



**Universidad del sureste  
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
Escuela de Medicina Humana**



**Título del trabajo:**

**Resumen sobre Oftalmología**

**Unidad IV**

**Nombre de la asignatura: Clínicas Quirúrgicas básicas**

**Nombre del alumno:  
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

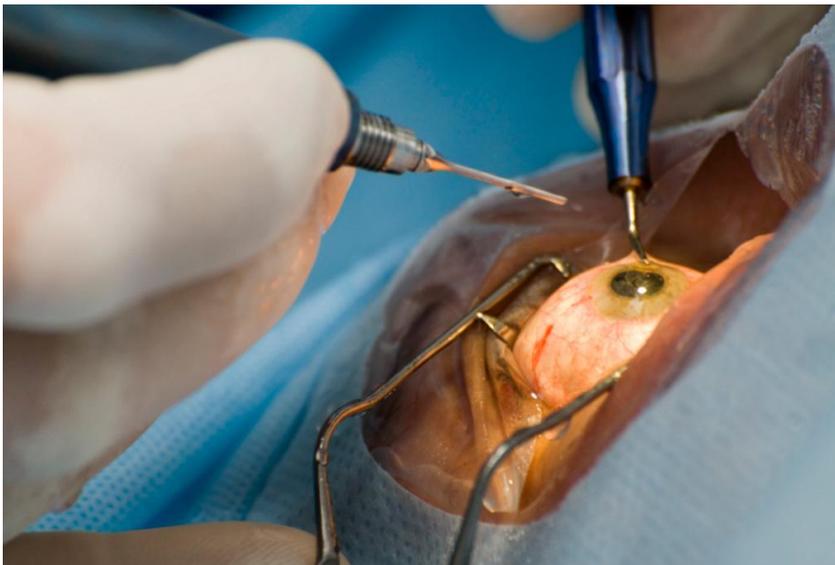
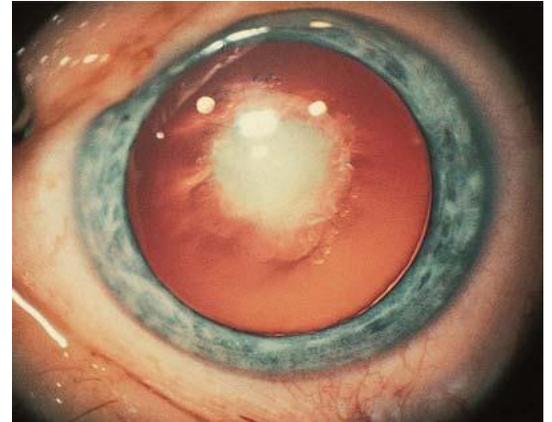
**Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"**

**Nombre del profesor: Dr. Alfredo López López**

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 05 de Enero de 2021**

La catarata es una patología oftalmológica consistente en la opacificación parcial o total del cristalino, lo cual impide el paso de los rayos luminosos provocando la pérdida de visión

La facoemulsificación es una técnica quirúrgica muy utilizada en la actualidad para la operación de cataratas.



### Técnica

1. Entrada al ojo: a través de una pequeña incisión de tipo autosellante: la mayoría de las veces no necesita suturas, que posee un diámetro de 2,8 a 3,2 mm. Últimamente se están desarrollando técnicas de facoemulsificación, usando incisiones menores de 1.5mm / 2.0mm.

2. Apertura de la cápsula del cristalino: la membrana externa que envuelve al cristalino: cápsula del cristalino, es abierta cuidadosamente por su cara anterior. Luego a través de esta abertura y dentro de esa "bolsa capsular", se realizará la fragmentación y aspiración del cristalino afectado de catarata.

3. Facoemulsificación: Se realiza con una sonda ultrasónica equipada con una aguja hueca de titanio de 0,9 mm de diámetro, la cual vibra longitudinalmente de atrás para

adelante,entre 30.000 y 60.000 veces por segundo : 30 a 60 kHz, actuando así como un cincel o escoplo sobre el cristalino,fragmentándolo en partículas : facoemulsificación, que son aspiradas al mismo tiempo,a través del conducto de la sonda de ultrasonidos.

Colocación de la lente intraocular: luego de la facoemulsificación, se introduce una lente intraocular plegable , bien con pinzas o con inyectoros especiales,que no requieren ampliar la incisión realizada, que se despliega dentro del “saco capsular”, y se finaliza la cirugía sin necesidad de suturas.

La técnica de la facoemulsificación no es dolorosa,ni durante ni después de la operación. De hecho,esta cirugía puederealizarse con anestesia tópica : gotas, sin necesidad de inyecciones.

