

**JUAN SÁNCHEZ, ESPECIALISTA EN CIRUGÍA REFRACTIVA Y CATARATAS DEL INSTITUTO BALEAR DE OFTALMOLOGÍA (IBO)**

“La cirugía de la vista cansada varía según el sistema óptico, por eso el tratamiento debe hacerse de forma individualizada”

Al cumplir los cuarenta años nuestros ojos comienzan a no enfocar imágenes de cerca de la misma manera que lo hacían antes. Este fenómeno se denomina vista cansada o presbicia. Uno de los retos de la oftalmología, desde hace años, es restaurar la capacidad de enfoque que pierde el ojo con el paso del tiempo.

SUSANA FERNÁNDEZ

**P.- ¿Qué avances se están dando en la cirugía de la vista cansada?**

R.- La presbicia está siendo abordada desde hace años tanto desde el punto de vista del tratamiento de la córnea (lente anterior del ojo) mediante láseres o termocoagulación, como a través de la sustitución de la lente interna (el cristalino).

**P.- Todos los pacientes presbitas son candidatos a este tipo de cirugía.**

R.- La presbicia se produce de forma gradual, empezando alrededor de los 40 años (desenfoques de 0.5 dioptrías) y alcanzando la pérdida total de enfoque a los 55 años (tres dioptrías). A nosotros nos gusta empezar la cirugía a partir de los 50 años de media, en paciente hipermetropes altos, debido a que el deterioro del desenfoque es más precoz e intenso.

**P.- ¿Qué tipo de cirugías y para qué pacientes se interviene en la presbicia?**

R.- Deberíamos hacer dos grandes grupos, aunque por supuesto necesitaríamos varios capítulos de un libro para desarrollar todo el temario. En primer lugar, debemos hablar de los pacientes con presbicia ‘pura’, es decir, aquellos donde su visión lejana no requiere del uso de gafas. El segundo grupo son los pacientes que necesitan corrección óptica para el enfoque de lejos, estos a su vez se dividen en tres grupos: hipermetropes, miopes y astigmáticos.

**P.- Podría explicarnos en qué consiste la cirugía de los hipermetropes.**

R.- Estos pacientes se benefician de la última tecnología con láser de femtosegundos ‘Presbycor’, tallamos cinco anillos centrales en la lente anterior del ojo, en una zona de 3mm sobre la lente anterior del

ojo (córnea). La cirugía se efectúa con anestesia en gotas es completamente indolora y dura 30 segundos por ojo. Recomendamos realizar un ojo y al cabo de un tiempo el segundo (este hecho es necesario hacerlo en el 70 por ciento de los pacientes). Solo los pacientes con una presbicia media y una hipermetropía muy baja se benefician de esta técnica, aunque las indicaciones están incrementándose rápidamente. Esta técnica se realiza en el interior del espesor corneal, por lo que no necesita de cuidados en el postoperatorio. El tiempo de recuperación de la visión cercana es algo variable, teniendo que esperar de una a seis semanas de media, para evaluar el efecto del tallado.

**P.- Y, en lo que se refiere a la Hipermetropía y Presbicia.**

R.- Debemos dividirlos en hipermetropes bajos, medios y altos. Para los primeros podemos utilizar el ‘Presbylasik’ se realiza con el láser de excímero. Éste moldea la córnea mediante la sustracción de tejido de la lente anterior del ojo. La diferencia es que el anterior (femtosegundos) realiza un tallado sin sustracción de tejido (cortes circulares), y este utiliza el sistema clásico del láser de la miopía, es decir, un pulido selectivo de la lente, en este caso para convertirla en multifocal.

**P.- En pacientes con hipermetropías de +4 dioptrías o superior, ¿qué se hace?**

R.- En estos pacientes preferimos el uso de lentes multifocales, es decir, sustituimos el cristalino humano, al igual que en la cirugía de cataratas, pero en este caso no es por una pérdida de transparencia de dicha lente interna, sino para sustituir una lente que ha dejado de funcionar parcialmente. Así corregimos con dichas lentes (difractivas apodizadas-asféricas) tanto la corrección de lejos como de cerca. En muchos casos la visión intermedia queda ligera-



Juan Sánchez, Especialista en Cirugía Refractiva y Cataratas del Instituto Balear de Oftalmología (IBO)

mente hiperconvergiada. El paciente debe acercarse demasiado a la pantalla del ordenador, por lo que para ciertas tareas necesita del apoyo de gafas.

**P.- Miopía y presbicia.**

R.- En estas personas podemos realizar la técnica de Monovisión, es decir, el paciente miope ve muy bien de cerca según el número de dioptrías, es así cuanto más miope es su punto de enfoque cae todavía más próximo. El paciente que tiene dos dioptrías ve bien a 50 cm, el que tiene 10 a 10cm, pero solamente a esa distancia. En estos pacientes la presbicia se desarrolla igual, pero el paciente la sufre quitándose las gafas y aprovechando que su punto focal remoto es muy cercano, pero el enfoque o zoom del ojo falla igual. En estos casos podemos corregir un ojo para ver de lejos (con el láser excímero) y el otro no corregirlo y dejarlo para visión cercana, el paciente así sitúa de forma lateral el papel para poder leerlo.

**P.- ¿Qué otra opción existe?**

R.- La otra opción es la corrección simultánea de miopía y presbicia mediante el implante de una lente multifocal. Esta se

realiza con el paciente despierto, con anestesia en gotas y no requiere de ingreso. Habitualmente, lo realizamos de forma unilateral con un intervalo de una o dos semanas entre ojos por motivos de seguridad.

**P.- Astigmatismo y presbicia**

R.- Este último grupo puede abordarse de dos maneras diferentes. Hasta ahora realizábamos la extracción del cristalino transparente que al igual que los grupos anteriores había dejado de funcionar y a los tres meses abordar el astigmatismo residual con el láser de excímero. Normalmente, el astigmatismo es conoal, es decir que la lente más externa tiene una forma algo “ovalada”, con el LASIK moldeamos la córnea y le damos una forma esférica. Desde hace pocos meses las lentes intraoculares multifocales también se fabrican en el formato teórico, es decir, que la lente intraocular también corrige el astigmatismo así como la vista cansada. Esta sería la última novedad en lentes intraoculares de este tipo.

**P.- ¿Deben cambiarse este tipo de lentes?**

R.- La ventaja de las lentes descritas en todas las categorí-

as anteriores, es que son de un material plástico que no sufre variaciones ni deterioros, por tanto las lentes son para toda la vida. La prescripción que llevan las lentes no variará nunca.

**P.- ¿Qué sucede si el paciente desarrolla cataratas?**

R.- Tal y como explicábamos anteriormente la lente que se extrae en este tipo de cirugías es el cristalino. En este caso, porque ya no funciona, es decir, ya no enfoca. La catarata es la pérdida de transparencia de esta, como ya no hay cristalino no puede haber catarata, es decir el paciente se ‘ahorra’ la posible cirugía futura.

**P.- Ya vemos que las cosas han cambiado bastante en este campo en poco tiempo. ¿Cuál es el consejo que le daría a una persona que quiere realizarse una cirugía de vista cansada?**

R.- Lo mejor es que acudan a un centro donde exista la especialidad de cirugía refractiva y el especialista les indique cual es su mejor opción. Hemos visto previamente que las técnicas varían según el sistema óptico de cada persona, por eso el tratamiento debe hacerse de forma individualizada.