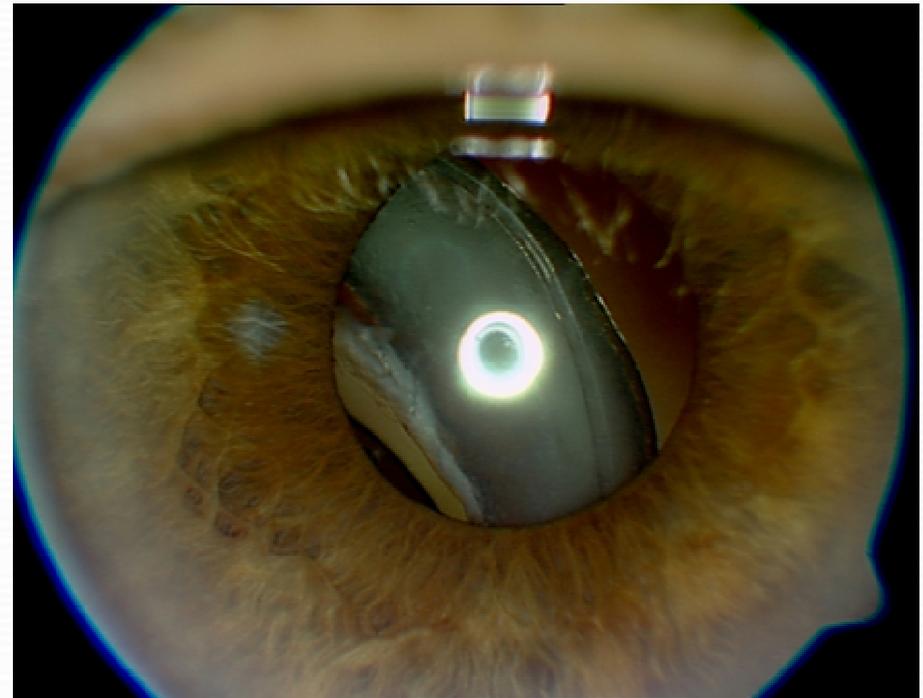
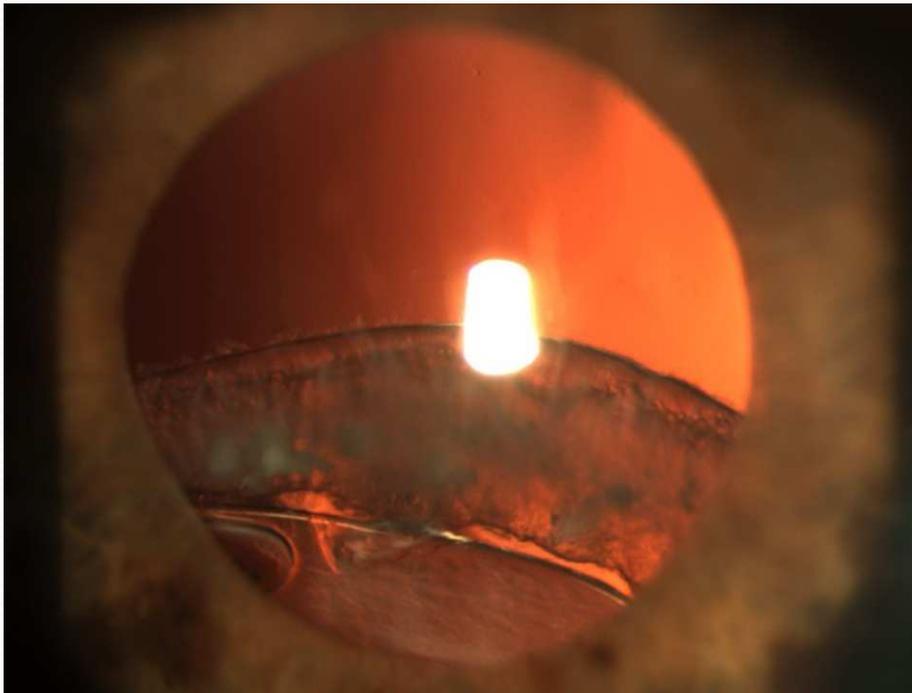


LENTE ANCLADA A IRIS TRAS EXPLANTE DE COMPLEJO SACO CAPSULAR-LIO

MC. García, JM. Méndez, ME. Felices, A.Govetto
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

DEFINICIÓN

- La luxación del complejo saco capsular-LIO es aquella que ocurre de forma espontánea años después de la cirugía sin complicaciones, motivada por un debilitamiento zonular progresivo

