UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CATARATAS CONGENITAS

Estudio Retrospectivo, en Pacientes del Hospital de Ojos y Oídos. Doctor Rodolfo Robles. Del Comité Nacional de Prociegos y Sordomudos. Años 1973 a 1977

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

LUBIA ELIZABETH NAJERA SAN JOSE DE GARCIA ANDRADE

En el acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo 1978

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODO
4. DESCRIPCION DE CATARATAS CONGENITAS
5. ANALISIS
6. CONCLUSIONES
7. RECOMENDACIONES
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Catarata; es una opacidad del cristalino, con deterioro de la visión, la cual podrá ser poco manifiesta ó marcada.

Fué Descartes el primero en asegurar que los cambios de forma del cristalino son causa de la acomodación. (6)

Antonio van Leuwen Boeck de Holanda (1632-1723), fué el fundador de la Microscopía anatómica y estudió los tejidos del ojo, descubriendo en él, entre otras cosas, los bastones de la retina y las fibras del cristalino. (6)

Purkinje (1789-1869); descubrió las imágenes que llevan su nombre y que sirvieron para localizar la cara anterior de la córnea y las caras anterior y posterior del cristalino. (6)

La CATARATA CONGENITA, es la que se desarrolla in utero, y está presente desde el nacimiento. La mayoría son bilaterales y determinadas genéticamente, presentando un patrón dominante.

La CATARATA CONGENITA; puede tener varias etiologías; infecciosas, hereditarias, metabólicas etc., puede presentarse sola o estar asociadas a otras anomalías oculares o sistémicas. Algunas veces son tan evidentes por presentar la pupila blanca (leucocoria) pero debe sospecharse siempre que halla disminución de la Agudeza Visual, estrabismo, nistagmo, cambios en la percepción de los colores especialmente el azul y amarillo, cuando halla historia familiar, anomalías sistémicas asociadas o cualquiera de los Síndromes con los cuales se asocia la Catarata Congénita.

La CATARATA CONGENITA, puede quedar estacionaria o progresar hasta el punto de necesitar cirugía.

El tratamiento depende de varios factores: Agudeza Visual, Tipo de Catarata, Bilateralidad, Anomalías Asociadas, Coeficiente Intelectual y otros. Por lo que es importante una buena evaluación

inicial ya que muchos logran visión aceptable con Ciclopéjicos y lentes; y si amerita cirugía, operarla tempranamente, para un mejor pronóstico visual.

El objetivo principal de éste trabajo, es dar una idea de lo que son LAS CATARATAS CONGENITAS, para lo cual se efectuó revisión retrospectiva de 161 casos, en pacientes del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles. Años 1973 a 1977.

OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Ampliar conocimientos de CATARATAS CONGENITAS.

2. Conocer el número de casos de CATARATAS CONGENITAS, durante 5 años (1973 a 1977) en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles.

B. ESPECIFICOS:

1. Conocer la prevalencia de Sexo en las CATARATAS CONGENITAS.

2. Conocer el grupo etareo más afectado en sus manifestaciones clínicas.

3. Determinar el predominio de procedencia de los pacientes.

4. Conocer la influencia heredo-familiar respecto al grupo afectado.

5. Conocer el Motivo de Consulta más frecuente.

6. Conocer los hallazgos clínicos más frecuentes.

7. Investigar la patología congénita asociada.

8. Conocer los logros terapeúticos.

METODO Y MATERIALES

1. METODO:

METODO CIENTIFICO:

METODOLOGIA: Se efectuó el presente estudio retrospectivo, durante cinco años (1973 a 1977) en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles. Para lo cual se revisaron las historias clínicas con diagnóstico principal de CATARATA CONGENITA.

Se analizaron los siguientes parámetros: Sexo, Edad del Paciente, Procedencia, Raza, Antecedentes Heredo Familiares, Síntomas referidos en el Motivo de Consulta, Signos de Ingreso, Agudeza Visual, Diagnósticos de Ingreso, Tratamiento Establecido, Anomalías Congénitas Asociadas, Evolución.

2. MATERIALES:

A. HUMANO:

1. Personal del Archivo del Hospital Rodolfo Robles.
2. Personal Médico y Paramédico del Hospital Rodolfo Robles.
3. Pacientes del Hospital Rodolfo Robles.

B. MATERIALES:

1. Fichas Clínicas del Archivo del Hospital Rodolfo Robles.
2. Biblioteca del Hospital Rodolfo Robles.
3. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
4. Biblioteca de Post-grado de Oftalmología. Hospital Roosevelt.
5. Hoja de Tabulación de datos.

