

El fenómeno de disfotopsia después de la colocación de lente intraocular

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche^a, Luis Eduardo Bustamante Leija^b, Grecia Lizeth Ibarra Hernández^c, Brenda Cruz Gutiérrez^d, Gabriela Vargas Cruz^e

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.



SÍNTESIS DE LA QUEJA

Le realizaron cirugía de catarata y colocación de lente intraocular en ojo izquierdo; el resultado de la cirugía no fue el esperado, ya que tiene sensación de cuerpo extraño y mira una luna creciente que se modifica al aplicarse gotas. Considera que la atención brindada fue inadecuada y le generó afectación permanente a su salud.

RESUMEN

Mujer de 59 años de edad que el 12 de febrero de 2015 consultó al oftalmólogo demandado por pre-

sentar disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo de seis meses de evolución. El especialista diagnosticó catarata y propuso tratamiento quirúrgico consistente en facoemulsificación con colocación de lente intraocular. El 15 de febrero de 2015, se efectuó la intervención; no se reportaron incidentes, ni complicaciones. Se reportó agudeza visual de 20/60, segmento anterior normal y lente intraocular *in situ*; sin embargo, la paciente percibía un reflejo oscuro sobre el área temporal del campo visual, motivo por el cual el demandado indicó interconsulta con un retinólogo, quien encontró la retina periférica aplicada y normal. El 24 de febrero de 2015, en consulta de revisión se reportó exploración oftalmológica sin alteraciones, la paciente refirió persistencia del reflejo en el sector temporal, aunque en menor grado; se le indicó tratamiento a base de antibiótico, corticoesteroide y lubricante ocular, y se le otorgó cita para seguimiento. La paciente no regresó a consulta.

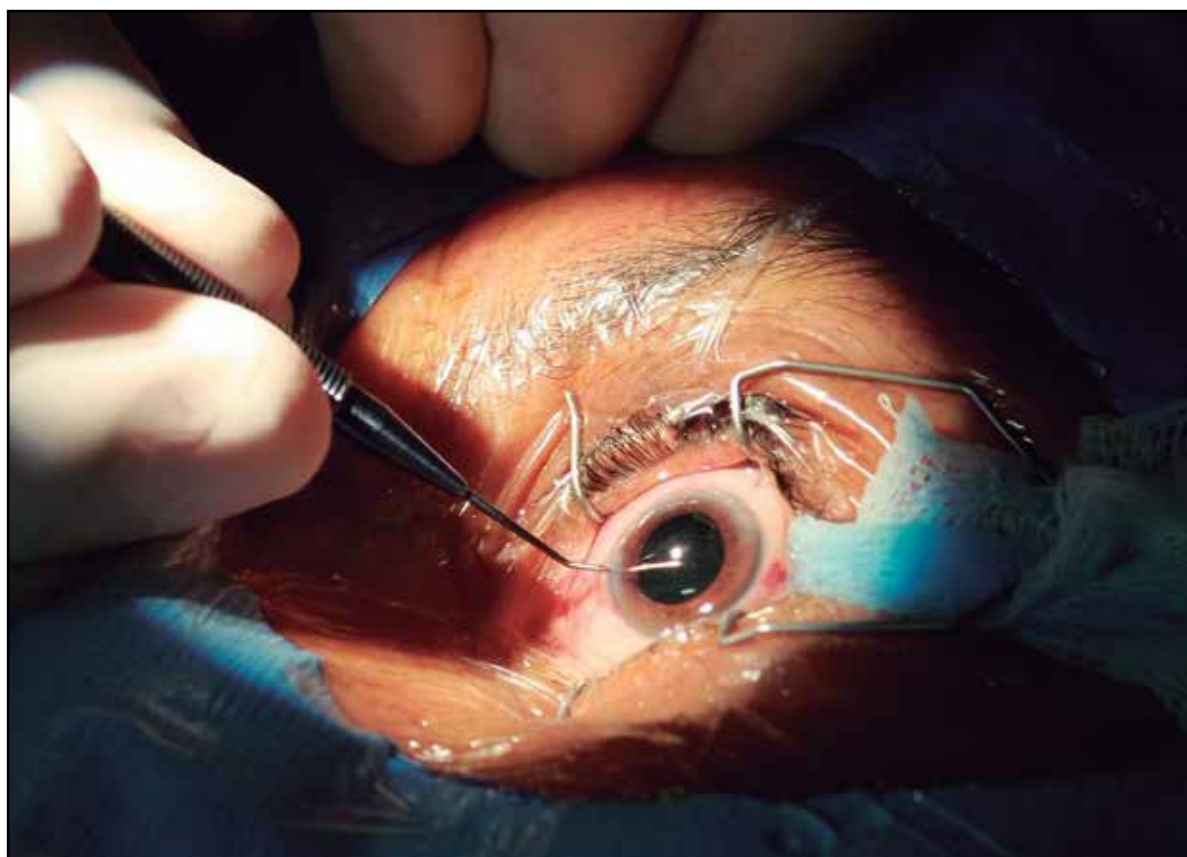
^a Directora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. Ciudad de México.