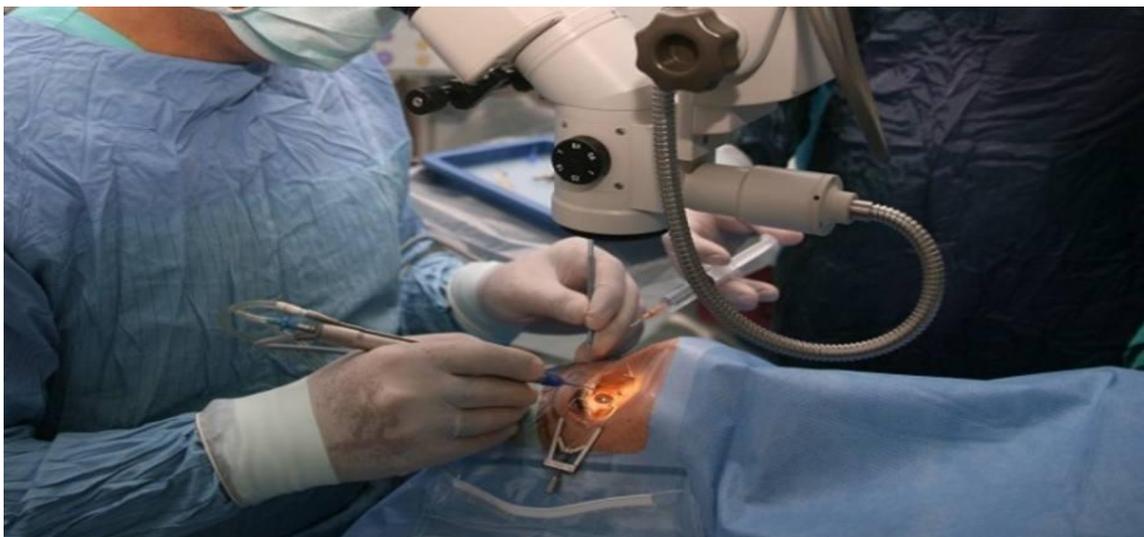
Cuidados Postoperatorios.

El paciente usará colirios : antibióticos y antiinflamatorios, durante 15 días aproximadamente.

El mayor cuidado será no frotarse los ojos durante los primeros 20 días, luego lo podrán hacer con cuidado.

Las tareas laborales “de escritorio”,podrán reanudarse a la semana,con un lente provisorio para la lectura.

Las actividades deportivas podrán practicarse a partir de los 15 días,de acuerdo alas características de las mismas.



Sus ventajas son:

- Rápida rehabilitación visual.
- Pronta reanudación de las actividades cotidianas.
- Menor inflamación ocular.
- Menor astigmatismo postoperatorio.

Riesgos.

La facoemulsificación es una de las técnicas quirúrgicas más seguras y precisas de la oftalmología moderna, pero como en cualquier cirugía, siempre existen riesgos, aunque estos son mínimos.

La complicación más frecuente es la opacificación de la cápsula posterior, que se resuelve mediante una capsulotomía posterior con técnica láser.

Uso de Lentes.

La mejoría visual sin lentes es muy notable en los pacientes operados de cataratas, y la mayoría pueden realizar sus actividades normales de visión lejana, sin necesidad de anteojos; pero para leer tendrán que utilizar lente, y posiblemente alguna graduación baja para ver detalles a lo lejos.

Colocación de lente intraocular



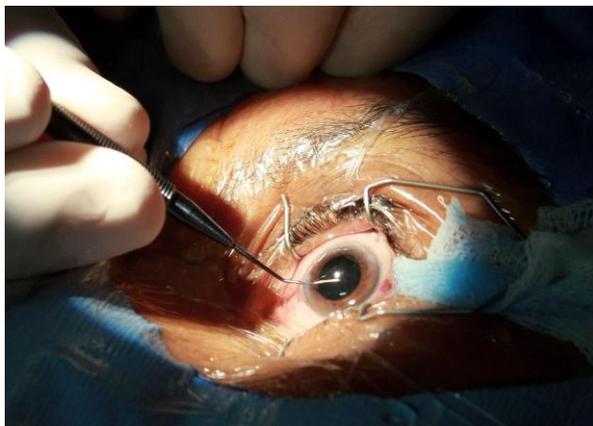
**Fig. 1.** Lente intraocular fáquico de cámara anterior de soporte angular.