HOJA DE TABULACION

1. No. de Historia Clínica
2. Sexo.
3. Edad.
4. Procedencia.
5. Raza.
6. Antecedentes Heredo-Familiares.
7. Síntomas Referidos en el Motivo de Consulta.
8. Signos de Ingreso.
9. Agudeza Visual.
10. Diagnóstico de Ingreso.
11. Tratamiento establecido.
12. Anomalías Congénitas Asociadas.
13. Evolución.

CATARATAS CONGENITAS

EMBRIOLOGIA:

La placoda del cristalino, se forma con las células superficiales del ectodermo que en etapa inicial se hallaban en contacto con la vesícula óptica.

El ectodermo ulteriormente se invagina y se convierte en la vesícula del cristalino. Durante la quinta semana de vida intrauterina, la vesícula del cristalino deja de estar en contacto con el ectodermo de la superficie y se situa en la boca del cáliz ocular. Poco después de formarse la vesícula del cristalino, las células de la pared posterior comienza a eloganrse hacia adelante y forman fibras largas que poco a poco llenan el interior de la vesícula. Hacia el final de la séptima semana, estas fibras primarias del cristalino alcanzan el epitelio de la pared anterior de la vesícula y forman el llamado núcleo del cristalino. Sin embargo el crecimiento del cristalino no termina en esta etapa, pues a la porción central se añaden constantemente nuevas fibras (secundarias). Estas fibras provienen de las células en la zona del ecuador, y se considera que éste fenómeno continua hasta el vigésimo año de la vida extrauterina. (9)

ANATOMIA:

El cristalino es un cuerpo lenticular transparente rodeado de una cápsula, situado directamente detrás del iris puede distinguirsele una superficie anterior, el centro del cual es llamado el poco anterior del cristalino y una superficie posterior con un polo posterior central; la superficie anterior tiene un radio de curvatura de 10 mm. y que es la que marca cambios en curvatura durante la acomodación. El radio de la curvatura de la superficie posterior es de 6 mm. La línea de unión de la superficie anterior con la posterior forma el ecuador del cristalino. Esta no es una línea regular ya que muestra numerosas irregularidades las cuales provienen de las fibras zonulares estiradas.

La cápsula del cristalino es clara, membranosa estructurada, variando en espesor en las diferentes partes de fibras de sostén pericapsulares conocidas como Zónulas. Directamente por debajo de la cápsula anterior está una línea simple de células formando el epitelium capsular. Todas las fibras del cristalino después del nacimiento provienen de células epiteliales de su ecuador. En la vida adulta, ciertas zonas de discontinuidad óptica pueden ser reconocidas bajo la lámpara de hendidura.

El cristalino esta sujetado o suspendido del cuerpo ciliar desde todos los lados mediante las fibras zonulares. Esta es una delicada pero fuerte membrana la cual mantiene al cristalino en su lugar, columpiandose como una hamaca, entre los procesos ciliares cuando los ojos estan descansando o durmiendo la zona está tensa y ejerce un estiramiento de la cápsula del cristalino, observandosele propiedades elásticas naturales de la cápsula.

Durante la acomodación la zónula es laxa, permitiendo que la cápsula del cristalino se contraiga mediante su inherente elasticidad haciendolo más convexo.

El cristalino también recibe soporte del ligamento cápsular, hialoideo con lo cual lo une al cuerpo vítreo. Cuando las fibras de la zónula se rompen el cristalino camba de posición y se dice que esta sublujado, dislocación completa del cristalino puede también ocurrir.

CATARATA:

Es una opacidad del cristalino o de su cápsula. Estas opacidades pueden regresar o quedar estacionarias.

CAUSAS DE OPACIFICACION DE LAS FIBRAS DEL CRISTALINO:

La catarata es una disminución de la transparencia del

cristalino, desarrollado como resultado de alteraciones físicas y químicas en su colloide. Si las fibras se hinchan por absorción de agua, el tamaño del complejo proteína-micellae cambiará produciendo una interferencia con la claridad de la imagen por un efecto refractario. Este hinchamiento puede ser reversible. Bioquímicamente el cristalino tiene algunas propiedades que la distinguen de otros tejidos, la proteína es específica, y depende de su nutrición y absorción del humor acuoso.

CATARATA CONGENITA:

Es la que se desarrolla in utero.

