



CASO CLÍNICO

Síndrome de contracción capsular bilateral y precoz. Presentación de un caso



Oslay Mijail Tirado-Martínez, Arianna Hernández-Pérez*
y María del Carmen Rivas-Canino

Instituto Cubano de Oftalmología «Ramón Pando Ferrer», La Habana, Cuba

Recibido el 22 de octubre de 2014; aceptado el 12 de junio de 2015

Disponible en Internet el 29 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Cirugía de catarata;
Complicaciones;
Síndrome de
contracción capsular;
Nd:YAG láser;
Capsulotomía radial

KEYWORDS

Cataract surgery;
Complications;
Capsular contraction
syndrome;
Nd:YAG laser;
Radial capsulotomy

Resumen Se reporta el caso de un paciente varón de raza asiática, con historia de miopía elevada y cirugía de vítreo-retina en ambos ojos, a quien se le realizó cirugía de cataratas sin complicaciones transoperatorias en ambos ojos, y regresa con síndrome de contracción capsular bilateral al mes de operado. Se comenta la conducta seguida en ambos ojos.

© 2015 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Sociedad Mexicana de Oftalmología, A.C. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Early and bilateral capsular contraction syndrome: A case report

Abstract We report a case of an asian male patient with history of high myopia and vitreo-retinal surgery in both eyes who underwent uneventful cataract surgery in both eyes and returns with bilateral capsular contraction syndrome one month after surgery. We discuss both eyes management.

© 2015 Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Sociedad Mexicana de Oftalmología, A.C. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Instituto Cubano de Oftalmología «Ramón Pando Ferrer». Calle 76 e/ 31 y 41 Playa, Ciudad Habana, Cuba. Código Postal: 10 400. Teléfono: (53-7) 265 4800, 265 4806. Fax: (53-7) 267 0965.

Correo electrónico: ariannahdez@yahoo.es
(A. Hernández-Pérez).

Introducción

El síndrome de contracción capsular (SCC) se describe como una reducción exagerada del diámetro de la capsulorrexis y del saco capsular tras la extracción extracapsular del cristalino sin complicaciones. Estos cambios conducen a opacidad



Figura 1 Síndrome de contracción capsular simétrica grave en OD.

y plegamiento de la cápsula anterior residual con descen-trado del lente intraocular (LIO) y disminución de la agudeza visual¹.

Este cuadro clínico es considerablemente menos fre-cuente que la opacidad de la cápsula posterior, y se presenta típicamente después de los 3 meses de la cirugía. Sin embargo, se han reportado algunos casos en los que el sín-drome se presentó antes de los 30 días postoperatorios²⁻⁴.

Caso clínico

Paciente de 49 años, varón, asiático, con antecedentes generales de salud aparente y oftalmológicos de miopía elevada, operado de desprendimiento de retina del ojo derecho (OD) hace 13 años (plombaje supraescleral) y del ojo izquierdo (OI) hace 12 años (vitrectomía *pars plana* [VPP], con aceite de silicona que se le retiró 3 meses después). Acudió a consulta refiriendo disminución de la agu-deza visual de forma lenta y progresiva desde hacía varios años. Al examen oftalmológico se encontró agudeza visual sin corrección (AVsc) de cuenta dedos a 30 cm (OD) y 0.08 (OI), opacidad parcial del cristalino en ambos ojos (OD: NUC-2, COR-2, PSC-0 y OI: NUC-1, COR-2, PSC-3 según WHO/PBD *simplified cataract grading system*)⁵, y cambios en coroides y retina típicos de miopía elevada. La longi-tud axial fue de OD: 26.76 mm y OI: 27.29 mm. El resto del examen oftalmológico fue normal.

Se realizó facoemulsificación con anestesia tópica e intracameral con una semana de intervalo entre ambos ojos, sin complicaciones transquirúrgicas. Se implantó LIO+12.0D (SofTec HD, Lenstec Inc., EE. UU.) en OD y +11.5D (SofTec HD, Lenstec Inc., EE. UU.). A los 7 días postoperatorios tenía AVsc de 0.2 en ambos ojos. A las 2 semanas de la segunda cirugía el paciente refería disminución de agudeza visual y al mes fue referido a nuestra consulta con AVsc de 0.1 (OD) y CD a 30 cm (OI). Se diagnosticó SCC simétrico grave en OD (fig. 1) y asimétrico moderado en OI (fig. 2).

Se realizó capsulotomía anterior radial con Nd:YAG láser en ambos ojos, logrando la rotura del anillo fibroso y aumento del diámetro de la apertura capsular anterior del OD. Sin embargo, en el OI hubo subluxación del LIO que



Figura 2 Síndrome de contracción capsular asimétrico mode-rado en OI.



Figura 3 Aspecto del OD al mes del tratamiento (AVMC: 0.6).

fue necesario cambiarlo por otro de PMMA (HSP-55B, Aaren Inc. EE. UU.) y fijarlo a esclera con sutura de polipropileno azul monofilamento 10-0 (Alcon Laboratories, Inc. Texas, EE. UU.) debido a la gran inestabilidad zonal.

