



CATARATA

La catarata es la opacidad del cristalino que afecta su corteza o el núcleo, generalmente con tendencia a progresar.

Es una de las entidades oftalmológicas más importantes, por la disminución de la agudeza visual que provoca y por lo extendida que se encuentra en todo el mundo.

La recuperación visual del paciente es factible en un alto porcentaje, gracias a las modernas técnicas quirúrgicas existentes en la actualidad. No obstante, en diversas partes del mundo subdesarrollado existen muchas personas ciegas por no contar con los medios necesarios para su tratamiento.

CLASIFICACIÓN

Esta enfermedad puede dividirse en dos grandes grupos: cataratas adquiridas y cataratas congénitas. A su vez, entre las cataratas adquiridas se encuentran las cataratas traumáticas, las tóxicas y las secundarias, así como las cataratas relacionadas con la edad o cataratas seniles, y las cataratas preseniles.

Cataratas relacionadas con la edad

En la figura 13.1 se muestra la catarata senil o relacionada con la edad.

1. Cataratas subcapsulares:
 - a) Catarata subcapsular anterior. Está situada directamente por debajo de la cápsula del cristalino y se asocia con la metaplasia fibrosa del epitelio anterior de este.
 - b) Catarata subcapsular posterior. Está situada frente a la cápsula posterior y se asocia con la migración posterior de las células epiteliales del cristalino. Los pacientes con esta opacidad sufren molestias, debido a los destellos de luz que se les acercan de frente.

2. Catarata nuclear. Es la que se localiza en el núcleo del cristalino; suele asociarse con la miopía, como resultado de un aumento del índice de refracción del núcleo del cristalino y también con una mayor alteración esférica. Algunos pacientes ancianos con cataratas nucleares pueden ser capaces de volver a leer sin gafas, debido a la miopía inducida (miopía de índice) (Fig. 13.2).
3. Catarata cortical. Afecta la corteza anterior, posterior o ecuatorial. Las opacidades empiezan como vacuolas o hendiduras entre las fibras del cristalino. La opacificación posterior da lugar a la formación de las opacidades típicas en rayos de bicicleta.
4. Catarata en árbol de navidad. Es infrecuente. Se caracteriza por depósitos llamativos, policromáticos, como agujas, en la corteza profunda y el núcleo. Todas estas opacidades del cristalino pueden visualizarse al examinar al paciente por oftalmoscopia a distancia, así como por el especialista a través del biomicroscopio o lámpara de hendidura, y pueden progresar a la madurez, de manera que el cristalino se vuelve opaco.
5. Catarata hipermadura. Es aquella en la que la pérdida de agua ha dado lugar a la contracción de la catarata y a la aparición de arrugas en la cápsula anterior.
6. Catarata morgagniana. Es una alteración hipermadura, en la que la licuefacción total de la corteza ha permitido que el núcleo se hunda hacia abajo.

Cataratas preseniles

Las cataratas preseniles pueden asociarse con las enfermedades sistémicas siguientes:

- *Diabetes*. Puede dar lugar a la sobrehidratación osmótica del cristalino y al desarrollo de opacidades anteriores o posteriores; son bilaterales, blancas y puntiformes, o como copos de nieve.
- *Distrofia miotónica*. Se asocia inicialmente con gránulos policromáticos finos, que son seguidos de opacidades subcapsulares posteriores estrelladas. Se presentan en el 90 % de los pacientes, generalmente después de los 20 años de edad, pero no interfieren en la visión hasta alrededor de los 40 años.
- *Dermatitis atópica*. Se asocia con dos tipos de catarata:
 - Catarata en escudo. Consta de una placa subcapsular anterior densa, que arruga la cápsula anterior.
 - Catarata subcapsular posterior. Muy parecida a una catarata complicada.
- *Neurofibromatosis tipo II*. Se asocia con una catarata presenil subcapsular posterior o cortical posterior.