ETIOLOGIA. Puede ser GENETICO; con patrón dominante. INFECCIOSO, siendo la más conocida la infección viral por rubeola de las mujeres embarazadas esencialmente en el primer trimestre. ANORMALIDADES BIOQUIMICAS. Hipoparatiroidismo infantil, galactosemia que se hereda recesivamente. La deficiencia de galactokinasa, así como la deficiencia de trihexodasa de ceramida (enfermedad de Fabry), un defecto en el metabolismo del cobre (enfermedad de Wilson) y un exceso en el ácido fitánico (enfermedad de Refsum). Las cataratas congénitas pueden ocurrir como parte de un síndrome, ejemplo síndrome de Down o Trisomía 21, el Síndrome de Lowe, de Sjogren, de Rieger, de Bonnevier-Ulricha, de Alport y de Miller así como enfermedad hemolítica congénita. Pueden encontrarse con otras enfermedades oculares heredadas como la aniridia, así como en microftalmos. En distrofias miotónicas, pero en edades más avanzadas. Pueden estar asociadas con malformaciones óseas incluyendo la oxicefalia, la disostosis oculo mandibulo-facial y epífisis "picada"congénita. También en Enfermedades de la piel, Ictiosis congénita, Displasia ectodérmica congénita, Incontinencia Pigmenti, Dermatitis Atópica, Síndrome de Schafer, de Siem, de Werner y de Tothmund. (1-13)

SINTOMAS:

El principal es el deterioro de la visión. El paciente se quejará

de vista nublada, de ver manchas, cambios en la percepción de los colores o de una diplopía monocular. (1)

TIPOS DE CATARATAS:

1. CATARATA CORONARIA:

Es común, presente en un 25o/o de personas normales, toma su nombre por la forma de la opacidad en aro de corona. El centro y la periferia del cristalino permanece transparente. También se presentan en opacidades individuales, como gotas gruesas de aceite, rodeando el centro del cristalino. Aparecen relativamente tarde, durante la pubertad, y se necesita buena dilatación de la pupila para observarla, la visión casi nunca está disminuída. Generalmente la herencia es dominante.

2. CATARATA CERULEA:

Esta es una pequeña y punteada opacidad esparcida irregularmente a través de los núcleos y corteza, tiene un delicado tinte azulado el cual es bien visto con el oftalmoscopio, nunca interfiere con la visión y no progresa. Otros tipos de opacidad los cuales provienen de las líneas de sutura, son frecuentemente encontrados en el centro del cristalino, alrededor de la sutura, y, la cual demuestra que se forman durante la vida embrionaria. La herencia puede ser de tipo dominante.

3. CATARATA POLAR: (del polo anterior)

Es una de las más comunes, afecta tanto la cápsula como la región sub cápsular anterior de las fibras del cristalino. Puede ser el resultado de malformaciones congénitas del cristalino. Aparece como una pequeña placa blanca en el centro del área pupilar. Ocasionalmente la opacidad capsular anterior se proyecta precozmente dentro del humor acuoso formando una pirámide, de aquí el nombre de Catarata Piramidal Anterior. En la catarata polar

circunscrita, raramente afecta la agudeza visual, su tipo de herencia es dominante.

4. CATARATA ZONULAR:

Es el tipo de catarata congénita más frecuente. Es de tipo temprano y casi siempre son bilaterales. Se trata de una zona opaca situada entre el núcleo embrionario y la superficie del núcleo del adulto. A veces existen varias capas opacas en forma de cáscara de cebolla, lo que indica una acción intermitente del trastorno causal. La opacidad casi siempre ocupa las 2/3 partes de la porción central del cristalino, la porción periférica casi siempre esta clara. La opacidad zonular tiene una marcada tendencia hereditaria de tipo dominante. Disturbios en la nutrición pueden ser responsables para que esto ocurra en algunos pacientes.

5. CATARATA SECUNDARIA:

En las operaciones de extracción extracapsular de la cápsula anterior es cortada y la catarata extraída dejando restos capsulares dentro del ojo junto con estos restos, células epiteliales proliferativas, formando racimos de uvas, llamadas perlas de ELSCHING. Si los restos capsulares son densos e interfieren con la visión o si el epitelio capsular es proliferativo se forma la llamada CATARATA SECUNDARIA.

Actualmente este tipo de catarata es poco frecuente, por el uso de la extracción intracapsular, en el cual el cristalino es removida de la cápsula.

6. CATARATA NUCLEAR:

Se ha comprobado herencia dominante hasta en 5 o 6 generaciones. Se presenta una opacidad de la porción central del cristalino. En algunos pacientes se encuentra un pigmento que hace ver el área central de un color amarillento a café obscuro o rojo.

Presentan agudeza visual defectuosa, la cual puede ser corregida con lentes. Esta es una catarata de desarrollo lento.

7. CATARATA CORTICAL:

Regularmente comienza en la región ecuatorial del cristalino por debajo de la cápsula. El signo primero es una opacidad en forma de cuña, es más frecuente encontrarla en la periferia nasal. Puede confundirse con la catarata coronaria. A veces no interfiere con la visión, y la opacidad puede quedar estacionaria. Si se permite el desarrollo hasta que todo el cristalino está opaco, la córteza puede convertirse en líquido permitiendo que el núcleo del cristalino se hunda por gravedad, formando una catarata hipermadura (Catarata de Morgagni), de esta forma el iris puede verse tembloroso en vista que el soporte ha desparecido. Esto es un aviso para remover pronto el cristalino (1-4).

