



ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COLEGIO DE MÉDICOS OFTALMÓLOGOS DE JALISCO CORRESPONDIENTE AL 02 DE MAYO 2024

TEMA: CATARATA PEDIÁTRICA PERLAS EN 2024

Siendo las 20:30 horas del jueves 2 de mayo del 2024, se da por iniciada la cuarta sesión ordinaria del año del Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco, teniendo como sede la casa del oftalmólogo, con domicilio en calle López Cotilla número 2313, en la ciudad de Guadalajara.

Se da la bienvenida por el presidente del colegio Dr. Mario Salvador García Contreras y realiza una pequeña introducción sobre la importancia de la vigilancia de pacientes pediátricos.

Se procede a la lectura del acta de la sesión del mes de marzo siendo aprobada.

El Dr. Mario García sede la palabra a la coordinadora de la sesión Dra. Graciela González Pérez

La Dra. Graciela introduce la sesión refiriendo la condición controversial que representa el manejo de la catarata pediátrica, el niño está en crecimiento, una ambliopía por catarata congénita es muy difícil de maneja: se opera o no, cuando, a qué edad, se coloca lente o no, que calculo realizar, técnicas quirúrgicas, rehabilitación. La Dra. sede la palabra a los dos ponentes de la sesión.

El Dr. Alfredo Lizárraga Corona inicia su participación agradeciendo a los médicos que han contribuido de forma importante al manejo de la catarata pediátrica. Realiza algunas consideraciones con respecto a las diferencias sustanciales con respecto a la evaluación prequirúrgica en niños a diferencia de los pacientes adultos: Diagnósticos inoportunos, cooperación del paciente, asociadas a anomalías sistémicas, dificultad para cálculo de LIO. En el periodo transquirúrgico: anestesia general, ojos pequeños, dilatación menor, comportamiento diferente de los tejidos por pobre rigidez escleral, suturas en cornea, manejo de capsula posterior y vitrectomía anterior ya que de no realizarse se presenta opacidad antes de los 15 años. En el periodo postquirúrgico: mayor inflamación, dificultad para aplicar medicamentos tópicos, corrección óptica, ambliopía, seguimiento amplio.

Refiere la importancia de la valoración inicial, tanto del paciente como de los padres al entrar a consulta, así como las características de la opacidad: si son polares o sutúrales menores de 3 mm (sin necesidad de tratamiento quirúrgico) pero si son mayor considerar las características en el manejo quirúrgico, sin pudieran tener relación con procesos infecciosos o inflamatorios que requieran manejo complementario, parámetros bajos si hay más riesgo de ruptura de capsula o presencia de manejo de vítreo primario hiperplásico.

En la valoración clínica considerar la presencia de leucocoria, nistagmus, estrabismo y realizar Test de Bruckner. Presenta un nomograma en el que de acuerdo con la presentación de la catarata deberá realizarse o no ciertos estudios de laboratorio: se hacen selectivamente y no tienen validez si hay una clara historia familiar o enfermedad sistémica ya identificada al examen físico.

Con respecto al momento de la cirugía considera que las cataratas densas o totales operar a las 4-6 semanas, periodos latentes/críticos del desarrollo de la visión, después de esta fase precortical existen peores resultados visuales en el ojo afectado. Después de la 12 semana el pronóstico visual puede ser peor. Idealmente no operar antes de la 4ª semana por mayor actividad inflamatoria.



¿Cuándo operar una catarata parcial?: El periodo crítico es mayor dado que cuenta con cierta visión, si se espera a un crecimiento del globo ocular y desarrollo del niño menor riesgo de glaucoma y más posibilidad de insertar el lente intraocular. Si el periodo de espera es muy largo paciente tiene riesgo de desarrollar ambliopía.

Manejo conservador: catarata parcial central y/o anterior < 3mm, visión mejor de 20/70, visión cercana tiene prioridad.

Lente intraocular o no: ojos pequeños no toleran bien los LIO, niños menores de 4 meses, Persistencia de Vasculatura Fetal/microftalmia con bolsa capsular de 8mm, no colocar lente. Ventajas si no puede usar lentes o lente de contacto, tendrán algo de enfoque, menor riesgo de glaucoma (controversial). Desventajas: riesgo de opacificación capsula posterior, todavía necesita usar gafas.

