

## ADAPTACION DE LENTES DE CONTACTO EN OJOS INTERVENIDOS DE QUERATOPLASTIA

POR

HERNANDO HENAO R., O. D.

CARLOS TELLEZ D., O. D.

Bogotá, Colombia

En este trabajo tratamos de presentar en cuadros sinópticos, algunos resultados de la adaptación de lentes de contacto en ojos operados de Queratoplastia. Si bien ésta no presenta dificultades desde el punto de vista "tolerancia" del paciente, presenta algunos problemas técnicos peculiares, los cuales, deseamos poner de relieve así como los métodos de que nos hemos valido para resolverlos.

El criterio oftalmológico seguido en estos casos, ha sido muy estricto y en todos ellos a excepción del Caso N° 12, un mismo cirujano ha hecho la intervención. Decimos estricto ya que bajo la vigilancia médica, una serie de condiciones se han tenido en cuenta antes de que el cirujano conceptúe conveniente la indicación de prescribir lentes de contacto. Las condiciones exigidas han sido las siguientes:

- 1º Haber transcurrido 6 meses después de la operación.
- 2º Que el injerto no demuestre signos inflamatorios ni degenerativos.
- 3º Que la secreción lagrimal sea normal.
- 4º No obtener resultados satisfactorios con corrección óptica por medio de anteojos.

Desde el punto de vista oftalmológico hay que pensar que estos ojos intervenidos pueden presentar las complicaciones banales corrientes inherentes a la adaptación de lentes de contacto, pero que dada su condición de ojos con Queratoplastia, no pueden ser considerados al igual que casos no intervenidos, ya que las complicaciones pueden ser más severas y por lo tanto requieren una máxima atención.

La indicación primordial fue establecer condiciones aceptables para la visión binocular interferida en casi todos los casos por anisometropía meridional inducida, factor cilíndrico de Rx. óptica corriente (factor refractivo residual post-quirúrgico), como también mejorar los niveles de agudeza visual.

El defecto refractivo residual en Queratoplastia, creemos podrá reducirse en muchos casos, gracias a las nuevas técnicas quirúrgicas de talla óptica del injerto, cuya publicación hace el Dr. José I. Barraquer M., M.D., en este número de "Archivos de la Sociedad Americana de Oftalmología y Optometría".

El problema técnico en estos casos es que con los datos que habitualmente se obtienen para la prescripción, se obtienen lentes flojas, debido a que la zona que rodea al injerto, córnea receptora, tiene generalmente un radio de curvatura mucho menor (casos de queratocono), que el trasplante, lo cual crea un contorno periférico escalonado. La lente prescrita, en base de la lectura K, tiene un toque central, con un notorio vacío en la periferia, de tal modo que fácilmente se puede observar una burbuja alargada, al mover la lente horizontal o verticalmente. El control de esta burbuja es muy importante ya que las variaciones de lentes, al cambiarlos por bases de radio de curvatura menores, conducen a seleccionar un lente, con desplazamiento mínimo normal, sin que se presente la mencionada burbuja. (Desplazamientos estáticos y dinámicos, aunque es más fácil observar la burbuja en el estático).

El desplazamiento o "lag", no nos parece tener gran importancia en estos casos ya que hemos podido observar que no se presentan grandes variaciones, al probar lentes de diferentes radios de curvatura; generalmente, los bien tolerados, son lentes bastante fijos y desplazados discretamente hacia arriba, y para poder observar la burbuja en el vacío periférico hay necesidad de provocar manualmente un desplazamiento, el cual presenta en el estático inferior una mejor observación de la burbuja.

Es nuestra creencia, que con el reciente adelanto de los dispositivos usados en PEK (\*), se podrá determinar la curva periférica de la lente adecuada, ya que al usar tal instrumentación se podrá considerar el radio de curvatura de la córnea receptora, facilitando de esta manera, la selección y características de la lente definitiva. PEK trata de determinar el contorno corneal periférico y su anuncio fue hecho en el Tercer Congreso Nacional (U.S.A.)