SINDROME DE RUBEOLA CONGENITO:

La Catarata congénita, se encuentra casi en el 60o/o de madres que han tenido rubeola en el primer trimestre del embarazo.

Como síntomas concomitantes de la catarata de la rubeola se encuentran microftalmos, retraso intelectual, hiperquinesias, malformaciones dentarias y otras anomalías.

El virus de la rubeola puede transportarse por un espacio de 24 a 25 meses. En un niño cuya madre presentó la infección 6 a 7 meses antes de su nacimiento, se le aisló el virus 18 meses después, presentando los niveles de anticuerpos altos. El virus se puede aislar de nasofaringe, orina y humor acuoso. Algunas madres ignoraban que tuvieron rubeola, porque el rash púrpureo es a veces escaso y desparece pronto.

COMPLICACIONES OFTALMOLOGICAS POR RUBEOLA:

EN EL PRIMER TRIMESTRE:

1. Catarata.
2. Microftalmos.
3. Peculiar pigmento en el fondo de ojo (en sal y pimienta)
4. Glaucoma congénito.
5. Pobre reacción Pupilar.
6. Intolerancia de la atropina y pobre respuesta a midriáticos de cualquier tipo.
7. Córneas Opacas. Se puede confundir con glaucoma Congénito con el que debe hacerse diagnóstico diferencial. La córnea es pequeña y rígida, lo que causa errores de lectura en tonometría. La opacidad es transitoria y puede aclararse. (4-10)

TRISOMIA 21. SINDROME DE DOWN:

Los estudios citogenéticos revelan la presencia de un cromosoma extra indiferenciado del cromosoma 21. La frecuencia del Síndrome de Down, aumenta en niños que nacen de mujeres por arriba de los 40 años. Las principales manifestaciones son estatura baja, facies aplastada, redonda, mongoloide, nariz en silla de montar, labio inferior grueso, macroglosia, piel suave, seborreica, cabello abundante y fino, obesidad, genitales pequeños, dedos cortos, pliegue palmar tipo simio, anomalías cardíacas congénitas, retraso mental, frecuentes trastornos psíquicos. Los signos oculares incluyen hipertelorismo, hendiduras palpebrales estrechas y oblicuas tipo oriental, estrabismo, epicanto, miopía intensa (33o/o) y manchas de Brushfield en el iris, y cataratas en aproximadamente en el 85o/o de los casos, se trata tanto de cataratas congénitas (catarata zonular atípica, catarata de suturas embrionarias, catarata polar posterior), como de cataratas que aparecen después del nacimiento (catarata coronaria) por lo tanto no existe una catarata específica del mongolismo.

SINDROME DE MARFAN:

Este es un trastorno congénito y familiar de origen mesodérmico, el cual casi siempre se transmite como un carácter dominante autosómico. Las características principales son: 1. dedos de manos y de pies largos, delgados, que semejan a los de las arañas (aracnodactilia), 2. relajación generalizada de ligamentos, 3. subdesarrollo muscular generalizado, 4. anomalías cardíacas, ocasionalmente aneurisma aórtico, 5. paladar gótico, 6. Otras deformidades del esternón, tórax, y articulaciones, 7. complicaciones oculares, particularmente luxación del cristalino, habitualmente hacia arriba y hacia la línea media (nasal). Las anomalías menos frecuentes incluyen vicios de refracción, megalocórnea, cataratas, colobomas de la uvea, y glaucoma secundario al cristalino luxado. Es muy frecuente que se desarrolle catarata por cristalinos subluxados. En estos casos el tratamiento es quirúrgico.

TRATAMIENTO DE CATARATA CONGENITA:

Muchos de los tipos de Catarata Congénita no requieren tratamiento, cuando éstos no son progresivos y no interfieren con la visión.

Se acepta en general que los niños con cataratas que poseen una visión corregida de 20/50 no deben operarse. (11)

Pueden tener una visión aceptable con medicamentos Ciclopéjicos (Midriasil, etc.) ó con lentes.

Es obvio que una catarata bilateral completa presente desde el nacimiento o desarrollada en los primeros meses de vida debe ser operada. La edad óptima para operar ha sido muy discutido aceptandose en general entre los 2 a 4 años. (1)

La cirugía en cataratas monoculares, no esta indicada pues según estudios efectuados, el pronóstico para una buena agudeza visual es pobre. (5)

MANEJO QUIRURGICO DE LA CATARATA CONGENITA.

La cirugía de primera elección es la aspiración.

La de segunda elección es la iridectomía óptica, la que se realiza cuando halla considerable cantidad de cristalino claro.