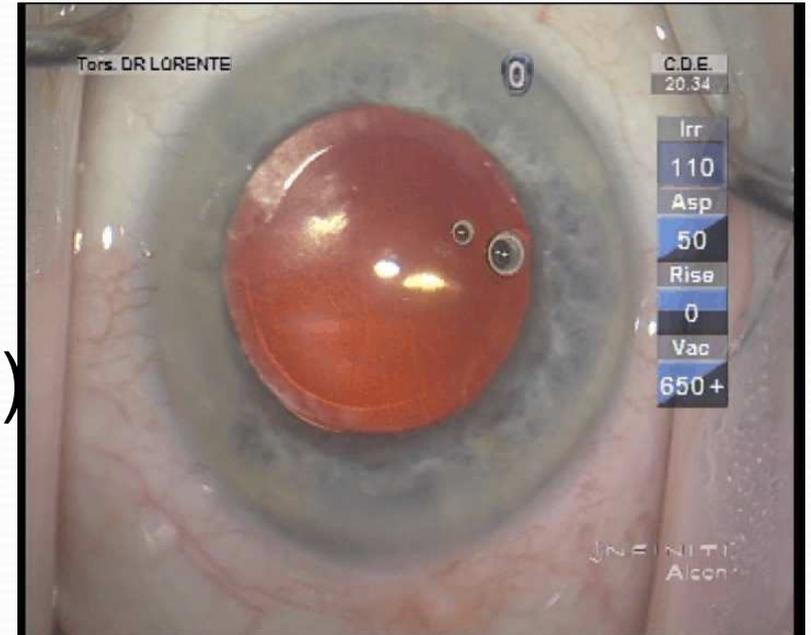


FACTORES DE RIESGO

- CAPSULORREXIS (100 %)
- PSEUDOEXFOLIACIÓN (66%)
- CONTRACCIÓN CAPSULAR:
 - Comienza primeros días
 - Alteración de la BHA
 - Tamaño de la rexis
 - Debilidad zonular

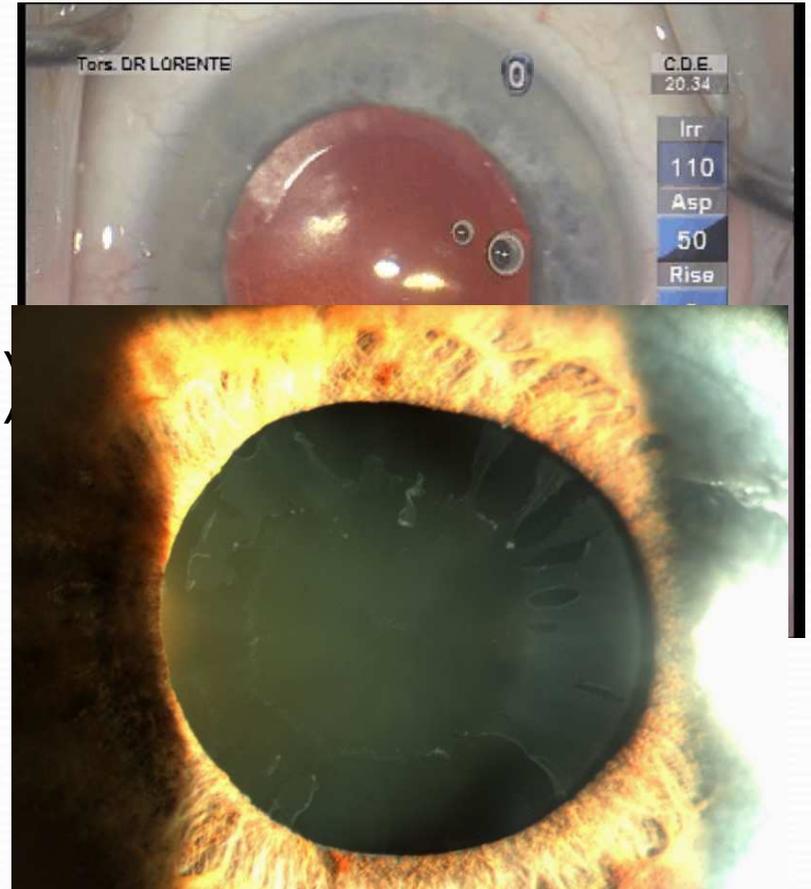
FACTORES DE RIESGO

- CAPSULORREXIS (100 %)
- PSEUDOEXFOLIACIÓN (66%)
- CONTRACCIÓN CAPSULAR:
 - Comienza primeros días
 - Alteración de la BHA
 - Tamaño de la rexis
 - Debilidad zonular



