



## Hipertensión ocular facolítica de un caso atípico

### *Phacolytic* ocular hypertension an atypical case

**Lialys Santos Díaz,<sup>1</sup> Henry Pérez González,<sup>2</sup> Gianina Moreano Amaut,<sup>3</sup> Aimara Beades Martínez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médica. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Instructora. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [lialyssd@has.sld.cu](mailto:lialyssd@has.sld.cu)

<sup>2</sup> Médico. Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Profesor Auxiliar. Máster en Educación. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [drhenry@infomed.sld.cu](mailto:drhenry@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup> Médica. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [gianis09@hotmail.com](mailto:gianis09@hotmail.com)

<sup>4</sup> Médica. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Instructora. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [aimarabeades@nauta.cu](mailto:aimarabeades@nauta.cu)

**Recibido:** 31 de noviembre de 2017

**Aprobado:** 03 de marzo de 2018

---

### RESUMEN

**Introducción:** la hipertensión ocular facolítica es una afección en la cual se produce un aumento de la presión intraocular secundaria a obstrucción de la malla trabecular por depósito de proteínas cristalinas de alto peso molecular y macrófagos, en pacientes con catarata hipermadura.

**Caso clínico:** se presentó el caso de un paciente masculino de 68 años de edad, con hipertensión ocular facolítica en el ojo izquierdo, que durante la extracción del cristalino y la aspiración de restos corticales se constató que persistía material floculento de color blanco entre la cápsula posterior del cristalino y la hialoides anterior, por lo que se tuvo que realizar capsulotomía posterior con vitrectomía anterior e implante del LIO en sulcus. A pesar de los riesgos que esto supone se alcanzaron resultados quirúrgicos satisfactorios.

**Conclusiones:** la conducta definitiva ante todo caso con hipertensión ocular facolítica implica la extracción del cristalino, sin embargo, las características oculares propias del paciente deben ser valoradas de forma tal que la conducta a seguir pueda individualizarse a fin de obtener un resultado quirúrgico y una evolución favorable.

**DeCS:** PRESIÓN INTRAOCULAR; CATARATA; EXTRACCIÓN DE CATARATA; OFTALMOLOGÍA.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** *phacolytic* ocular hypertension is a condition where an increase in intraocular pressure is observed; which is secondary to the obstruction of the trabecular meshwork due to the deposition of high molecular weight crystalline proteins and macrophages in patients with hyper-mature cataract.

**Case report:** a 68-year-old male patient with facolytic ocular hypertension in the left eye was examined. During the extraction of the lens and the aspiration of cortical remains, it was found that white flocculent material persisted between the posterior capsule of the lens and the anterior hyaloids, a posterior capsulotomy with anterior vitrectomy and IOL implantation in sulcus had to be performed. Despite the risks involved, satisfactory surgical results were achieved.

**Conclusions:** the definitive behavior in any case with ocular facolytic hypertension involves the extraction of the lens; however, the patient's own ocular characteristics must be assessed in such a way that the behavior to be followed can be individualized in order to obtain a surgical result and a favorable evolution.

**DeCS:** INTRAOCULAR PRESSURE; CATARACT; CATARACT EXTRACTION; OPHTHALMOLOGY

---

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión ocular facolítica es una afección en la cual se produce un aumento de la presión intraocular secundaria a la obstrucción de la malla trabecular por el depósito de proteínas cristalinas de alto peso molecular y macrófagos, en pacientes portadores de una catarata hipermadura con cápsula anterior intacta pero permeable. <sup>(1,2)</sup>

La presentación clínica habitual de este cuadro consiste en dolor ocular intenso e hiperemia a predominio ciliar, de aparición repentina en un ojo con catarata avanzada e historia previa de disminución de la visión durante algún tiempo.