La de tercera elección es la remoción del cristalino; o sea la extracción del Cristalino. (10)

Complicaciones Quirúrgicas:

1. Rompimiento o pinzamiento de la cápsula posterior.
2. Hemorragia por aumento en la maniobra del iris. Esto no sucede cuando halla buena midriasis.
3. Infecciones.
4. Pérdida de humor vítreo esto puede ocurrir en lentes sublujados, (síndrome de Marfan y Sífilis). Empleo de instrumentos defectuosos, pobre juicio quirúrgico, errores de la técnica operatoria. (7)
5. Desarrollo Post Operatorio de glaucoma si es mucho el material del cristalino que ha quedado (10).

Si el pronóstico visual es muy pobre aún con cirugía, debe ofrecersele educación Especial en la Escuela Santa Lucía.

ANALISIS

RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CATARATAS CONGENITAS. AÑOS 1973 A 1977. EFECTUADO EN EL HOSPITAL DE OJOS Y OIDOS DOCTOR RODOLFO ROBLES, DEL COMITE NACIONAL PROCIEGOS Y SORDOMUDOS.

CUADRO No. 1

SEXO

Distribución numérica y o/o de 161 casos de CATARATAS CONGENITAS; según SEXO. (Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles, años 1973 a 1977).

Sexo	No. de Casos	o/o
Femenino	73	45.34
Masculino	88	54.66
TOTALES	161	100.00

El SEXO, prevalente en la CATARATA CONGENITA; fue el Masculino con 88 casos que constituyó el 54.66o/o.

CUADRO No. 2

EDAD

Edad	No. de Casos	o/o
1 a 4 años	41	25.47
5 a 9 años	48	29.81
10 a 14 años	28	17.39
15 a 19 años	14	8.70
20 a 24 años	14	8.70
25 a 29 años	3	1.86
más de 30 años	13	8.07
TOTALES	161	100.00

En la CATARATA CONGENITA, el grupo etareo más afectado correspondió a pacientes comprendidos de 1 a 9 años con 89 casos que constituyó el 55.28o/o.

CUADRO No. 3

RAZA

Edad	No. de Casos	o/o
Ladina	142	88.20
Indígena	19	11.80

Se tomó como LADINO y como INDIGENA. De la evaluación de ingreso que se efectua en el Hospital Doctor Rodolfo Robles y que es anotada en Datos Generales de la Historia Clínica.

Predominó la Raza LADINA, con 142 casos que constituyó el 88.20o/o.

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA

Procedencia	No. de Casos	o/o
1. Guatemala	57	35.40
2. San Marcos	15	9.32
3. Escuintla	12	7.45
4. Santa Rosa	10	6.21
5. Chimaltenango	9	5.59
6. Jutiapa	7	4.35
7. Suchitepéquez	6	3.73
8. Quiché	5	3.11
9. Zacapa	5	3.11
10. Cobán	5	3.11
11. Jalapa	5	3.11
12. Salamá Baja Verapaz	4	2.48
13. Izabal	3	1.86
14. San Salvador	3	1.86
15. Sololá	3	1.86
16. Chiquimula	3	1.86
17. Progreso	3	1.86
18. Quezaltenango	2	1.24
19. Huehuetenango	1	0.62
20. Totonicapan	1	0.62
21. Honduras	1	0.62
22. México	1	0.62
TOTALES	161	100.00

El mayor número de casos y porcentajes, correspondió a pacientes del interior de la república con 99 casos que constituyó el 61.49o/o; expresado en cifras totales.

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Antecedentes Heredo Familiares	No. de Casos	o/o
No Referidos	87	54.03
Negativos	61	37.89
Positivos	13	8.07
TOTALES	161	100.00

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES POSITIVOS:	13 casos
1. Hermano (a) con CATARATA CONGENITA	4 casos
2. Tío (a) con RETRASO MENTAL	2 casos
3. Madre con CATARATA CONGENITA	2 casos
4. Madre y 5 hermanos SORDOS	1 caso
5. Padre y dos hermanos CIEGOS	1 caso
6. Padres no videntes ambos operados de CATARATAS CONGENITAS	1 caso
7. Hijo con ANIRIDIA CONGENITA	1 caso
8. Padre no vidente y 2 hermanas con ANIRIDIA CONGENITA BILATERAL	1 caso
TOTAL	13 casos

En las CATARATAS CONGENITAS, presentaron ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES 13 casos que representa el 8.07o/o de los cuales 6 casos reportaron Catarata Congénita y 3 casos Ceguera.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

1. CATARATA CONGENITA. GRUPO FAMILIAR.

No. Casos	Padre	Madre	Hermana	Hermano
1			1	
2				1
3				1
4			1	
5		1		
6	1	1		
TOTALES 6	1	2	2	2