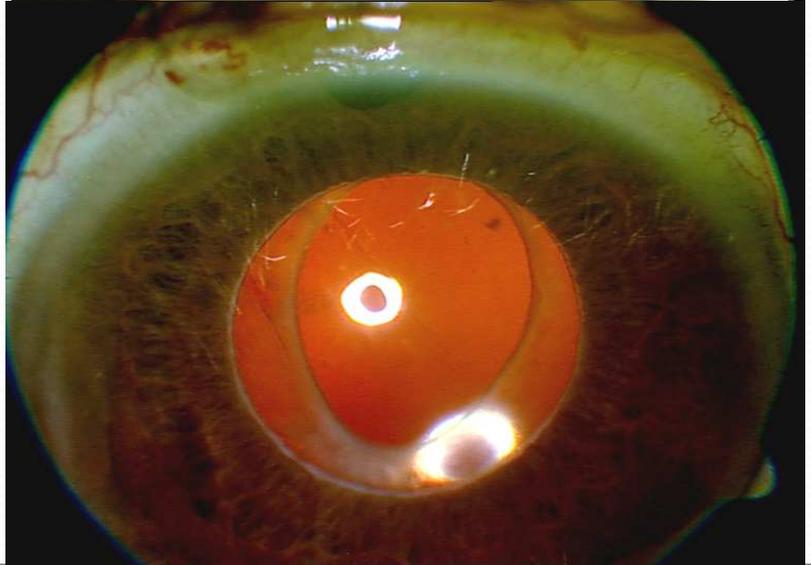
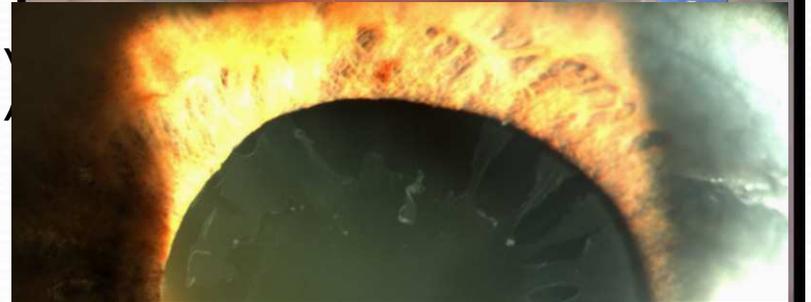
FACTORES DE RIESGO

- CAPSULORREXIS (100 %)
- PSEUDOEXFOLIACIÓN (66%)
- CONTRACCIÓN CAPSULAR:
 - Comienza primeros días
 - Alteración de la BHA
 - Tamaño de la rexis
 - Debilidad zonular



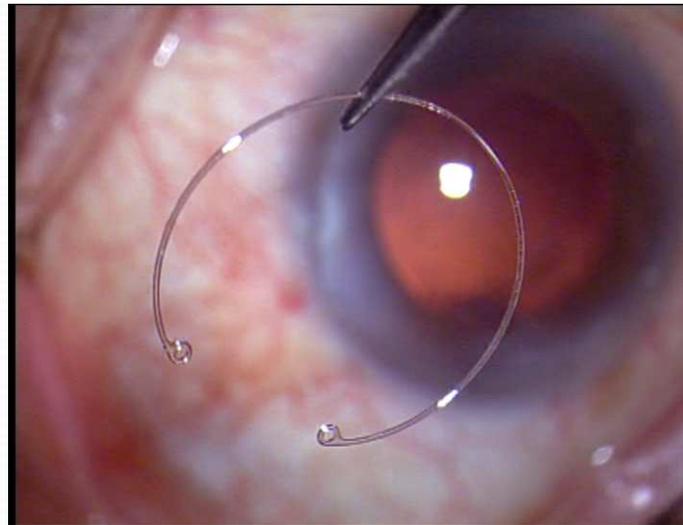
FACTORES DE RIESGO

- CAPSULORREXIS (100 %)
- PSEUDOEXFOLIACIÓN (66%)
- CONTRACCIÓN CAPSULAR:
 - Comienza primeros días
 - Alteración de la BHA
 - Tamaño de la rexis
 - Debilidad zonular



MEDIDAS PREVENTIVAS (CIRUGÍA)

- ANILLO CAPSULAR: minimiza la contracción pero *no impide la luxación*, aunque facilita su recolocación



- VIGILAR atentamente la EVOLUCIÓN del saco capsular para evitar la contracción

CASUÍSTICA

Características demográficas	Nº Ojos	Nº Pacientes	Edad	Sexo
	55	51	80,64 ± 5,41	22 M / 29 V

Factores de Riesgo	
Pseudoexfoliación	33 (60%)
Uveítis	1 (1.81%)
Ojo largo	2 (3.63%)
Ninguno	19 (34.54%)

Entidades asociadas	
Glaucoma	24
DMAE	4
Distrofia corneal	1
Atrofia nervio óptico	4
Capsulotomía previa	3
Membrana epirretiniana	2
Operado DR	1
Edema macular cistoide	1