La córnea suele edematizarse, y en la cámara anterior se produce una intensa reacción proteica, con aparición de un material floculento y blanco, el cual puede adherirse a las estructuras del segmento anterior o depositarse en forma de pseudohipopion. La presión intraocular (PIO) suele elevarse considerablemente y el ángulo camerular se mantiene abierto. <sup>(2)</sup>

En los casos donde no se actúa precozmente o se mantiene por largos periodos de tiempo la hipertensión ocular es posible que se desarrolle como complicación un glaucoma facolítico, dada la aparición de alteraciones características de esta enfermedad en la cabeza del nervio óptico y el campo visual. <sup>(3)</sup>

El tratamiento inicial se basa en el control de la PIO a través de fármacos antiglaucomatosos y de la inflamación intraocular con corticoides tópicos y en ocasiones sistémicos y el definitivo consiste en la extracción del cristalino. <sup>(3,4)</sup>

La aparición de material facolítico detrás de la cápsula posterior del cristalino en el intraoperatorio es un hallazgo infrecuente; de presentarse puede constituir un reto para el cirujano de segmento anterior, que de no manejarse adecuadamente puede ensombrecer el pronóstico visual. Por estas razones se decide realizar una presentación de caso con el objetivo de describir el manejo intraoperatorio y la evolución clínica de un paciente con hipertensión ocular facolítica.

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente masculino de 68 años de edad con antecedentes generales de salud y oculares de cirugía de catarata en ojo derecho (OD) hace 4 años. Acude a consulta de oftalmología por dolor ocular intenso de aparición repentina y enrojecimiento del ojo izquierdo (OI).

Al interrogatorio se recogió el dato de mala visión por el ojo afecto, de largo tiempo de evolución. Al examen físico oftalmológico se constató:

Agudeza visual sin corrección (AVSC): OD 1.0 OI Percepción de luz (PL).

Agudeza visual con corrección (AVCC): OD 1.0 OI PL .

Biomicroscopía del segmento anterior con lámpara de hendidura:

OD pseudofaquia; OI córnea edematosa, cámara anterior amplia con intensa reacción proteica y presencia de material floculento de color blanco que imposibilitan observar detalles del iris y el cristalino.

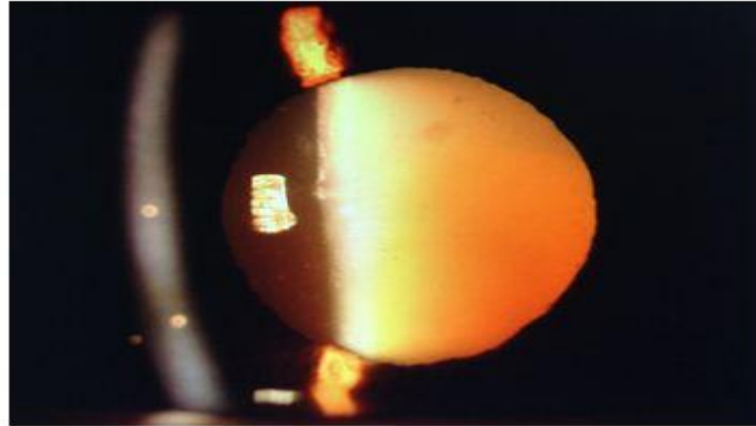
Oftalmoscopia a distancia: Ausencia del reflejo rojo naranja de fondo en OI

Fondo de ojo: no visible por opacidad de medios en OI.

PIO: OD 18 mmHg, OI 38 mmHg

Por los datos recogidos al interrogatorio y el examen físico se planteó como impresión diagnóstica una hipertensión ocular facolítica del OI.

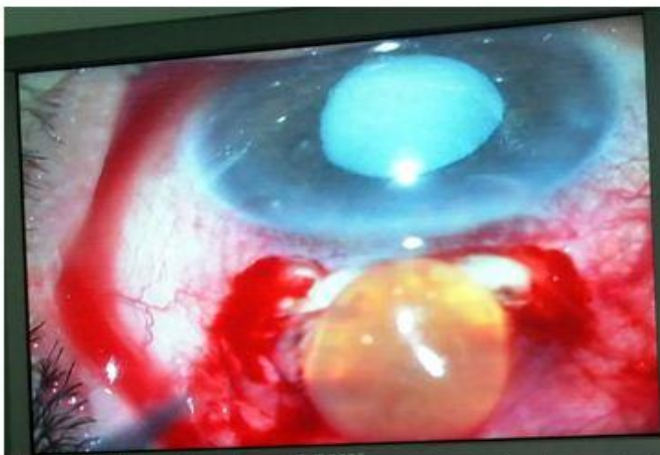
Se decidió comenzar tratamiento médico con Dorsolamida 2 % + Timolol 0,5 % (colirio), 1 gota cada 12 horas; prednisolona 0,5 % (colirio), 1 gota cada 2 horas, ambas en OI, y prednisolona (tabletas 20 mg), 2 tabletas diarias a las 8 am. Tras una semana de evolución se observa mejoría del cuadro clínico y compensación de la PIO, por lo que se confirma el diagnóstico al observarse una catarata hipermadura (Fig. 1).