^b Director Médico. Sala Arbitral. CONAMED. Ciudad de México.

^c Servicio Social de la carrera de Medicina. Facultad de Medicina. UNAM. Ciudad de México.

^d Servicio Social de la carrera de Enfermería. Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" UNAM. Ciudad de México.

^e Servicio Social de la carrera de Enfermería. Facultad de Estudios Superiores "Iztacala" UNAM. Ciudad de México.



Fotos: Archivo

ANÁLISIS DEL CASO

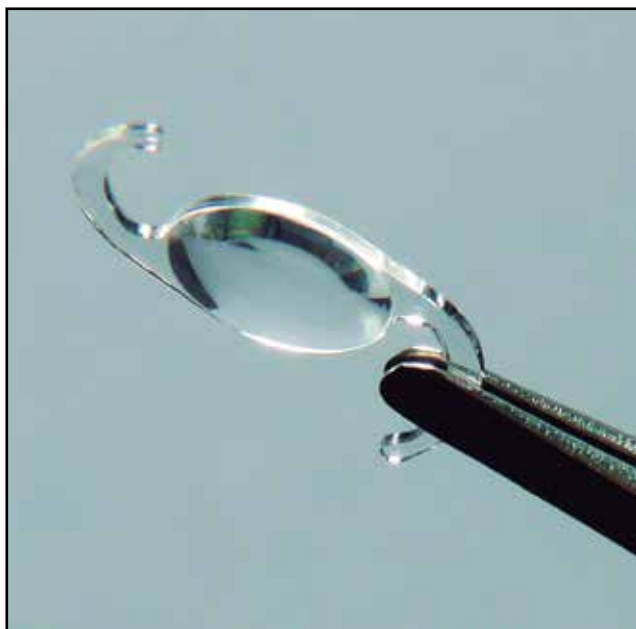
Antes de entrar al fondo del asunto, es necesario realizar las siguientes apreciaciones:

De acuerdo con la literatura de la especialidad, la catarata consiste en la opacificación parcial o total del cristalino de uno o ambos ojos, que condiciona disminución de la agudeza visual o ceguera. En pacientes con sospecha de catarata, la exploración oftalmológica debe incluir valoración de la agudeza visual, de los anexos, movilidad y alineación de los ojos, función pupilar, medición de la presión intraocular, fondo de ojo, biomicroscopía de segmento anterior (método de elección para establecer el diagnóstico clínico de catarata si los medios son claros). Cuando la catarata impide observar el fondo del ojo se debe realizar ultrasonografía tipo B¹.

La cirugía está indicada cuando la catarata reduce de forma importante la función visual. El procedimiento quirúrgico de elección es la facoemulsificación y colocación de lente intraocular. La

facoemulsificación con técnica de prechop se realiza a través de una incisión tunelizada, se aplica anestesia intracameral y viscoelástico para conformar la cámara anterior y proteger el endotelio corneal, se realiza capsulotomía circular continua con cistótomo, hidrodissección e hidrodelaaminación, se introduce el chopper por la incisión accesoria y se coloca por debajo de la capsulorrexis en el ecuador del núcleo para desplazarlos en dirección centrípetas, el núcleo queda dividido en dos mitades, que posteriormente se fragmentan en otras dos mitades más, así queda dividido en cuatro cuadrantes que se emulsifican dentro del saco capsular o a nivel del iris; a continuación, se aspiran los restos corticales mediante sistema de irrigación-aspiración bimanual y se coloca la lente intraocular en el saco capsular².