Características cirugía previa	
Cirugía original EECC	1
Facoemulsificación	54
Tipo de LIO	
3-piezas acrílica	32
1-pieza acrílica	8
3-piezas silicona	7
1-pieza PMMA	7
Háptico en plato	1
Anillo capsular	11

Estadíos de dislocación del complejo saco capsular- LIO

I Pseudofacodonesis

II Borde superior de la LIO por encima del eje visual

III Borde superior de la LIO por debajo del eje visual

IV Luxación a la cavidad vítrea

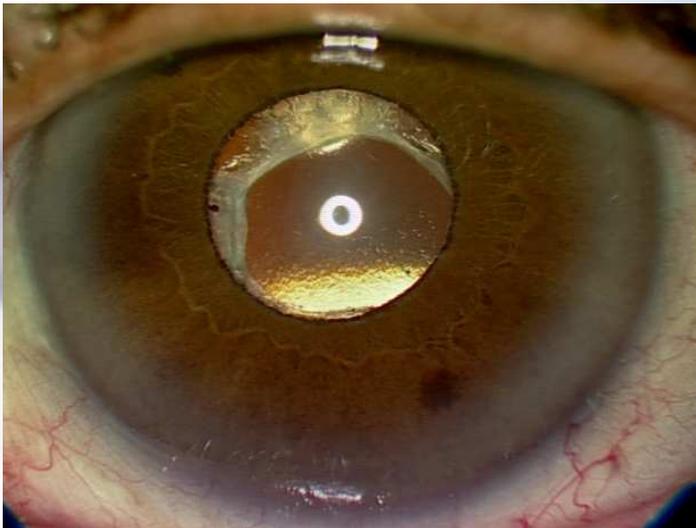
3 (5.45%)

15 (27.274%)

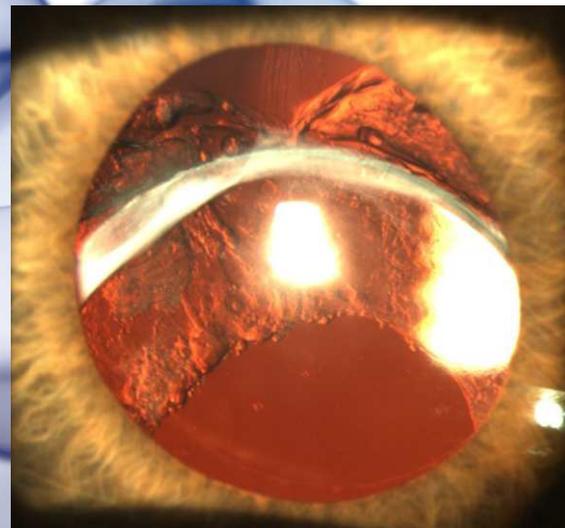
35 (63.63%)

2 (3.63)