2. CEGUERA. GRUPO FAMILIAR.

No. Casos	Madre	Padre	Hermana	Hermano
1.		1		2
2.	1	1		
3.		1		
TOTALES 3	1	3		2

3. SORDERA. GRUPO FAMILIAR.

No. Casos	Madre	Padre	Hermana	Hermano
1	1			5
TOTALES 1	1			5

4. ANIRIDIA. GRUPO FAMILIAR.

No. Casos	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hijo
1					1
2			2		
2			2		1

5. RETRASO MENTAL. GRUPO FAMILIAR.

No. Casos	Padre	Madre	Tío	Tía
1			1	
2				1
2			1	1

CUADRO No. 6

SINTOMAS REFERIDOS EN EL MOTIVO DE CONSULTA

Síntomas referidos en el motivo de consulta	No. de Casos	o/o
1. Mala visión Visión borrosa Disminución de agudeza visual Dificultad para ver de lejos	99	52.94
2. Nubes en Ojos	36	19.25
3. Desvía Ojos	21	11.23
4. Ardor y lagrimeo	7	3.74
5. Fotofobia	6	3.21
6. Referidos por Médicos Particulares	4	2.14
7. Cefalea Occipital	4	2.14
8. Ojos Rojos	2	1.07
9. Diplopía	2	1.07
10. No Referidos	2	1.07
11. Control por cirugía Previa	2	1.07
12. Ceguera en ambos ojos	1	0.53
13. Molestias Vagas	1	0.53
TOTALES	187	100.00

El SINTOMA, más frecuente referido en el Motivo de Consulta, fue el de Mala Visión con un total de 99 casos que constituyó un 52.94o/o.

CUADRO No. 7

SIGNOS DE INGRESO

Signos de Ingreso	No. de Casos	o/o
1. Opacidad Cristalino AO	123	48.81
2. Opacidad Cristalino OS	13	5.16
3. Opacidad Cristalino OD	9	3.57
4. No Referidos en Historia Clínica	9	3.57
5. Afaquia Post Quirúrgica AO	2	0.79
6. Cristalino Lujado	1	0.40
7. Restos Nucleares y Capsulares	4	1.59
8. Microcórnea	18	7.14
9. Nistagmos	18	7.14
10. Esotropías	16	6.35
11. Sinequias Posteriores	6	2.38
12. Conjuntivas Congestionadas	4	1.59
13. Hipertrofia Folicular	3	1.19
14. Microftalmos	3	1.19
15. Endotropía	2	0.79
16. Fotofobia	2	0.79
17. Iridectomía en Sector Inferior	2	0.79
18. Miosis	2	0.79
19. Aniridia	2	0.79
20. Insuficiencia de Convergencia	2	0.79
21. Insuficiencia de Divergencia	1	0.40
22. Microcefalia	1	0.40
23. Seclusión Pupilar	1	0.40
24. Panus	1	0.40
25. Facodenesia	1	0.40
26. Hipoplasia Mandibular	1	0.40
27. Ausencia de Rodete Pupilar	1	0.40
28. Buftalmos	1	0.40
29. Ruptura Descement	1	0.40
30. Leucocoria	1	0.40
TOTALES	252	100.00

El SIGNO CLINICO, predominante en las CATARATAS CONGENITAS, fue la Opacidad de Cristalino con un total de 145 casos que constituyó el 57.54o/o.

CUADRO No. 8

AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	No. de Casos	o/o
1. Ciego	4	2.48
2. Percibe y Proyecta	24	14.90
3. Vé Movimiento de Manos	9	5.59
4. Cuenta dedos hasta 5 Metros	21	13.04
5. 20/400 a 20/100	27	16.77
6. 20/100 a 20/20	28	17.39
7. No evaluable	30	18.63
8. No Referido	8	4.96
9. No colabora	10	6.21
TOTALES	161	100.00

La AGUDEZA VISUAL, evaluada en los casos de CATARATA CONGENITA, se reportó por debajo de su valor Normal.

CUADRO No. 9

TRATAMIENTO

Tratamiento	No. de Casos	o/o
Quirúrgico	62	38.51
Médico	94	58.39
No Referidos	4	2.48
Rehusó Tratamiento	1	0.62
TOTALES	161	100.00

El TRATAMIENTO en las CATARATAS CONGENITAS, que predominó fue el Tratamiento Médico con 94 casos que constituyó el 58.31o/o siguiendole en segundo lugar el Tratamiento Quirúrgico con 62 casos que constituyó el 38.51o/o.

