

Estrabismo

La condición del estrabismo se refiere a los ojos que no están alineados. Si los se voltean hacia adentro (ojos cruzados), esto es llamado “**esotropía**.” Si se voltean hacia afuera, esto es llamado “**exotropía**.” Cuando un ojo es más alto que el otro, se dice que hay **hipertropía** en este ojo, e **hipotropía** en el que está más bajo. El estrabismo puede ser sutil u obvio, intermitente (cuando ocurre ocasionalmente), o constante. Puede afectar un ojo solamente, o pasar de un ojo al otro.

El estrabismo usualmente comienza en la infancia o la niñez. Algunos bebés tienen **esotropía acomodativa**. Sus ojos se cruzan porque tienen la necesidad de usar anteojos para la hipermetropía. Pero la mayoría de los casos de estrabismo no tienen una causa bien conocida. Parece que se desarrolla porque no hay coordinación de los músculos del ojo, lo que hace que los ojos no se muevan juntos hacia el mismo lado. **El estrabismo adquirido** puede ocurrir ocasionalmente cuando hay algún problema en el cerebro, una lesión en la cavidad del ojo, o enfermedad de tiroides en el ojo.

Cuando los niños pequeños desarrollan estrabismo, típicamente tienen síntomas leves. Pueden sostener su cabeza hacia un solo lado si no pueden usar sus ojos juntos en dicha posición. O, especialmente al comienzo, pueden cerrar o cubrirse un ojo cuando se desvía. Los adultos, sin embargo, presentan más síntomas cuando desarrollan estrabismo. Tienen doble visión (ven una imagen repetida), y pueden perder percepción de la profundidad. A cualquier edad, el estrabismo es problemático. Algunos estudios han demostrado que niños que asisten a la escuela con un grado alto de estrabismo tienen problemas de auto estima.

La ambliopía, u “ojo perezoso,” está muy relacionada con el estrabismo. Los niños aprenden a suprimir tan efectivamente la doble visión que el ojo desviado pierde visión gradualmente. Puede ser necesario el uso de un parche en el ojo sano y usar anteojos antes de comenzar un tratamiento para el estrabismo. La ambliopía no ocurre cuando los ojos se desvían alternadamente, y los adultos no la desarrollan.

El estrabismo es frecuentemente tratado por medio de cirugía, ajustando la tensión de los músculos de los ojos. La meta de la cirugía es acercar los ojos lo más rectamente posible hasta que sea difícil ver una desviación residual. Los resultados son, por lo general, mejores en niños pequeños. La cirugía puede realizarse con anestesia local en algunos pacientes adultos, pero requiere anestesia general para los niños, aunque el procedimiento es generalmente ambulatorio. Prismas e inyecciones de Botox en los músculos de los ojos pueden ser alternativas en algunos casos. Los ejercicios para los ojos son raramente efectivos.

]]>

Cirugía Refractiva

La cirugía refractiva ayuda a reducir la dependencia de anteojos o lentes de contacto, cambiando de manera permanente la forma de la córnea (la capa transparente en frente del ojo). Cuando se trata la miopía, las técnicas de la cirugía refractiva reducen la curvatura de la córnea, para así hacer menor el poder de foco del ojo. Debido a la forma de un “ojo alargado” o a una curva pronunciada de la córnea, las imágenes que son enfocadas al frente de la retina son empujadas cerca o directamente sobre la retina. Cuando la cirugía refractiva trata la hipermetropía, la técnica hace que la córnea incremente el poder de foco del ojo. Debido a la forma de un “ojo corto,” las imágenes que se enfocan por fuera de la retina son haladas hacia la retina.

El astigmatismo ocurre cuando la córnea tiende a curvarse más de un lado que del otro. Si el astigmatismo es avanzado, la luz que pasa a través de la córnea es dispersa, haciendo que las imágenes que llegan hasta la retina se distorsionen y que la visión se torne borrosa. Cuando se trata el astigmatismo, la cirugía refractiva da forma a porciones seleccionadas de la córnea para hacerla simétrica y suave, de tal manera que las imágenes puedan ser enfocadas claramente sobre la retina. Los siguientes son procedimientos comunes de cirugía refractiva:

Queratectomía Foto-refractiva (QFR)

La QFR es un procedimiento quirúrgico por medio del cual el cirujano utiliza un láser para remover capas de tejido de la córnea, microscópicamente delgadas. El tejido es removido a través de un patrón, controlado por el cirujano y programado por computador.

Láser In Situ Keratomileusis (LASIK)

LASIK es una combinación de microcirugía y láser excimer usada para corregir la miopía, la hipermetropía, y el astigmatismo. Durante el procedimiento LASIK, un instrumento muy especializado (microkeratome), es usado para hacer una delgada cubierta sobre la córnea. El láser excimer es aplicado por debajo de esta cubierta. Posteriormente se reemplaza la cubierta y se deja sanar por sí sola. No es necesario el uso de puntos de sutura.

Queratotomía Astigmática (QA)

La queratotomía astigmática es un procedimiento de microcirugía por medio del cual el cirujano hace incisiones curvas en la córnea (generalmente una o dos), para aplanar áreas de la córnea que estén demasiado encorvadas.

Queratoplastia por Láser Térmico (QLT)

Se aplica calor a la córnea de manera controlada para reducir temporalmente la hipermetropía. Posteriores tratamientos pueden ser requeridos.