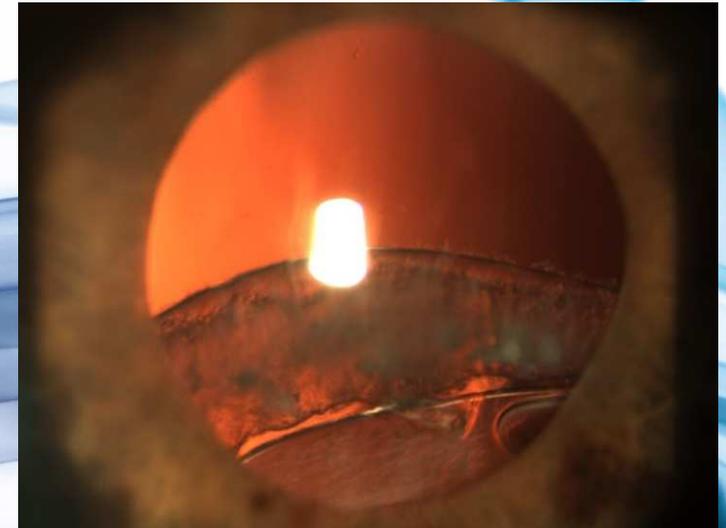
Clasificación personal Lorente 2008



Grado I



Grado II



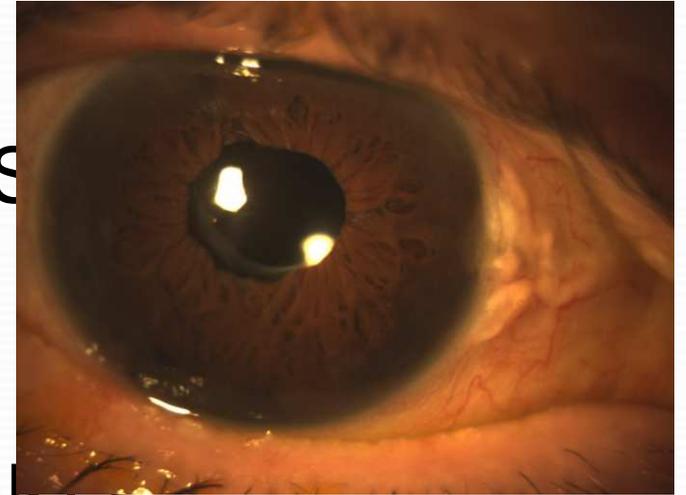
Grado III

OPCIONES QUIRÚRGICAS

1. REPOSICIÓN CON FIJACIÓN ESCLERAL AB EXTERNO
2. REPOSICIÓN CON SUTURA A IRIS
3. RECAMBIO POR LIO DE APOYO ANGULAR
4. RECAMBIO POR LIO ANCLADA A IRIS

OPCIONES QUIRÚRGICAS

1. REPOSICIÓN CON FIJACIÓN ES
EXTERNO
2. REPOSICIÓN CON SUTURA A IRIS
3. RECAMBIO POR LIO DE APOYO ANGULAR
4. RECAMBIO POR LIO ANCLADA A IRIS



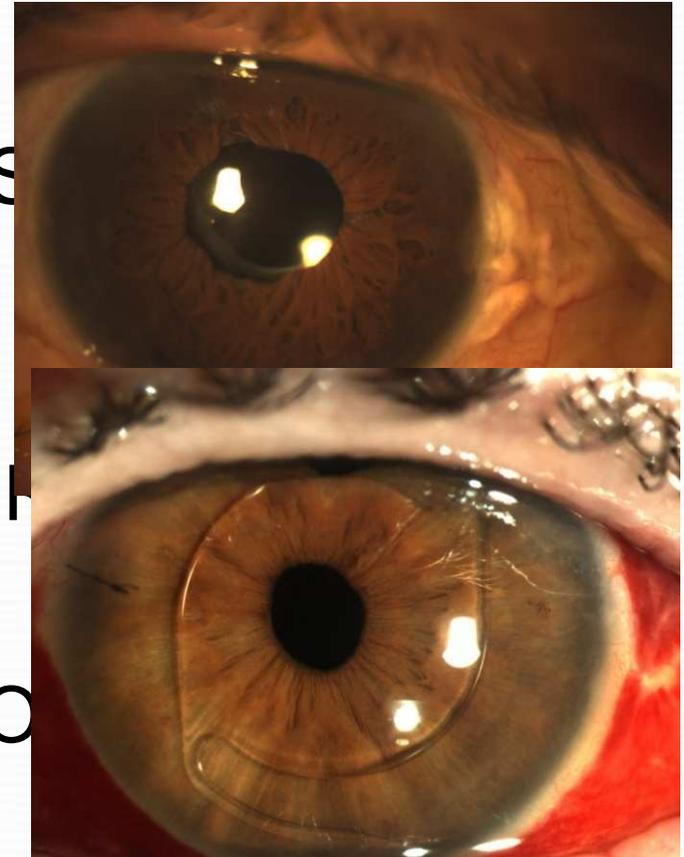
OPCIONES QUIRÚRGICAS

1. REPOSICIÓN CON FIJACIÓN ES
EXTERNO

2. REPOSICIÓN CON SUTURA A IR

3. RECAMBIO POR LIO DE APOYO

4. RECAMBIO POR LIO ANCLADA A IRIS



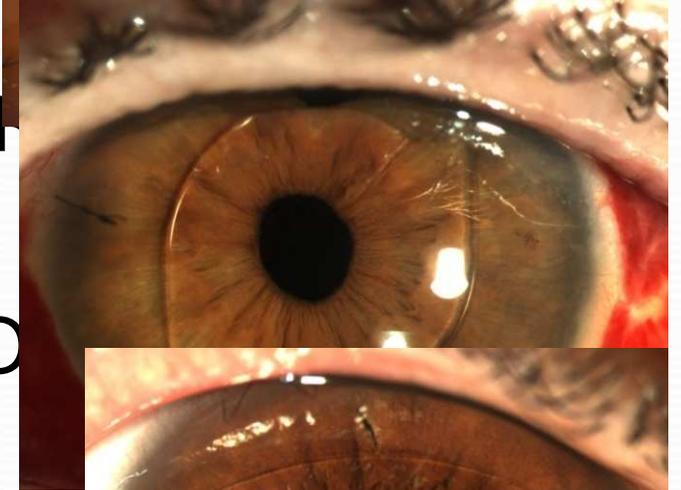
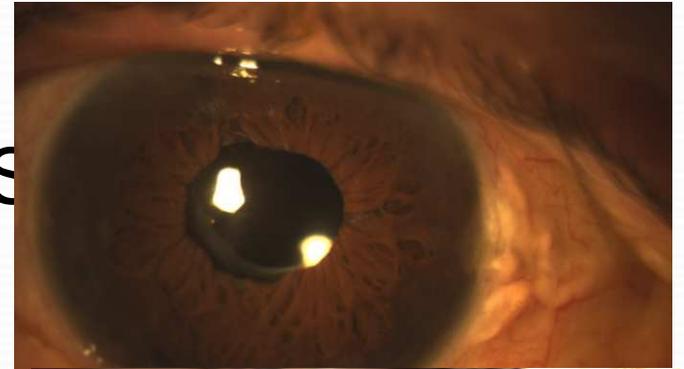
OPCIONES QUIRÚRGICAS

