



CASO CLÍNICO

Luxación bilateral de cristalino en octogenaria

Bilateral luxation of crystalline lens in an octogenarian

Javier Pérez-Jara^{a,*}, Neyla Carolina Esaá-Caride^b, Elena Brage^c y Juan Martínez de Mandojana^d

^a Unidad de Geriatria, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

^b Servicio de Oftalmología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

^d Medicina de Familia, EAP Bembibre, Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo, León, España



La luxación bilateral del cristalino es una rarísima complicación oftálmica de las caídas y los traumatismos craneoencefálicos. El traumatismo craneal es la principal causa de esta patología, especialmente en casos de debilidad zonular, sobre todo en la enfermedad de Marfan o en la pseudoexfoliación. Se suele sospechar por la importante disminución de la agudeza visual y puede asociar complicaciones como el glaucoma por bloqueo pupilar. Se han descrito casos entre pacientes ancianos^{1–7}, algunos de ellos específicamente ocurridos por abusos³. En castellano se ha descrito un caso en paciente adulto con síndrome de Marfan, pero no se encuentran casos publicados en pacientes mayores⁸. En este artículo se describe un caso de afaquia bilateral por luxación de ambos cristalinos a cavidad vítrea probablemente debida a una caída en paciente muy mayor.

Se presenta el caso de una paciente de 86 años con antecedentes de asma, intervenida de estenosis aórtica severa con prótesis biológica con estenosis moderada actual e insuficiencia cardiaca, disección de aorta femoral intervenida, enfermedad de Alzheimer en fase moderada. Seguía tratamiento con furosemida, memantina, quetiapina, paracetamol, valsartán, carvedilol, loracepam, omeprazol, simvastatina y ácido acetilsalicílico. La situación funcional previa al ingreso era de un Barthel de 65 (dependencia para bañarse, vestirse, ir al cuarto de baño, subir escaleras e incontinencia urinaria).

Ingresó por cuadro confusional debido a proceso respiratorio tratado con levofloxacino. En el alta se describe hematoma traumático en brazo izquierdo. La situación funcional pasa a ser, tras el alta, de un severo deterioro funcional con Barthel de 0. Previamente la paciente había sufrido múltiples caídas algunas con traumatismos craneales en los meses previos al ingreso, y, aunque la familia reporta el empeoramiento súbito de la visión, no se estudió durante ese ingreso.

Tras el alta es valorada por Geriatria en consulta, donde se objetiva la afaquia bilateral. En la exploración física destaca deso-

orientación temporoespacial con minimal 3/35 y soplo sistólico. En la exploración neurológica destaca anisocoria con pupila derecha mayor que la izquierda, nistagmo con fase rápida derecha y severa disminución de la agudeza visual. Fuerza levemente disminuida y simétrica. No se pudo concretar si hay una caída previa directamente asociada a la pérdida de la visión.

Se solicita interconsulta hospitalaria con el Servicio de Oftalmología donde se evidencia una agudeza visual movimiento de manos a 2 m ambos ojos con difícil colaboración, presión intraocular de 15 mmHg (normal), pupilas hiporreactivas y nistagmo oscilatorio simétrico. En la biomicroscopia se evidencia cámara anterior formada con restos de vítreo anteriorizados sin signos claros de inflamación y afaquia bilateral. Fondo de ojo con mácula normal, papila pálida, retina aplicada 360° y núcleos cristalinos en el cuadrante inferior de la cámara vítrea AO, con lo que se realiza el diagnóstico de afaquia bilateral por luxación cristaliniiana bilateral a cámara vítrea de probable etiología traumática.

En los complementarios destaca TAC craneal con marcadas hipodensidades periventriculares y atrofia corticosubortical. Ectopia de ambos cristalinos que aparecen en la porción declive de ambos globos oculares (fig. 1).

El tratamiento oftalmológico de estos pacientes consiste en una vitrectomía posterior con reflote y extracción del núcleo más implante secundario de lente intraocular. En vista de la comorbilidad asociada, se plantea tratamiento refractivo con +15 dioptrías ópticas en ambos ojos con discreta mejoría del estado general.

En los seguimientos sucesivos se controla la inflamación, y se valora la buena tolerancia a la refracción, mejorando medianamente la atención de la paciente.

