:

1. La extracción extracapsular del cristalino con implante de lente intraocular (EECC con LIO) requiere una incisión de 7 u 8 mm. Es una técnica de bajo costo, que se efectúa manualmente, Se extrae el cristalino dejando la capsula posterior y se coloca un lente intraocular. Luego se cierra la herida con varios puntos de sutura, La recuperación del ojo tarda varias semanas, más que con la técnica siguiente.

2. Facoemulsificación se realiza por una incisión pequeña, con equipamiento costoso,

requiere entrenamiento prolongado y los insumos quirúrgicos son caros. Se fragmenta el cristalino, en general con ultrasonido y se aspira, dejando la cápsula posterior. Se coloca un lente intraocular. La operación lleva menos tiempo, la recuperación es más rápida y puede precisar algún punto de sutura. Es la técnica que más se utiliza en la actualidad.

¿Cuáles son los riesgos y las complicaciones que pueden ocurrir?

La más frecuente es la aparición de catarata secundaria por opacificación de la cápsula posterior, que ocurre en casi el 50% de los operados .

Algunas de las complicaciones mayores son:

- Endoftalmitis y panoftalmía (infección intraocular)
- Hemorragia expansiva (sangrado casi imposible de controlar)
- Edema macular
- Desprendimiento de retina
- Edema de córnea
- Dislocación del lente intraocular
- Fallas de la sutura
- Restos cristalinos en el vítreo
- Glaucoma
- Hemorragia intraocular

La ocurrencia de complicaciones intraoperatorias en general no es imputable al cirujano, pero si ocurren el paciente tiene derecho de estar informado.

¿Cuáles son los resultados de la cirugía?

Se estima que en el 90 % de los casos el resultado visual es satisfactorio, con agudeza visual superior a 5/10 y con mejora de la percepción de los colores.

A pesar de que en general la operación tiene un pronóstico de recuperación visual bueno,

es imposible garantizar los resultados en cada caso en particular ya que pueden existir lesiones preoperatorias que no se pudieron ser diagnosticadas porque la catarata no permitía su detección o porque ocurrieron complicaciones imposibles de prever.

Muchas veces para alcanzar una buena agudeza visual se requiere el uso de un lente de armazón complementario.

En algunas personas luego de la cirugía aparece fotofobia (molestia con la luz) que puede llegar a ser marcada.