1. REPOSICIÓN CON FIJACIÓN ES
EXTERNO

2. REPOSICIÓN CON SUTURA A I

3. RECAMBIO POR LIO DE APOYO

4. RECAMBIO POR LIO ANCLADA A



¿CUANDO RECAMBIO?

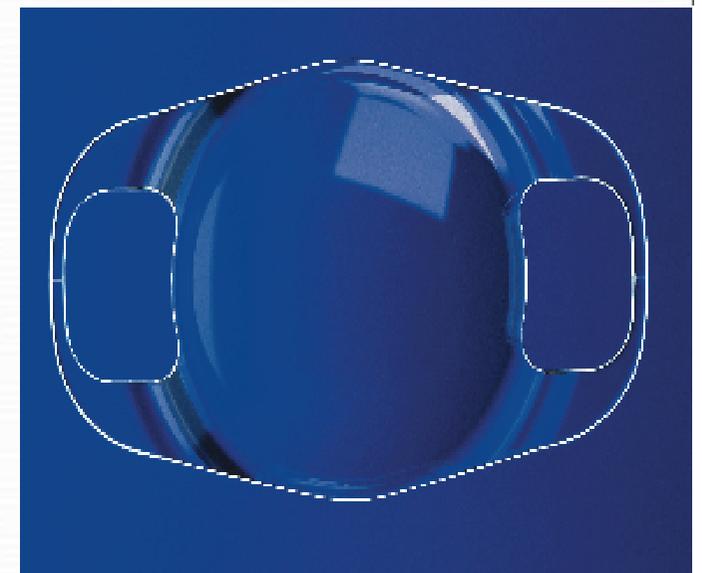
- Nuestra primera intención siempre es reponer la lente con fijación escleral ab externo.
- En grado III, cuando hay inestabilidad total del complejo capsular que impide su recolocación.
- Dados los buenos resultados, nosotros implantamos lentes de anclaje iridiano: ARTISAN

LENTES ANCLADAS A IRIS: ARTISAN

- Monobloque PMMA.
- Óptica de 6 mm
- Incisión de 5,2-6,2 mm
- Fijación al estroma iridiano en media periferia (virtualmente inmóvil)
- Espacio óptimo con cristalino y córnea
- Diseño abovedado

LENTES ANCLADAS A IRIS: ARTISAN

- Monobloque PMMA.
- Óptica de 6 mm
- Incisión de 5,2-6,2 mm
- Fijación al estroma iridiano en media periferia (virtualmente inmóvil)
- Espacio óptico con cristalino y córnea
- Diseño abovedado



CONSIDERACIONES NECESARIAS DE IMPLANTACIÓN

- NO ALTERACIÓN IRIS O PUPILA
- CONTAJE CELULAR > 1200 CEL/MM
- PROFUNDIDAD DE CÁMARA

VENTAJAS

- Posibilidad de implantar en pacientes glaucomatosos
- No produce dispersión de pigmento
- Menos invasiva que las LIOs suturas a esclera
- Disminuye el riesgo de complicaciones de segmento posterior.