CUADRO No. 10

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Diagnóstico Principal	No. de Casos	o/o
1. Cataratas Congénitas	160	65.84
2. Microcórnea	14	5.76
3. Nistagmos	11	4.53
4. Esotropía	6	2.47
5. Afaquia	4	1.65
6. Catarata Patológica	4	1.65
7. Mongolismo	4	1.65
8. Miopía	4	1.65
9. Microcéfalo	2	0.82
10. Tracoma	2	0.82
11. Ametropía	2	0.82
12. Microftalmos	2	0.82
13. Ambliopía	2	0.82
14. Aniridia Congénita Bilateral	2	0.82
15. Ceguera Monocular	1	0.41
16. Queratocono	1	0.41
17. Iritis Crónica	1	0.41
18. Criptorquidea Bilateral	1	0.41
19. Pseudo estrabismo	1	0.41
20. Ceguera Bilateral	1	0.41
21. Glaucoma Congénito	1	0.41
22. Glaucoma Absoluto	1	0.41
23. Conjuntivitis Crónica	1	0.41
24. Conjuntivitis Vernal	1	0.41
25. Conjuntivitis Bacteriana	1	0.41
26. Seclusión Pupilar	1	0.41
27. Perlas de Elschning	1	0.41
28. Esclerótica Azul	1	0.41
29. Ptisis bulbi	1	0.41
30. Catarata Congénita ya operada	1	0.41
31. Defecto de Refracción	1	0.41
32. Degeneración Maculo Retiniana	1	0.41
33. Iridectomía Superior	1	0.41
34. Ulcera Corneal	1	0.41
35. Catarata Traumática	1	0.41
36. Retraso Mental	1	0.41
37. Secuela Cirugía Anterior	1	0.41
38. Síndrome de Rubeola Congénito	1	0.41
TOTALES	243	100.00

La CATARATA CONGENITA, constituyó básicamente el Diagnóstico en 160 casos representando el 65.84o/o.

CUADRO No. 11

EVOLUCION

Evolución	No. de Casos	o/o
Mejorado	91	56.52
No Mejorado	5	3.10
Ausentes en Reconsulta	61	37.89
Rehusó Tratamiento	1	0.63
Remitido a otro Hospital	3	1.86
TOTALES	161	100.00

La EVOLUCION, en el tratamiento establecido de CATARATA CONGENITA; fué buena en 91 casos que representa el 56.52o/o. No se pudo establecer en 61 casos que representa el 37.89 o/o por ausencia del paciente a su reconsulta.

CUADRO No. 12

ANOMALIAS CONGENITAS ASOCIADAS

Anomalías Congénitas Asociadas	No. de Casos	o/o
No Referidos	115	71.43
Positivos	46	28.57

ANOMALIAS CONGENITAS ASOCIADAS. 46 casos.

Anomalías Congénitas Asociadas	No. de Casos	o/o
1. Microcórnea	13	28.26
2. Estrabismo	6	13.04
3. Síndrome de Down	5	10.87
4. Microcefalia	5	10.87
5. Retardo Mental	3	6.52
6. Microftalmos	3	6.52
7. Sordo	3	6.52
8. Aniridia	2	4.35
9. Pseudo Estrabismo	1	2.17
10. Coloboma Retina	1	2.17
11. Glaucoma Congénito	1	2.17
12. Síndrome de Rubeola Congénito	1	2.17
13. Hipoacusía	1	2.17
14. Atrofia Mácula y Atrofia Congénita de Nervio Optico	1	2.17
TOTALES	46	100.00

CONCLUSIONES

1. La CATARATA CONGENITA; fué estudiada retrospectivamente en un período de 5 años (1973 a 1977) en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles del Comité Nacional de Prociegos y Sordomudos; encontrandose un total de 161 casos.

2. El SEXO prevalente en la CATARATA CONGENITA; fué el Masculino con 88 casos que constituyó el 54.66o/o con respecto al sexo femenino con 73 casos que constituyó el 45.34o/o.

3. La RAZA se clasificó como Indígena y Ladina mostrando predominio la raza Ladina con 142 casos que constituyó el 88.20o/o.

4. En la CATARATA CONGENITA, el grupo etareo más afectado correspondió a pacientes comprendidos de 1 a 9 años con 89 casos que constituyó el 55.28o/o.

5. Respecto a PROCEDENCIA en las CATARATAS CONGENITAS, el mayor número de casos y porcentaje; correspondió a pacientes del interior de la república con 99 casos que constituyó el 61.49o/o; expresado en cifras totales. La ciudad capital relativamente tiene mayor número de afluencia, con respecto a cada departamento.

6. El SINTOMA, mas frecuentemente referido en el Motivo de Consulta, fué el de Mala Visión con un total de 99 casos que constituyó un 52.94o/o.

7. El SIGNO CLINICO predominante en las CATARATAS CONGENITAS, fué la Opacidad de Cristalino con un total de 145 casos que constituyó el 57.54o/o.

8. La CATARATA CONGENITA, constituyó básicamente el Diagnóstico en 160 casos representando el 65.84o/o.

9. Las ANOMALIAS CONGENITAS, más frecuentes asociado a CATARATAS CONGENITAS, fué Microcórnea con un total de 13 casos que constituyó el 28.26o/o.