El paciente tenía una agudeza visual mejor corregida (AVMC) del OD de 0.6 y del OI de 0.3 al mes de la cirugía, que mantuvo sin modificación en la refracción dinámica rea-lizada a los 3 meses del tratamiento quirúrgico (figs. 3 y 4).

Discusión

Es un hecho que la apertura de la cápsula anterior del cris-talino disminuye en mayor o menor medida en todos los ojos tras la cirugía extracapsular de esta lente ocular donde se realizó capsulotomía circular continua^{6,7}. Sin embargo, solo se observa la contracción exagerada de la cápsula anterior residual del cristalino en los ojos con alguna comorbilidad asociada⁸.

Los múltiples factores de riesgo que se han relacio-nado con la aparición de este síndrome se pueden dividir en los que cursan con debilidad zonal (seudexfoliación, miopía elevada, retinosis pigmentaria, distrofia miotónica y edad avanzada), y las que cursan con aumento de la

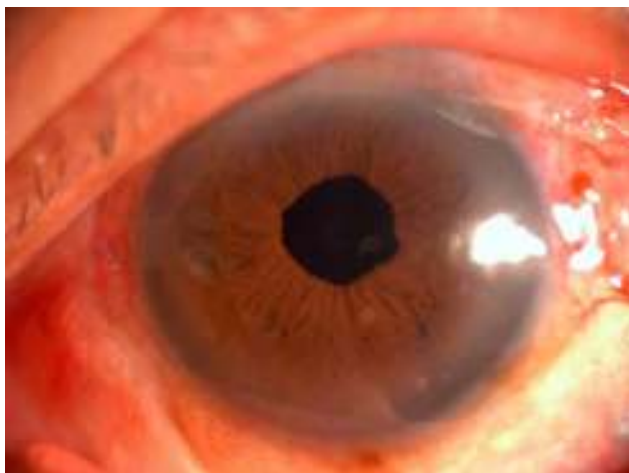


Figura 4 Aspecto del OI al mes del postoperatorio (AVMC: 0.3).

permeabilidad de la barrera hemato-acuosa (diabetes mellitus, glaucoma, uveítis y traumas oculares —incluye cirugías oculares: trabeculectomía, VPP—)^{2,9}.

Sin duda alguna, la pseudoexfoliación y la retinosis pigmentaria son los factores de riesgo que con mayor frecuencia se han asociado al SCC^{2,4,9}. La asociación con miopía elevada se ha reportado en escasas ocasiones^{3,10}.

En el caso que presentamos se suman varios factores de riesgo, pues se trata de un paciente con miopía elevada a quien previamente se le realizó cirugía vitreoretinal en ambos ojos. Igualmente, consideramos que la evolución desfavorable del OI tras el tratamiento con Nd:YAG láser pudo estar relacionado con la VPP previa que provocó daño zonular. La zónula debilitada debió facilitar la contracción asimétrica de la cápsula y esta, a su vez, mayor daño zonular, dando lugar a un círculo vicioso.

Resulta de interés destacar, que el corto intervalo de tiempo entre las cirugías de ambos ojos, en pacientes de raza asiática parecen ser variables que se repiten en la aparición de este síndrome³.

Conclusiones

Es conveniente tener un elevado índice de sospecha ante pacientes con factores de riesgo para la aparición de complicaciones poscirugía de catarata, como en el SCC, y actuar precozmente para minimizar las consecuencias y mejorar el pronóstico visual de nuestros pacientes.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Davison JA. Capsule contraction syndrome. *J Cataract Refract Surg.* 1993;19:582–9.
2. Jin-Poi T, Shatriah I, Khairy-Shamel ST, et al. Rapid anterior capsular contraction after phacoemulsification surgery in a patient with retinitis pigmentosa. *Clin Ophthalmol.* 2013;7:839–42.
3. Xiao W, Zhao DX, Xue LQ. Rapid bilateral anterior capsule contraction following high myopic cataract surgeries: A case report. *Int J Ophthalmol.* 2011;4:207–9.
4. Nikpoor N, Stone DU. Rapid capsular phimosis in retinitis pigmentosa. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging.* 2010;29, 41 online.
5. Thylefors B, Chylack LT, Konyama K, et al. A simplified cataract grading system. *Ophthalmic Epidemiol.* 2002;9:83–95.
6. Joo CK, Shin JA, Kim JH. Capsular opening contraction after continuous curvilinear capsulorhexis. *J Cataract Refract Surg.* 1996;22:585–90.
7. Hayashi K, Hayashi H, Nakao F, et al. Reduction in the area of the anterior capsule opening after polymethylmethacrylate, silicone, and soft acrylic intraocular lens implantation. *Am J Ophthalmol.* 1997;123:441–7.
8. Hansen SO, Crandall AS, Olson RJ. Progressive constriction of the anterior capsular opening following intact capsulorhexis. *J Cataract Refract Surg.* 1993;19:77–82.
9. Hayashi H, Hayashi K, Nakao F, et al. Anterior capsule contraction and intraocular lens dislocation in eyes with pseudoexfoliation syndrome. *Br J Ophthalmol.* 1998;82:1429–32.
10. Zhang ZD, Song Z, Chen D, et al. Bilateral capsule contraction syndrome following pathological myopic cataract surgeries. *Int J Ophthalmol.* 2012;5:406–8.