El sistema que ahora hemos adoptado es el de caja de prueba, ya que el dato de la lectura K, (\*\*\*) nos dio en todos los casos, una lente bastante floja, con

(\*) PEK: Queratoscopia fotografía electrónica.

(\*\*\*) K: Lectura oftalmométrica en el meridiano más plano o de mayor radio de curvatura.

sus problemas característicos; las variaciones del radio de la base curva oscilan desde 0.50 dioptrías (Caso N<sup>o</sup> 1) hasta 7.00 dioptrías en un caso (N<sup>o</sup> 5) y siempre cambiando a lentes de radio de curvatura menor, consiguiendo por consiguiente lentes más ajustados. Los cambios en la Base-Curva también trajeron consigo una lente lagrimal la cual fue computada matemáticamente y comprobada posteriormente de una manera subjetiva; esto puede verse no solamente en los casos adaptados por oftalmómetro sino también en los adaptados por caja de prueba, el hacerse una comparación de la lectura K (lente lagrimal prácticamente 0.00) y también en la comparación de la Rx óptica habitual y la necesaria en los lentes de contacto.

El seleccionar un lente de mayor diámetro, pensamos, podría solucionar el problema de lente suelto, de que anteriormente hablamos, pero hemos observado que son muy frecuentes las alteraciones del epitelio de la córnea, (tanto receptora que como injerto), cuando se usan lentes grandes, en casos de Queratoplastia. (Consideramos lentes grandes aquellas mayores a 9.4 mms. de diámetro). También podría sugerirse la posibilidad de usar lentes Tri-Curves de tamaño mayor a 9.6, a fin de evitar las alteraciones epiteliales sobre anillo limitante y córnea receptora.

Se puede observar en el cuadro adjunto, que en todos los casos adaptados con base en el oftalmómetro, (excepción del N<sup>o</sup> 2 \* \* \*) hubo necesidad de cambiar el radio de curvatura de la base, por uno menor (casos 1-3-4-5), mientras que los casos adaptados por medio de la caja de prueba (teniendo en cuenta seleccionar una lente que no forme la burbuja anteriormente anotada), no tuvimos necesidad de hacer ningún cambio en la base originalmente seleccionada.

En el cuadro presentado también se puede observar, que lentes de diámetro superior a 9.5 mms., determinaron la presencia casi sistemática de alteraciones epiteliales, lo que nos indujo a reducir el diámetro y ampliar las curvas periféricas, para no interferir el libre intercambio del líquido pre-corneal. Esto es muy lógico al haber apretado los lentes por medio de la reducción del radio de curvatura.

## RESUMEN

Creemos que en la prescripción de lentes de contacto, en casos de Queratoplastia, el sistema más adecuado a seguir actualmente es el de caja de prueba con el fin de controlar la presencia o ausencia de burbuja sobre la córnea receptora en los desplazamientos provocados manualmente y determinar el tamaño del lente

(\*\*\*) Seguramente debido a la técnica quirúrgica en dos planos, tal como anotamos en el cuadro, también puede verse que la misma técnica quirúrgica fue seguida en el caso N<sup>o</sup> 11, y la comparación de la lectura K, tan solo presenta una diferencia que podríamos considerar mínima (0.50 D.)

de acuerdo con los controles posteriores de descamaciones epiteliales (observación bajo la lámpara de hendidura). Un tamaño aproximado de 9.5 mms. es aconsejable, pues facilita cualquier futura modificación. Consideramos que para una adaptación más precisa, se debe tener en cuenta el radio de curvatura de la córnea receptora. No creemos exista relación entre el tamaño del injerto y el del lente seleccionado como dato importante en la adaptación. Creemos que han de usarse lentes ajustadas, no controladas por el tamaño de la lente sino por el radio de curvatura de la base. (Lente lacrimal positivo).

Las condiciones de visión binocular se hicieron posibles en todos los casos y discretos problemas diplópicos iniciales desaparecieron en su mayoría sin necesidad de ortóptica.

En este trabajo presentamos nuestros primeros 16 casos. Hoy en día contamos con 19 casos más, los cuales están siendo tratados con las normas y criterio expuestos en este trabajo.

CALLE 58 N° 13-08