La cirugía de catarata ha constituido uno de los grandes aportes oftalmológicos para la prevención mundial de la ceguera, para el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, así como de los lentes in-



traoculares; sin embargo, con el uso de las distintas tecnologías y nuevos diseños de lentes, surgieron también otras complicaciones y efectos indeseados, como lo constituyen las disfotopsias secundarias a los lentes intraoculares³.

Las disfotopsias son fenómenos visuales ocasionados por la luz en pacientes fáticos (que tienen el lente natural o cristalino) y pseudofáticos (que tienen lente intraocular artificial en los ojos). La ocurrencia de fenómenos disfotópsicos en pacientes pseudofáticos posterior a la cirugía de catarata es variable y puede presentarse entre el 20 y 50%. En las disfotopsias pseudofáticas el borde del lente intraocular, independientemente del material, actúa como barrera a la migración celular dentro de la cápsula posterior, pero desafortunadamente también causa un fenómeno visual indeseable, lo que resulta en la reflexión interna por incidencia de la luz en forma oblicua y que el paciente refiere como una sombra o penumbra en forma de media luna o arco en el campo temporal; resulta difícil predecir qué paciente puede desarrollarlo³.

Este fenómeno se divide en disfotopsias positivas y negativas. Las primeras se caracterizan por brillantez, estrías o rayas que emanan del punto central de una fuente luminosa, lo que crea, a veces, difusión

y acentuado del deslumbramiento; las disfotopsias negativas se caracterizan por la presencia de una sombra en forma de arco, generalmente localizada en el campo temporal. Este fenómeno es visible con o sin lentes, puede ser monocular o binocular, de visión cercana y lejana, se presenta en ambientes internos o externos, en iluminación o penumbra, puede ser móvil o inmóvil, aparece en el primero o segundo día del postoperatorio. Específicamente, el borde del lente resulta ser la fuente generadora de disfotopsias pseudofáticas negativas, las cuales desaparecen en algunos pacientes y en otros persisten.

La desaparición o transitoriedad de la disfotopsia negativa se explica por la opacificación del sector nasal de la cápsula, que actúa como difusor de los rayos en las primeras semanas o meses siguientes a la cirugía. La opacidad de la cápsula posterior causa difusión de la luz, y reduce el contraste y la sensibilidad retineana; además el movimiento axial anterior del lente intraocular por contracción de la bolsa capsular, puede ser otra explicación que disminuye la ocurrencia con el tiempo, ya que reduce el espacio axial por detrás del iris a 0.06 mm o menos, lo que ocasiona cambio miópico, sin embargo, el que suceda esta situación no ha determinado que la disfotopsia desaparezca por completo³.

Ante este fenómeno visual existen ciertas medidas terapéuticas como el uso de miótico, capsulotomía anterior y posterior, modificación del lente intraocular, colocación de otro lente sobre el primario, incluso cambio del lente intraocular, sin embargo, ninguno de ellos aportó solución. El uso de lentes prismáticos de una a seis dioptrías disminuye el fenómeno visual⁴.

En el presente caso, el 12 de febrero de 2015 la paciente consultó al oftalmólogo demandado por presentar disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo; al interrogatorio señaló que tenía 59 años de edad, antecedente de hipertensión arterial sistémica controlada, cirugía de catarata en ojo derecho once años antes, y tratamiento con antidepresivos. En la exploración oftalmológica reportó agudeza visual de ojo derecho de 20/80; izquierdo de 20/200, que no mejoró con estenopeico; presión intraocular de 14 mmHg en ambos ojos; movilidad ocular en ortoposición con versiones y ducciones norma-

les; en el ojo derecho se apreció pseudofaquia con opacidad de cápsula posterior, la cual no permitió valorar el fondo del ojo; en el ojo izquierdo, córnea transparente, pupila normorrefléxica, cristalino con catarata nuclear densa central y fondo de ojo de características normales. Se propuso facoemulsificación más colocación de lente intraocular, que se programó para el 15 de febrero de 2015.