COMPLICACIONES

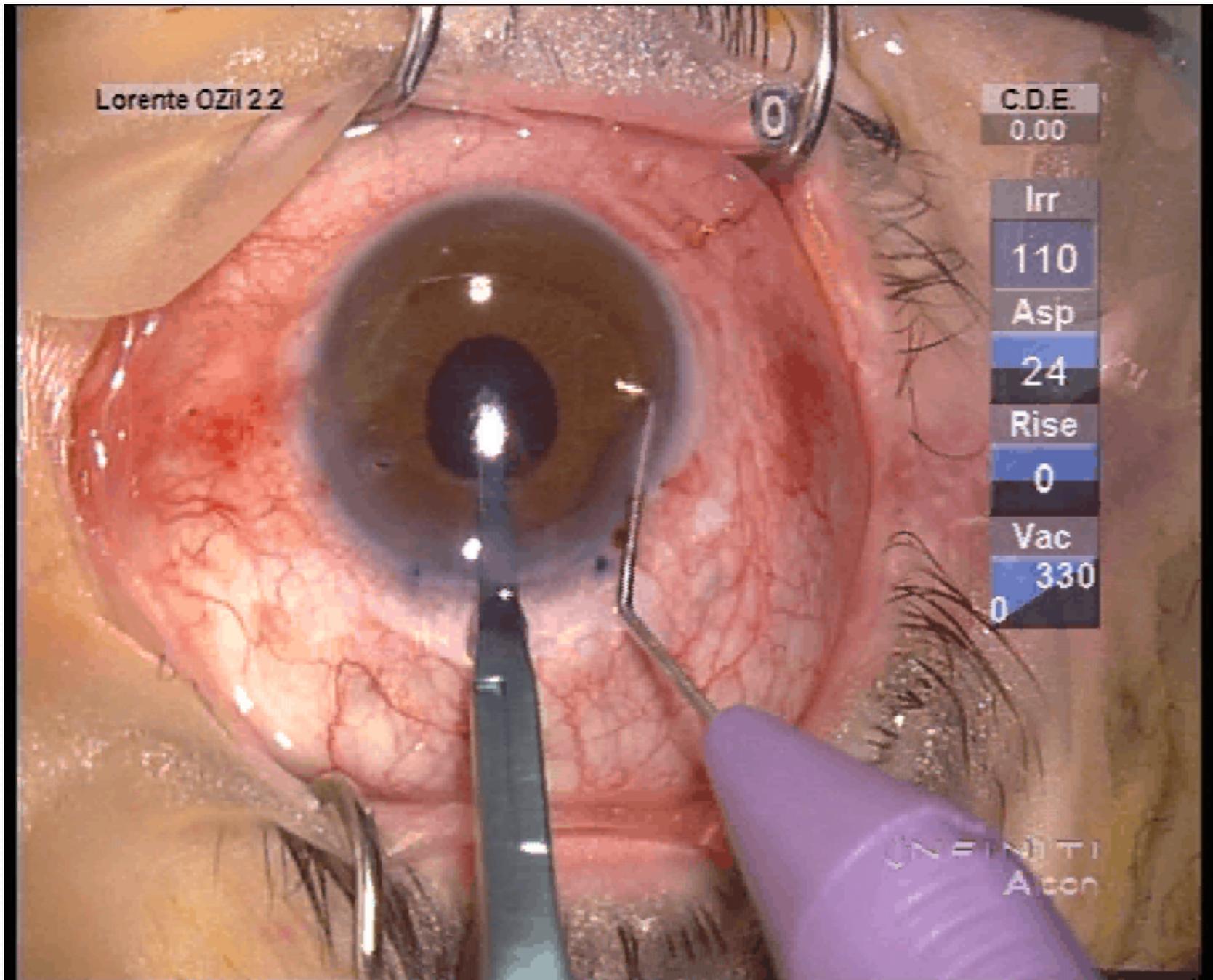
- Ovalización pupilar
- Pérdida del anclaje
- Descartar atrofia iridiana

Lorente OZil 2.2

C.D.E.
0.00

Irr
110
Asp
24
Rise
0
Vac
330
0

UNFINITI
Acon



PACIENTES Y MÉTODO

Diseño Serie retrospectiva de casos intervenidos por el mismo cirujano con implante ARTISAN