10. El TRATAMIENTO en las CATARATAS CONGENITAS, que predominó fué el Tratamiento Médico con 94 casos que constituyó el 58.39o/o siguiéndole en segundo lugar el Tratamiento Quirúrgico con 62 casos que constituyó el 38.51o/o.

11. En las CATARATAS CONGENITAS, presentaron ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES 13 casos que representa el 8.07o/o de los cuales 6 casos reportaron Cataratas Congénitas y 3 casos de Ceguera.

12. La AGUDEZA VISUAL, evaluada en los casos de CATARATA CONGENITA, se reportó por debajo de su valor normal.

13. La EVOLUCION, en el tratamiento establecido de CATARATA CONGENITA: fué buena en 91 casos que representa el 56.52o/o. No se pudo establecer en 61 casos que representa el 37.89o/o por ausencia del paciente a su reconsulta.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar un Plan Educacional en el Paciente o encargado, para que asista a sus reconsultas y no abandone su tratamiento.

2. Orientar a familiares que presentan CATARATA CONGENITA; a fin de prevenirlas. Pues en el estudio efectuado 13 casos presentaron antecedentes heredo familiares.

3. Instruír a la mujer embarazada para que eviten el contacto con enfermos de Rubeola; principalmente durante el primer trimestre del embarazo.

4. Operar tempranamente a los niños que teniendo CATARATA CONGENITA LO AMERITEN.

5. Orientar a los padres de familia y maestros para que los niños con baja visión reciban Educación Especial.

6. Proyectar más los Programas de Prevención de la Ceguera al interior del país con el objeto de detectar nuevos casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Adler Heed Francis. TEXT BOOK OPHTHALMOLOGY.
N. B. Saunders Company. Philadelphia, London.
Seventh Edition. 1962. Pag. 560.

2. Adler Francis Heed. PHYSIOLOGY OF THE EYE.
CLINICAL APPLICATION. Mosby Company. 1950.
Pág. 889.

3. Avello, J. Jucenda.
CATARATA UNBILICADA. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. Tomo XXXI. Agosto 1971. Número 8.
Pág. 499.

4. Becker, Med. P. E.
GENETICA HUMANA. Tomo IV Primera Edición.
1978. Ediciones Toray, S. A. Barcelona.
Pág. 543

5. Frey Thomas, Friendly David, and Davis W. Yatt.
MONUCULAR CATARACTS IN CHILDREN. AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY. Volume 76. Number 3 Part 1.
September 1973.

6. Gil, del Río.
OPTICA FISIOLOGICA CLINICA.
2a. Edición 1972. Ediciones Toray S. A.
Barcelona.

7. Hiles David, M. D. Bennett Chotines, M. D.
Pittsburgh, Pennsylvania.
VITREOUS LOSS FOLLOWING INFANTILE CATARACT SUGERY.
JOURNAL OF PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY. Volume 14 Number 4 July/August 1977.

Pág. 193 a 199.

8. Howard D. Gilbert, Ronald E. Smith, Mahlon H. Barlow, and David Mohr.
CONGENITAL UPPER EYELID EVERSION AND DOWN'S SYNDROME.
AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY. Volumen 75. Number 3. March 1973. Pág. 469.

9. Jan Langman.
EMBRIOLOGIA MEDICA. Segunda Edición.
Editorial Interamericana, S. A. 1969.
Pág. 301-303.

10. Mclean John M. M.D. New York N. Y.
CONGENITAL CATARACT. HIGHLIGHTS OF OPHTHALMOLOGY. Latin America Edition. Volume VIII. No. 4, 1965.
Pág. 279-288.

11. Nelson Vaughan Mc Kay.
TRATADO DE PEDIATRIA. Tomo II Sexta Edición.
Salvat Editores, S. A. 1971.
Pág. 14963-67.

12. Weiss, Phili R. Ziring, and Louis Z. Cooper.
SUGERY OF THE RUBELLA CATARACT. AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY. Volume 73. Number 3 March 1972.
Pág. 325.

13. THE HUMAN LEN IN RELATION TO CATARACT.
Ciba Foundation Symposium (19)
(New Series) 1973.
Elsevier. Excerpta Médica. North Holland.
Associated Scientifica. Publishers. Amsterdan.
London, New York.
Pág. 324.

14. Galvez Dieguez, Lic. María Izabel
EDUCACION ESPECIAL (charla)
Guatemala, Escuela Santa Lucía del Comité Nacional Prociegos y Sordomudos Mayo, 1978.

Br. Idbia Elizabeth Ndjera San José de García Andrade

Asesor
Dr. J. Rolando Sánchez C.

Revisor
Dr. Fernando Rendón.

Director de Fase III
Dr. Julio de León.

Secretario General
Dr. Raúl Castillo R.

Vo.Bo.

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.