Cataratas traumáticas

Los traumatismos son la causa más frecuente de catarata unilateral en personas jóvenes. Las opacidades del cristalino pueden estar causadas por los siguientes tipos de lesiones:

- Lesión penetrante directa.
- Contusión.
- *Shock* eléctrico y rayos (son causas raras).
- Radiaciones ionizantes: a causa de tumores oculares.

Cataratas tóxicas

Los corticoides, sistémicos o tópicos, son cataratogénicos. Las opacidades del cristalino comienzan primero como subcapsulares posteriores y luego se afecta la región subcapsular anterior. La relación exacta entre la dosis total y la duración de la administración de los corticoides sistémicos o tópicos y la formación de la catarata no está precisada.

La clorpromazina puede causar depósitos de gránulos finos amarillogrisáceos en la cápsula anterior del cristalino. Los depósitos en el cristalino están relacionados con la dosis y pueden asociarse con depósitos granulares difusos sobre el endotelio y el estroma profundo de la córnea.

Los mióticos, particularmente los inhibidores de la colinesterasa, si se usan durante un tiempo prolongado, pueden causar unas vacuolas subcapsulares anteriores diminutas y, en ocasiones, opacidades más avanzadas.

Las sales de oro, empleadas a veces para tratar a pacientes con artritis reumatoide, hacen que se presente en el 50 % de los pacientes, depósitos capsulares anteriores en el cristalino que son inocuos.

Cataratas secundarias

Las cataratas secundarias o complicadas se desarrollan como resultado de otra enfermedad ocular. A continuación se describen algunas de estas afecciones.

Uveítis anterior crónica. Es la causa más frecuente de catarata secundaria. El hallazgo más precoz es un brillo policromático en el polo posterior del cristalino; luego aparecen opacidades subcapsulares anteriores y posteriores, y el cristalino puede volverse completamente opaco.

Glaucoma de ángulo cerrado congestivo agudo. Se observan pequeñas opacidades subcapsulares o capsulares, blancogrisáceas y anteriores en la zona pupilar.

Miopía alta. Suele asociarse con las opacidades posteriores del cristalino, así como con el desarrollo precoz de esclerosis nuclear. Un cambio miópico en la refracción precede, con frecuencia, la aparición de catarata nuclear.

Distrofias hereditarias del fondo de ojo. La retinitis pigmentaria, amaurosis congénita de Leber y atrofia gyrata, pueden asociarse con opacidades subcapsulares posteriores del cristalino.

Cataratas congénitas

1. *Catarata pulverulenta central.* Es una opacidad esferoidal pequeña, de 1 a 4 mm de diámetro, dentro del núcleo del cristalino y con un centro más claro.
2. *Catarata nuclear.* Consiste en una opacidad de la zona central, entre las suturas del cristalino en forma de Y anterior y posterior. Las cataratas nucleares son bilaterales en las dos terceras partes de los pacientes y suelen asociarse con microftalmos y microcórnea.
3. *Catarata laminar.* Se caracteriza por una opacidad que se encuentra emparejada entre el núcleo y la corteza transparentes, y que puede asociarse con bridas. Las asociaciones sistémicas son galactosemia, hipocalcemia e hipoglicemia.
4. *Catarata de las suturas del cristalino.* Sigue a las suturas en Y (anterior o posterior).
5. *Catarata coronaria o supranuclear.* Consiste en opacidades redondas en la corteza profunda que rodea el núcleo como una corona.
6. *Catarata polar.* Se clasifica en catarata polar anterior y catarata polar superior.
 - a) *La catarata polar anterior* puede afectar solamente la cápsula, o puede ser piramidal y proyectarse dentro de la cámara anterior. Las asociaciones oculares son: membrana pupilar persistente, lentícono anterior, anomalía de Peters y aniridia (Fig.13.3).
 - b) *La catarata polar posterior* puede afectar solamente la cápsula, o puede formar una placa y proyectarse hacia el vítreo. Las asociaciones oculares ocasionales son: restos hialoideos persistentes, lentícono posterior y vítreo primario hiperplásico persistente (Fig.13.4).
7. Las opacidades focales de puntos azules son extremadamente comunes e inocuas y pueden coexistir con otros tipos de cataratas congénitas.
8. *Catarata membranosa.* Es muy rara y ocurre cuando el material lenticular se reabsorbe total o parcialmente, dejando atrás un material del cristalino, de aspecto blanco tiza, entre las cápsulas anterior y posterior.