En esta atención brindada por el demandado no se aprecian irregularidades, ya que mediante exploración oftalmológica completa integró el diagnóstico de catarata en el ojo izquierdo, y estableció el plan de tratamiento apropiado, que consistió en cirugía de facoemulsificación (extracción de catarata) y colocación de lente intraocular.

El citado procedimiento se realizó el 15 de febrero de 2015. La nota quirúrgica en el expediente clínico señaló diagnóstico preoperatorio de catarata en el ojo izquierdo; la cirugía programada fue facoemulsificación más colocación de lente intraocular. En la descripción de la técnica quirúrgica se reportó que, previa limpieza del ojo izquierdo con yodopovidona y aplicación de gotas de gatifloxacino, se extrajo la catarata con el siguiente procedimiento: se inyectó una décima de vancomicina en solución salina balanceada, se realizaron puertos laterales y central de tres milímetros, se efectuó capsulorrexis circular y después hidrodisección, se realizó maniobra de Flip y se partió el núcleo con prechoper de Akahoshi, se llevaron los segmentos a plano iridiano y se realizó facoemulsificación tomando siete segundos de ultrasonido, se realizó irrigación-aspiración de la corteza y se introdujo lente intraocular de +23.00 dioptrías, se instiló vancomicina intracamerar, se colocó punto de monofilamento 10-0 y se terminó la cirugía, sin complicaciones.

Esta nota quirúrgica demuestra que la facoemulsificación con técnica de prechop se realizó con apego a lo establecido por la *lex artis* oftalmológica, pues se efectuó la fragmentación del núcleo, facoemulsificación y aspiración de los restos corticales mediante sistema de aspiración/irrigación, así como la colocación de lente intraocular, sin incidentes, ni complicaciones.

Cabe mencionar que en el expediente clínico se encuentra Carta de Consentimiento bajo infor-

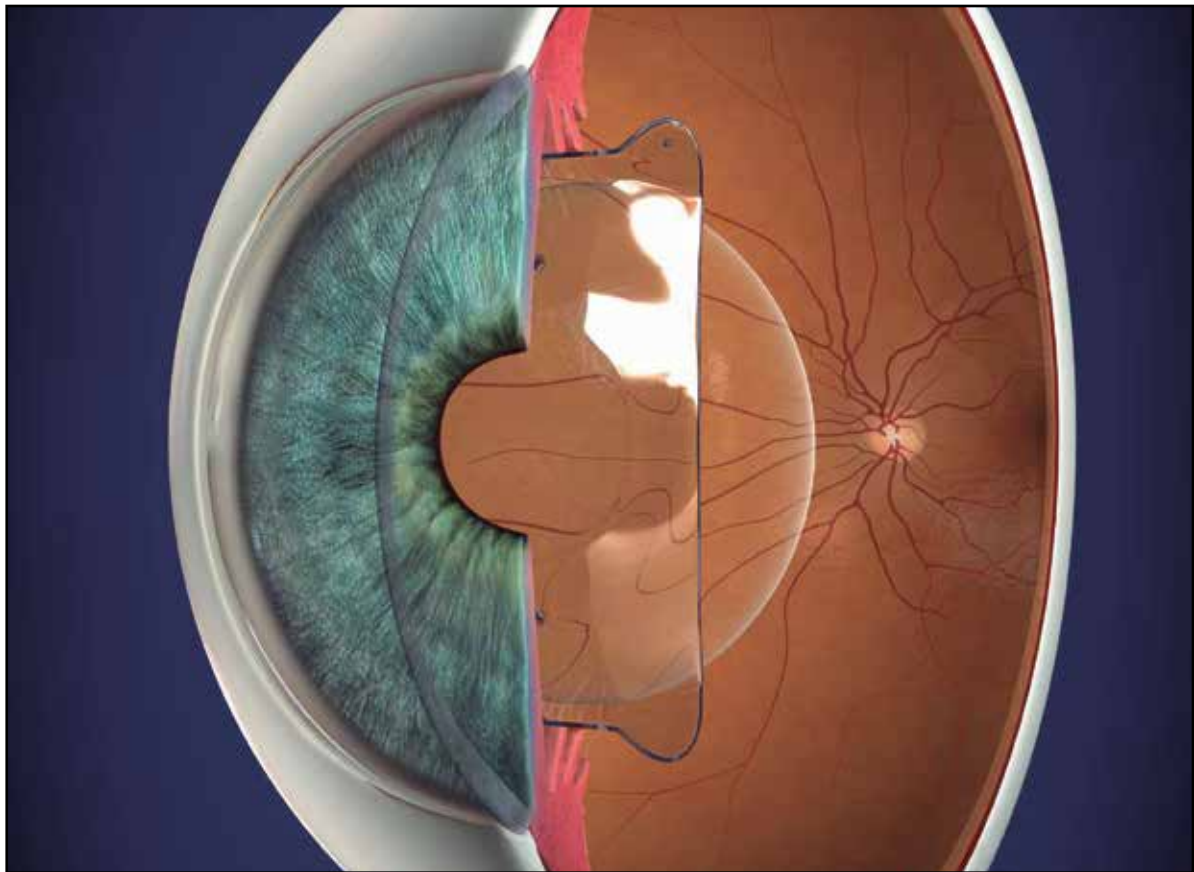
La cirugía está indicada cuando la catarata reduce de forma importante la función visual. El procedimiento de elección es la facoemulsificación y colocación de lente intraocular. La cirugía de catarata ha constituido uno de los grandes aportes oftalmológicos para la prevención mundial de la ceguera, para el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, así como de los lentes intraoculares; sin embargo, con el uso de las distintas tecnologías y nuevos diseños de lentes, surgieron también otras complicaciones y efectos indeseados, como lo constituyen las disfotopsias secundarias a los lentes intraoculares.