**Fig. 1** Catarata hipermadura

Se decidió realizar línea preoperatoria de catarata para OI y luego se planificó cirugía (extracción del cristalino con implante de lente intraocular (LIO).

En el transoperatorio se constató tras extracción del cristalino y la aspiración de restos corticales que persistía material floculento de color blanco entre la cápsula posterior del cristalino y la hialoides anterior (Fig. 2 y 3), por lo que se decidió realizar intencionalmente capsulotomía posterior + vitrectomía anterior e implante del LIO en sulcus.



**Fig. 2** Extracción de cristalino y presencia de material blanquecino en saco capsular y retrocapsular.



**Fig. 3** Persistencia de material blanquecino retrocapsular.

A las 24 horas, siete días y un mes se observó una evolución satisfactoria del segmento anterior. En consulta de la semana se suspenden hipotensores oculares, siendo preciso retomarlos al mes por persistencia de hipertensión ocular.

A los tres meses de la cirugía se realizó:

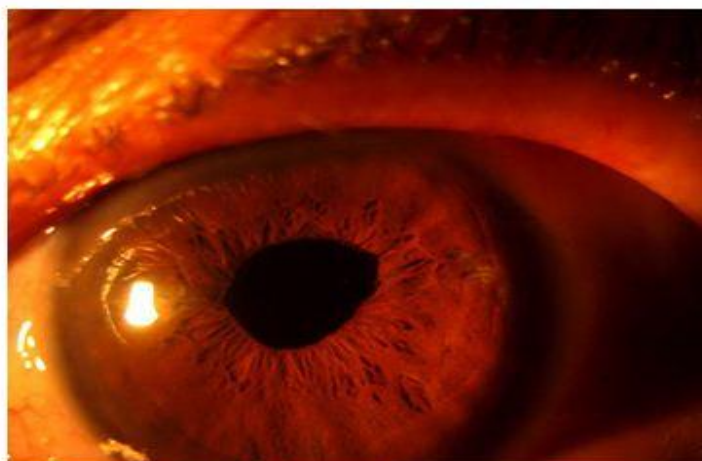
AVSC: OD: 1.0, OI: 0,6.

AVCC: OD: 1.0, OI: (-1,25 x 90°) 1.0 .

LH: Pseudoafaquia OI, LIO centrado en sulcus y capsulotomía posterior (Fig. 4).

Fondo de ojo: no se encontraron alteraciones glaucomatosas.

PIO: OD 14 mmHg, OI 17 mmHg (bajo tratamiento con Dorsolamida 2 % + Timolol 0,5 % (colirio), 1 gota cada 12 horas en OI)



**Fig. 4** Pseudoafaquia en sulcus

## DISCUSIÓN

La hipertensión ocular facolítica es más frecuente en países poco desarrollados donde los pacientes con catarata suelen acudir a consulta oftalmológica en estadios avanzados. <sup>(2)</sup>

La hipermadurez del cristalino trae consigo que la cápsula de este se haga permeable a proteínas de alto peso molecular a pesar de estar intacta; generalmente se describe la mayor porosidad de la cápsula anterior, por la implicación que atañe este hecho sobre la malla trabecular y la consiguiente hipertensión ocular. <sup>(5)</sup>

La permeabilidad de la cápsula posterior se hace evidente en el intraoperatorio cuando una vez aspirados los restos corticales persiste la presencia de material blanquecino entre esta y la membrana hialoidea anterior; de no ser eliminado puede verse afectado el resultado visual final. El uso de esteroides no es suficiente para eliminar este material, por lo que se hace necesario realizar una capsulotomía posterior.