Causas de las cataratas congénitas

Las causas de las cataratas congénitas pueden ser metabólicas, como en la galactosemia, deficiencia de galactoquinasa, mannosidosis, hipocalcemia neonatal e hipoglicemia; por infecciones intrauterinas, como la rubéola congénita, la

toxoplasmosis, los citomegalovirus, el virus del herpes simple y varicela, y pueden deberse a síndromes sistémicos, como el síndrome de Lowe (oculocerebrorenal), y trastornos cromosómicos. Existe otro grupo que se debe a la herencia sin anomalía sistémica, el cual ocupa una tercera parte; la forma de herencia más frecuente es la autosómica dominante.

Síntomas

La persona que comienza a padecer catarata, generalmente se queja de que ve sombras o puntos que se mantienen estacionarios para cualquier posición del ojo, pues acompañan los movimientos y el reposo de este.

El paciente puede referir que ve doble: puede presentar diplopía o poliopía, es decir, puede ver los objetos multiplicados; la agudeza visual disminuye gradualmente. En algunos casos se presenta miopía de índice; cuando la opacidad no es muy densa, permite al paciente leer sin espejuelos correctores.

La disminución de la agudeza visual depende de la situación y extensión de la catarata: es mayor cuando la opacidad es central, y menor, cuando la opacidad es periférica. Cuando la opacidad es central, el paciente ve mejor con poca iluminación o con la pupila dilatada. El progreso de la catarata acentúa la disminución de la agudeza visual, hasta que queda reducida a una mera percepción de luz. En todos los casos, sin embargo, el paciente debe percibir rápidamente la luz, y deberá indicar con exactitud la dirección desde la cual es proyectada.

Signos

Al examen con iluminación oblicua se observará una opacidad grisácea o blanquecina sobre un fondo negro y en la oftalmoscopia a distancia, una opacidad negra sobre el fondo rojo anaranjado.

Si la catarata es progresiva, la opacidad aumenta en tamaño y extensión, la pupila aparece grisácea y no hay reflejo de fondo. La posición de la opacidad del cristalino y la extensión de la misma, se estudia por el especialista por medio del biomicroscopio, con la pupila dilatada.

Si hay tumefacción de la catarata, el cristalino aumenta de tamaño y la cámara anterior se reduce en profundidad. En los ojos predispuestos puede aparecer una hipertensión ocular con carácter secundario.

Cuando nos encontremos frente a un paciente con una catarata diagnosticada, o ante la sospecha de la misma, debemos remitirlo para una consulta especializada, para así poder lograr la terapéutica más adecuada, sobre todo si se trata de un niño, pues en este caso la agudeza visual no se puede valorar; si se trata de un recién nacido, hay que poner mayor confianza en la densidad y morfología de la opacidad, otros hallazgos oculares asociados y el comportamiento visual del niño, para determinar si la catarata es significativa visualmente o no.

Tratamiento de la catarata

Ningún tratamiento medicamentoso ha demostrado su efectividad en la desaparición de la catarata; el único tratamiento posible es el quirúrgico.

La ausencia del cristalino se llama afaquia y obedece a una de estas tres causas: quirúrgica, traumática y congénita.

El momento quirúrgico de la catarata depende fundamentalmente del grado de afectación de la agudeza visual que presenta el paciente, de su nivel cultural, de la ocupación y del estado general del mismo. En el caso de las cataratas congénitas, el tratamiento debe ser lo más precoz posible, para lograr un desarrollo visual adecuado en el niño.

Las dos técnicas quirúrgicas empleadas con mayor frecuencia, para eliminar una catarata relacionada con la edad, son:

1. Extracción extracapsular del cristalino opacificado.
2. Facoemulsificación.

En ambas se implanta un lente intraocular de cápsula posterior. Estas técnicas se realizan en nuestro país.