Las disfotopsias son fenómenos visuales ocasionados por la luz en pacientes fáquicos (que tienen el lente natural o cristalino) y pseudofáquicos (que tienen lente intraocular artificial en los ojos). La ocurrencia de fenómenos disfotópsicos en pacientes pseudofáquicos posterior a la cirugía de catarata es variable y puede presentarse entre el 20 y 50%.

mación, en la cual la paciente autorizó el procedimiento quirúrgico, y consta que se le había informado previamente acerca de los riesgos, beneficios y complicaciones del mismo; también aparece lista de verificación de seguridad de la cirugía.

La paciente egresó el mismo día de la intervención debido a que se trataba de cirugía ambulatoria; el demandado indicó dieta normal, reposo relativo, evitar ciertas actividades (dormir sobre el ojo operado, cargar cosas pesadas, agacharse, realizar natación o deportes de contacto), baño normal, retirar parche a las 15:00 horas; gatifloxacino, tobramicina y dexametasona en solución oftálmica, y otorgó cita de control para el día siguiente.

En la consulta de revisión del 16 de febrero de 2015 la paciente refirió mejoría de la agudeza vi-



sual, sin embargo veía una sombra en forma de luna creciente. En la exploración oftalmológica el demandado encontró agudeza visual del ojo izquierdo de 20/60, presión intraocular de 15 mmHg, lente intraocular en su sitio. Se citó para el 21 de febrero de 2015 para revisión con un retinólogo.

Desde el punto de vista oftalmológico, con el antecedente de colocación de lente intraocular, el cuadro clínico postoperatorio de la paciente consistente en percepción de una sombra en forma de luna creciente es sugestivo de disfotopsia negativa, que es un fenómeno visual secundario a la reflexión interna de la luz en la lente intraocular y que no es atribuible a la actuación del demandado, sino a la propia lente intraocular; dicho fenómeno es frecuente y puede presentarse hasta en 50% de los pacientes a quienes se les coloca lente intraocular.

El 21 de febrero de 2015, el especialista en retina señaló que, previa midriasis medicamentosa

(tropicamida y fenilefrina), revisó a fondo el ojo izquierdo con oftalmoscopia indirecta, sin encontrar patología que explicara la sintomatología de la paciente; la agudeza visual del ojo izquierdo aun con dilatación fue de 20/40, el resto del examen no mostró alteraciones. Ese mismo día fue valorada por el demandado, quien indicó continuar con tratamiento tópico y le otorgó cita subsecuente.

En ese sentido, no se aprecian elementos de mala práctica atribuibles al demandado. En efecto, las notas referidas en el párrafo anterior demuestran que su actuar fue diligente, ya que ante el cuadro clínico postoperatorio de la paciente (percepción de una sombra en forma de luna creciente) estaba obligado a descartar desgarro o desprendimiento de retina, que es una complicación de la cirugía de catarata y que causa un cuadro clínico similar a la disfotopsia (visión de luces, manchas o combinación de ambos), motivo por el que solicitó revisión por el

especialista apropiado para descartar una patología en la retina.