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

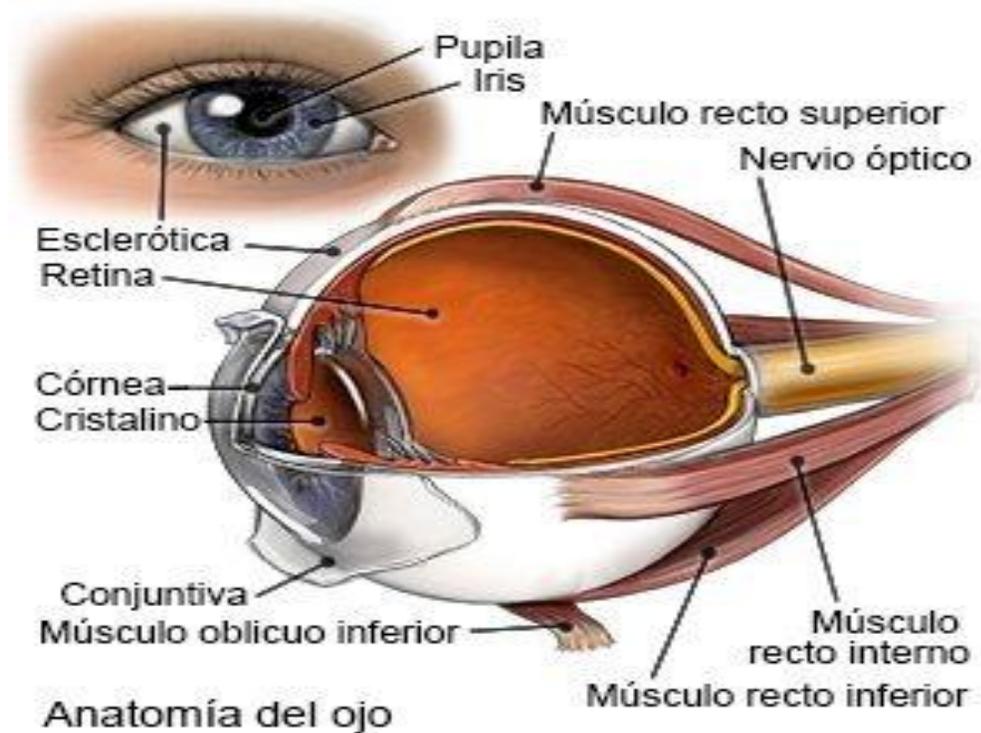
La evidencia indica que el LIO de acrílico hidrofóbico produce OCP con igual o menor frecuencia comparado con los de PMMA, pero esta opacificación, es de menor intensidad y más lentamente, en comparación con los de PMMA. Por lo que el material con más ventajas en la población infantil es el acrílico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



## Técnica

El médico le colocará gotas en el ojo. Estas gotas se podrían usar para adormecer el ojo y ayudar a controlar el dolor. Es posible que necesite gotas oculares con antibiótico para prevenir una infección bacteriana.

Se realizarán pequeñas incisiones en la córnea. La córnea es la cobertura clara y redonda en la parte frontal del ojo. Si usted va a tener un procedimiento para las cataratas, se extraerá el lente viejo. Si usted va a tener una colocación de LIO para otros problemas de la vista, el lente antiguo podría quedarse en su lugar. El lente nuevo se colocará en frente o atrás del iris (parte de color del ojo). La incisión podría cerrarse con suturas pequeñas que se disuelven o se podría dejar para que sane por sí sola.



## Enucleación

Puede ser necesario sacar un ojo en caso de un ojo ciego doloroso, un cáncer ocular o después de una lesión o infección ocular severa.

Hay dos tipos principales de cirugía para sacar un ojo:

**Enucleación.** En una enucleación se retira a totalidad del ojo (el globo ocular). Los músculos que controlan el movimiento del ojo quedan intactos y se suturan al implante esférico (el globo ocular artificial).

**Evisceración.** Durante una evisceración, se extraen la córnea (la ventana transparente en forma de cúpula de la parte anterior del ojo) y los contenidos de la misma. Se dejan intactos la parte blanca del globo ocular (la esclera) y los músculos del ojo. Después se coloca el implante dentro de la concha escleral a la que permanecen unidos los músculos.

De estos dos procedimientos, la evisceración es el más corto y menos invasivo. Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos para evisceración. Cuando hay cáncer, trauma (lesión severa) e infección del ojo, se prefiere, por lo general, la

enucleación. En otros casos, cualquiera de los dos procedimientos permite obtener, generalmente, el mismo resultado.



Un ojo ciego doloroso antes de la cirugía. (Fotografía cortesía de la Dra. Rona Silkiss)

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cristobal JA, Ascaso FJ. Historia de la cirugía de catarata. En: Centurión V. El libro del cristalino de las Américas. Sao Paulo: Santos; 2007. p. 25-35
2. Escobar Gómez M, Apple DJ, Vargas LG. Tribute to Sir Nicholas Harold Ridley: inventor of intraocular lenses. Arch Soc Esp Ophthalmol. 2001;76(11):687-8.
3. Retzlaff J. A new intraocular calculation formula. J Am Intraocular Implant Soc. 1980;6(2):148-52.
4. Longstaff S. Factors affecting intraocular lens power calculation. Trans Ophthalmol Soc U K. 1986;105(Pt 6):642-6.
5. Haigis W, Lege B, Miller N, Schneider B. Comparison of immersion ultrasound biometry and partial coherence in-terferometry for intraocular lens calculation according to Haigis. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2000;238(9):765-73