Con respecto al lente presenta varias opciones considerando el Bag in the lens como una opción ya que cuenta con dos porciones elípticas y en el espacio entre ellas debe quedar la capsula, (no se cuenta con este lente en EU ni en México).

Evitar el LIO en sulcus en niños pequeños.

El Dr. Sede la palabra a la Dra. Janeth Sánchez para hablar sobre el cálculo de lente intraocular en pacientes pediátricos.

Con respecto a la recomendación como oftalmólogos pediatras en cuanto a colocar o no lente en caso de cataratas bilaterales las dos opciones son correctas y en caso de unilaterales poner lente, hacer todo lo posible se coloca lente siempre en bolsa en caso de no tener adecuado soporte lente en sulcus 3P. El diámetro corneal debe ser mayor a 9 mm y la bolsa mayor de 8 mm.

Mayor reto es la sorpresa refractiva. El cálculo de lente puede tener diferentes factores de imprecisión: errores en la toma de la longitud axial y queratometrías, biometrías diferentes y diferencias anatómicas con los adultos, fórmulas para adultos (ajustarse para niños), técnicas quirúrgicas con capsulotomías posteriores y vítreo anterior, shift miopico.

Tasa de crecimiento anual < 1 año: 23.5% anual y > 1 año 4.8%.

Factores que considerar: esfera deseada, equivalente esférico, astigmatismo queratometrico, fórmula de cálculo de LIO, queratometrías, longitudinal axial, cada dioptría de modificación genera .75 de cambio en la refracción. sulcus: bolsa, ojo contralateral, considerar la brecha de anisometropía de forma individual en caso de cataratas unilaterales.

Entre más pequeño el niño el lente puede calcularse con fines de dejarlo más hipermetrope debido a la tasa de crecimiento y el aumento de la longitud de los pacientes.

En cuanto a la formula SRK T es la más utilizada para niños y la que genera menos sorpresas refractivas.

Importante individualizar queratometrías ya que la sorpresa refractiva es menor. Siempre que sea posible queratometrías transquirúrgicas y calculo transquirúrgico.

Retoma la palabra el Dr. Lizárraga, refiere que en cuanto la técnica quirúrgica dependerá de las características del paciente y experiencia del cirujano, pero siempre considerar realizar vitrectomía anterior y manejar la capsula anterior.

Consideraciones especiales, en la capsulorrexia elasticidad mayor y vectores hacia al centro en técnica de desgarro, presenta algunos procedimientos quirúrgicos haciendo énfasis en la capsulotomía posterior, vitrectomía anterior y colocación de lente intraocular en bolsa.

En caso de vítreo primario hiperplásico cauterizar y no colocar lente de primera instancia y en 3 meses considerar colocación de lente de forma secundaria.

Uso de esteroides es básico, uso de triamcinolona en vítreo y subconjuntival y de dexametasona.

En el postquirúrgico esteroides altas dosis de prednisolona tópica con disminución gradual, antibiótico tópico.

La Dra. Janeth retoma la palabra ara hacer énfasis en la rehabilitación visual, factores: buena refracción, parche y buena penalización.

En la refracción postqx uso del 100 de la refracción y su adición y vigilancia continua. Con respecto al parche buscar estrategias para mejorar el apego.

A partir de los 2 años es igual el uso de 2 horas de parche que 8 hrs, si agregamos actividades se acorta el tiempo de mejora no la CV final, iniciar de manera progresiva, la CV cercana es la primera que mejora siempre hay que tomarla, lo más difícil del parche es el cumplimiento, involucra a toda la dinámica familiar, citas cada 6 a 8 semanas. También comenta sobre los videojuegos y ambliopía.

Al llegar a la meta de capacidad visual disminuir el parche de manera paulatina.

El Dr. Lizárraga presenta algunos casos clínicos que ejemplifican los cambios que se deben considerar para mejorar los resultados.

Se procede a realizar una sesión de preguntas que enriquecen la presentación. La Dra. González sede la palabra al presidente del colegio quien agradece a los participantes y otorga reconocimientos.

En asuntos varios, se solicita ponerse al corriente de la cuota anual. Se invita al curso anual del Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco.

Se da por terminada la sesión y se invita a la cena con patrocinada por laboratorios Sophia



Dr. Mario Salvador García Contreras.
Presidente.



Dra. Beatriz Alvarado Castillo
Secretario