En la nota de evolución del 24 de febrero de 2015 se le hizo prueba de agudeza visual, que fue de 20/25, presión intraocular de 14 mmHg, lente intraocular en su sitio y fondo de ojo en parámetros normales; por lo que el demandado comenzó a reducir la dosis de los medicamentos tópicos y citó a la paciente en un mes. En esta consulta, la paciente refirió disminución de las molestias.

La citada prueba demuestra que en el presente caso se cumplió el objetivo primordial de la cirugía de catarata, pues la agudeza visual prequirúrgica de la paciente era de 20/200; es decir, estaba disminuida, y mejoró de manera importante a 20/25, que está dentro de los parámetros normales. De igual forma, quedó acreditado que el demandado fue diligente citarla para dar seguimiento al fenómeno disfotópico, a pesar de que la paciente refirió disminución de las molestias visuales.

Dicho en otros términos, la atención oftalmológica que le brindó el demandado se ajustó en todo momento a lo establecido en la *lex artis* oftalmológica; el fenómeno disfotópico que presentó es un riesgo inherente a la colocación de la lente intraocular, que no puede ser atribuido a una mala práctica del demandado.

APRECIACIONES FINALES

La disfotopsia negativa que presentó la paciente es un fenómeno que ocurre en más del 50% de los pacientes a quienes se les implanta lente intraocular y es causado por la reflexión de la luz sobre el borde del lente intraocular.

El manejo postoperatorio fue apropiado, fue valorada por un retinólogo, quien encontró el fondo del ojo dentro de los límites normales.

El oftalmólogo demandado actuó conforme a los principios establecidos en la literatura de la especialidad, sin incurrir en mala práctica, ni ocasionar afectaciones a la paciente.

RECOMENDACIONES

Este documento busca orientar las mejores prácticas y no pretende ser un tratado exhaustivo sobre el tema. En caso de dudas, le aconsejamos revisar

las referencias anexas y la bibliografía nacional e internacional.

- Realizar una exploración oftalmológica integral y acuciosa apoyada por estudios complementarios.
- Valorar las características y situación anatómopatológica del ojo para determinar la técnica quirúrgica que ofrezca mayor beneficio a la problemática del paciente.
- Informar al paciente y elaborar la Carta de Consentimiento Bajo Información que exprese de manera clara y precisa el diagnóstico, tipo de procedimiento a realizar, así como los riesgos y beneficios de éste, atendiendo a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, NOM-004-SSA3-2012.
- Es fundamental que ante la sospecha de alguna complicación postoperatoria, se estudie de forma integral al paciente con la finalidad de brindar el tratamiento correspondiente.
- Integrado el diagnóstico de disfotopsia, se debe llevar un seguimiento apropiado que permita identificar su temporalidad o permanencia, y de esta manera adoptar el manejo de la complicación. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de catarata sin comorbilidades del segmento anterior. México: Secretaría de Salud; 2013.
2. Rodríguez SB, Hernández SJ, Pérez CE, Méndez DA, Hormigón PI, Santiesteban GI. Cirugía de cataratas por facoemulsificación aplicando la técnica de prechop. Rev Cubana Oftalmol. 2013;26(1):30-8.
3. Karam AE. Disfotopsia pseudofáquica negativa. Fenómeno visual no deseado ocasionado por lente intraocular. Gac Méd Caracas. 2014;122(2):121-35.
4. Mura C. Cirugía actual de la catarata. Rev Med Clin Condes. 2010;21(6):912-9.
5. Luján PS, Pizango MO, Albuquerque DM, Valenzuela TM, Mayta TP. Variación de la función visual y calidad de vida luego de cirugía de catarata por facoemulsificación con implante de lente intraocular. Rev Mex Oftalmol. 2014;88(4):176-81.
6. Franca MF, Villano MD. Unilateral dysphotopsia after bilateral intraocular lens implantation using the AR40e IOL model: Case Report. Arq Bras Otolmol. 2007;70(2):350-4.