La manipulación de la cápsula posterior durante la capsulotomía generalmente trae consigo la pérdida de vítreo, pues esta cápsula es muy delgada, al carecer de un material fibrogranular, identificado como laminina. <sup>(6)</sup>

La ruptura de cápsula posterior, aunque intencional, y la vitrectomía anterior pueden traer consigo serias complicaciones oculares de no ser realizadas por un personal bien entrenado. Durante este procedimiento es posible que pueda ocurrir desprendimiento coroideo, de retina o hemorragia supracoroidea, que ponen en riesgo la visión del paciente, y el implante en sulcus puede predisponer a subluxación o luxación del LIO. <sup>(7,8)</sup>En el presente caso no fueron observadas ninguna de estas complicaciones.

En pacientes con hipertensión ocular facolítica si el proceso no es revertido en estadios iniciales puede hacerse irreversible el daño trabecular y traer consigo la aparición del daño glaucomatoso. Se recomienda en estos casos mantener el tratamiento tópico antiglaucomatoso si una vez extraído el cristalino persiste una PIO elevada, como se observó en el caso presentado. De no existir compensación de la PIO con esta opción de tratamiento puede ser valorada la cirugía incisional. <sup>(5,9)</sup>

Como se ha planteado hasta el momento, la conducta definitiva ante todo caso con hipertensión ocular facolítica implica la extracción del cristalino, sin embargo, las características oculares propias del paciente deben ser valoradas de forma tal que la conducta a seguir pueda individualizarse a fin de obtener un resultado quirúrgico y una evolución favorable. Ante casos complejos, además, se hace necesaria la resolución del mismo por un cirujano experto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eguía F, Río M, Capote A. Manual de diagnóstico y tratamiento en oftalmología. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. p. 319-21. [Citado 2017 nov 08]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/222067405/Manual-de-Diagnostico-y-Tratamiento-Oftalmologico-Completo>
2. American Academy of Ophthalmology. Clinical and basic science course: Lens and Cataract. 2014-2015. San Francisco: The Eye MD Association; 2014. Citado 2017 nov 08]. Disponible en: [http://www.officinadelconteruggero.com/2014\\_2015\\_basic\\_and\\_clinical\\_science\\_course\\_bcsc\\_section\\_11\\_download.pdf](http://www.officinadelconteruggero.com/2014_2015_basic_and_clinical_science_course_bcsc_section_11_download.pdf)
3. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 7ma ed. Barcelona: Elsevier S.A; 2012. p. 364-6.
4. Riordan-Eva P, Whitcher J. Vaughan & Asbury's General Ophthalmology. 18th ed. USA: The McGraw-Hill Companies; 2012. p. 244.
5. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course: Glaucoma. 2014-2015. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2014. p. 90-1.
6. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course: Fundamentals and principles of Ophthalmology. 2014-2015. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2014. p. 65.
7. Vidal Candela MT, Elvira Cruaños JC. Vitrectomía anterior. En: Belmonte Martínez J, Campos Mollo E, Belmonte Martín J. Atlas de técnicas complejas en la cirugía del segmento anterior. Barcelona: Elsevier S.L; 2013. p. 93-4. <http://booksmedicos.me/atlas-de-tecnicas-complejas-en-la-cirurgia-del-segmento-anterior/>
8. Arzabe CW, Arévalo JF, Lavaque A, Demeterio C, Arzabe W Hampton Roy F. Rotura Capsular Posterior. En: Centurion V, Nicoli C, Chávez E (ed). Cristalino de las Américas: La Cirugía del Cristalino Hoy. 2da ed. Panamá: Jaypee-Highlights; 2015. p. 749-60.
9. Fernández Argones L, Piloto Díaz I, Domínguez Randulfe M. Glaucoma Temas quirúrgicos. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2013. <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/glaucoma-temas-quirurgicos/>

**Lialys Santos Díaz:** Médica. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Instructora. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***