Localización Hospital Cristal Piñor. Orense. España

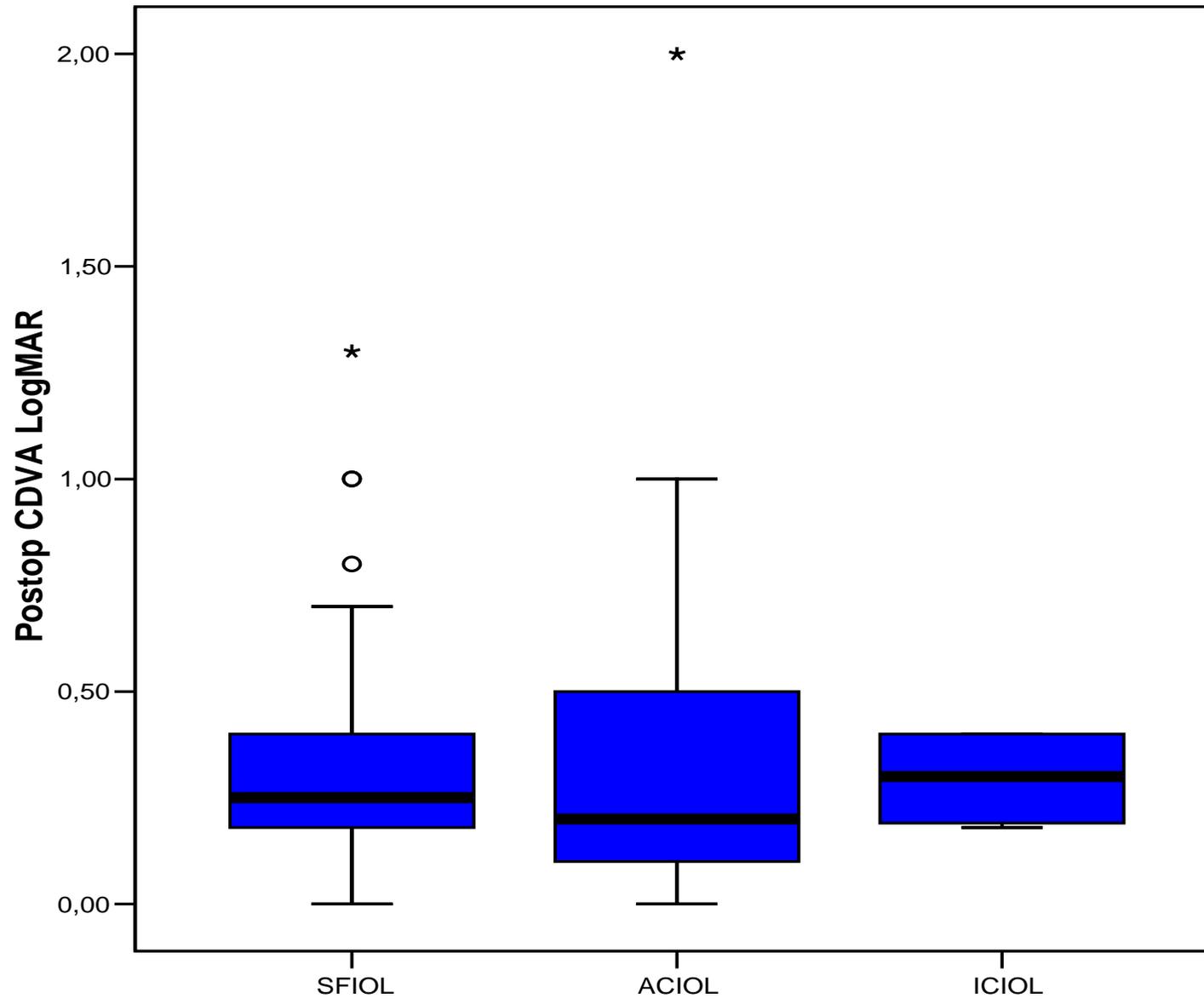
**Criterios
Inclusión** Ojos con subluxación de saco capsular-LIO tratados quirúrgicamente entre Enero 2005-Diciembre 2011
Seguimiento mínimo 1 mes.

**Medidas
principales** Agudeza visual lejana con corrección (AVLC) & Complicaciones quirúrgicas.

**Medidas
Secundarias** Características de presentación & Factores de riesgo

**Análisis
Estadístico** Test Wilcoxon, Test Mann-Whitney

RESULTADOS



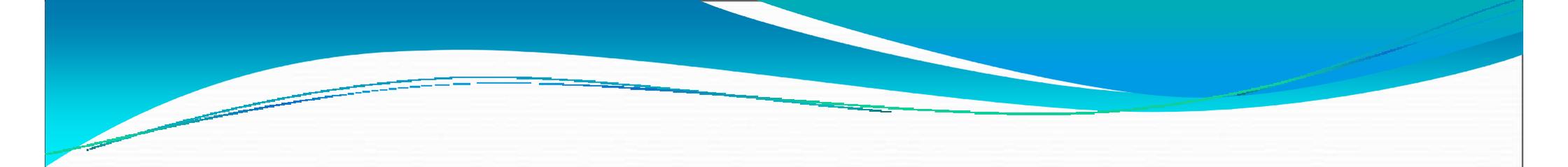
RESULTADOS

	AV CORREGIDA	
	TOTAL	ICIOL
Nº DE OJOS	55	4
Preoperatorio Media \pm SD logMAR Rango Snellen	1,18 \pm 0,84 MM a 20/25	1,63 \pm 0,73 CD a 20/70
Postoperatorio Media \pm SD logMAR Rango Snellen	0,36 \pm 0,37 PL a 20/20	0,29 \pm 0,12 20/50 a 20/30

AVLC MEDIA MEJORÓ DESPUÉS DE LA QX PARA CORREGIR LA POSICIÓN DEL COMPLEJO SACO-LIO SIENDO MAYOR EN LAS LENTES DE ANCLAJE IRIDIANO

CONCLUSIONES

- La lente anclada a iris nos parece una alternativa muy eficaz cuando la decisión sea explantar el complejo capsular
- Técnica muy poco invasiva, compatible con pacientes glaucomatosos y /o con pseudoexfoliación que es el factor predisponente más frecuente.
- Los resultados obtenidos en cuanto a AV han sido mejores que con las lentes de cámara anterior.



MUCHAS GRACIAS