Discusión

Se presenta un caso de afaquia por luxación bilateral de cristalino en paciente con caídas previas y traumatismo craneal. Los procesos sistémicos asociados favorecedores incluyen síndrome de Marfan, homocistinuria, síndromes de Weill-Marchesani o

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jperezjarac@gmail.com (J. Pérez-Jara).

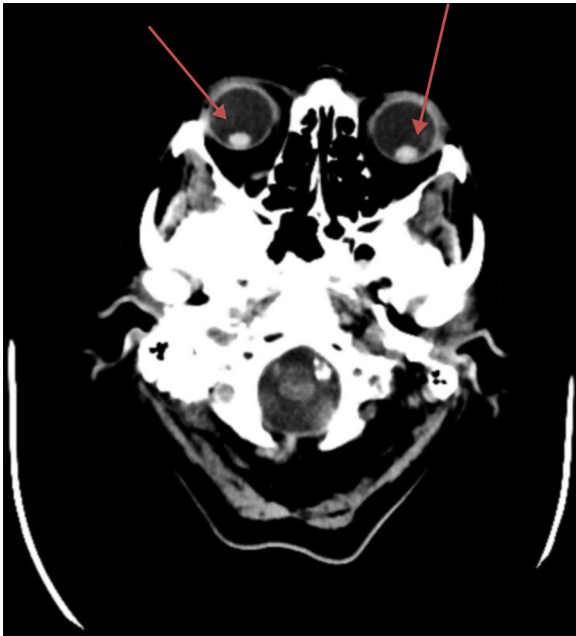


Figura 1. TAC craneal. Las flechas apuntan a la ectopia de ambos cristalinios en la porción declive de ambos globos oculares

Ehlers-Danlos o la pseudoexfoliación. La paciente no presentaba registro de antecedentes de estas enfermedades. La luxación completa de la lente es muy rara siendo la principal causa habitual el traumatismo. El traumatismo cerrado durante la caída en una

dirección anteroposterior conduce a la expansión ecuatorial, lo que puede interrumpir las zónulas y provocar la luxación de los cristalinios. Es importante remitir lo antes posible al oftalmólogo. El tratamiento de estos casos en los últimos años ha incluido típicamente vitrectomía por pars plana con lensectomía⁶. En este caso, los cristalinios luxados flotaban libremente en las cavidades vítreas y no causaban complicaciones, aparte de la consecuencia refractiva de la afaquia. Se planeó continuar con las gafas afáquicas y reevaluar la situación en caso de mejoría del estado global de la paciente.

Bibliografía

1. Boniface KS, Aalam A, Salimian M, Liu YT, Shokoohi H. Trauma-induced bilateral ectopia lentis diagnosed with point-of-care ultrasound. *J Emerg Med.* 2015;48:e135–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.01.004>.
2. Gross JG, Kokame GT, Weinberg DV. In-the-bag intraocular lens dislocation. *Am J Ophthalmol.* 2004;137:630–5.
3. Mutoh T1, Tien T, Horie M, Matsumoto Y, Chikuda M. Case of bilateral complete posterior dislocation of lens caused by elder abuse. *Clin Ophthalmol.* 2012;6:261–3, <http://dx.doi.org/10.2147/OPHTH.S28990>.
4. Izadi S, Stewart RM, Jain S. Bilateral posterior dislocation of the crystalline lens after a head injury sustained during a seizure. *Emerg Med J.* 2007;24:e6.
5. Thelen J, Bhatt AA, Bhatt AA. Acute ocular traumatic imaging: What the radiologist should know. *Emerg Radiol.* 2017;24:585–92, <http://dx.doi.org/10.1007/s10140-017-1528-0>.
6. Gimbel HV1, Condon GP, Kohnen T, Olson RJ, Halkiadakis I. Late in-the-bag intraocular lens dislocation: Incidence, prevention, and management. *J Cataract Refract Surg.* 2005;31:2193–204.
7. Moshirfar M, Stagg BC, Muthappan V, Vasavada SA. Traumatic dislocation of implanted collamer phakic lens: A case report and review of the literature. *Open Ophthalmol J.* 2014;8:24–6, <http://dx.doi.org/10.2174/1874364101408010024>.
8. Arranz-Marquez E, Fatela-Cantillo B, Figueroa M, Teus MA. Glaucoma tardío por partículas de cristalino en síndrome de Marfan. *Arch Soc Esp Ophthalmol.* 2015;90:40–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2013.11.011>.