Anillos Intrastromales para la Córnea

Llamados también anillos intra córneos, estos son segmentos plásticos en forma de media luna que se implantan en el ojo para aplanar la córnea. Se utilizan para corregir baja miopía.

Los anillos intrastromales para la córnea pueden ser removidos. En algunos casos, la visión retorna al estado en que estaba antes de la cirugía, pero algunas personas pueden quedar con síntomas visuales permanentes. Los resultados de futuras cirugías son inciertos cuando los anillos son removidos.

Como en todo procedimiento quirúrgico, la cirugía refractiva puede presentar complicaciones y efectos secundarios. Estos pueden incluir: visión borrosa y fluctuante; sensibilidad a la luz y a fulgores de luz; correcciones de dioptrías hacia abajo o hacia arriba; bruma (con QFR); halos; y/o incomodidad temporal. Complicaciones menos comunes pueden incluir: dolor persistente; infecciones serias; cicatrización de la córnea; y/o pérdida permanente de la visión.

No existe un método mejor que otro para corregir los errores de refracción. Discuta sus necesidades con su oftalmólogo (Medico de ojos) para determinar el procedimiento que más le convenga.

]]>

Cirugía del Ojo con Rayo láser

La palabra “láser” es un acrónimo para “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation” [Amplificación de luz por medio de la emisión estimulada de radiación]. El láser es un rayo concentrado de luz, creado cuando una corriente eléctrica pasa a través de un material especial. Usado en la cirugía del ojo desde principios de la década del 1970, el láser es popular por su incomparable grado de precisión y predicción. El láser ha sido usado para combatir una variedad de enfermedades del ojo, la cual va en aumento.

La longitud de onda específica del láser permite que la energía sea absorbida por tejidos definidos sin causar daño a otros tejidos vecinos. El rayo láser es tan preciso, que puede hacer cortes a un hilo de cabello humano sin quebrarlo.

El láser térmico convierte luz en calor. Este tipo de láser sella vasos sanguíneos y destruye tejidos anormales. El procedimiento quirúrgico de foto ablación por láser, corta o esculpe los tejidos, y es también usado para removerlos. De igual manera, la foto ablación se usa para variar la forma y superficie del ojo.

Para diabéticos que sufren de retinopatía diabética, los procedimientos por láser pueden preservar la visión, en ocasiones por años. En la cirugía de retinopatía diabética, el láser sella los escapes presentes en los vasos sanguíneos de la retina (el nervio sensitivo a la luz localizado en la parte posterior del ojo). El rayo láser también puede tratar desordenes poco usuales en la retina, incluyendo problemas con los vasos sanguíneos y tumores.

Usado también para el tratamiento de glaucoma, el láser puede crear nuevos pasajes a través del iris para aliviar la presión sobre el ojo, o para abrir los canales de drenaje.

Aunque actualmente las cataratas no se operan con láser, es posible que así sea en el futuro. Hoy día, los rayos láser abren la cápsula posterior del ojo, que a menudo se vuelve nubosa después de una cirugía de cataratas, restaurando la visión en cuestión de horas.

Recientemente, el láser excimer ha recibido bastante atención como herramienta para la corrección permanente de errores visuales de refracción, tales como la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. La cirugía con láser refractivo puede disminuir o eliminar la necesidad de usar anteojos y lentes de contacto, por medio de la variación en la forma de la córnea.

]]>

Manchas Flotantes y Centelleos

Las pequeñas partículas o nubes que se mueven en el campo de la visión cuando se mira hacia una pared desocupada, o hacia el cielo azul, se conocen como **manchas flotantes**. La mayoría de las personas experimentan esta condición, pero no lo notan hasta que las manchas son numerosas, o más prominentes.

En la mayoría de los casos, las manchas flotantes son parte del proceso natural de envejecimiento. Las manchas flotantes se parecen a las telarañas, líneas ilegibles o insectos flotantes que parecen estar en frente del ojo, pero en realidad se encuentran flotando en su interior. A medida que envejecemos, el vítreo (la sustancia gelatinosa transparente que llena el interior del ojo), tiende a encogerse un poco y a desprenderse de la retina, formando acumulaciones de tejidos dentro del ojo. Lo que en realidad vemos es la sombra de dichas acumulaciones proyectadas hacia la retina, que es la membrana interior que cubre el fondo del ojo y recibe la luz, permitiendo que usted vea.

La aparición de **centelleos** proviene de la tracción del vítreo sobre la retina cuando se separan. Estos centelleos se parecen a dichos producidos por una estrella o un rayo de luz. Usted puede haber experimentado la misma sensación si ha sido golpeado(a) en el ojo y ve estrellas.

Las manchas flotantes ocasionalmente pueden impedir una visión clara durante la lectura. Cuando esto ocurra, intente mirar hacia arriba y hacia abajo para cambiar la posición de las manchas. Algunas pueden permanecer, pero muchas otras desaparecerán con el tiempo.

Las manchas flotantes y los centelleos son relacionados con desgarramientos de la retina. Cuando el vítreo se encoge y tira de la retina, esto puede causar un desgarramiento. Tener una retina desgarrada es un problema serio que puede conducir a su desprendimiento, y puede causar ceguera. Si las manchas flotantes aparecen súbitamente, o usted ve centelleos de repente, vea a su oftalmólogo (Medico de ojos) inmediatamente.

]]>

Visión de los Bebés

Los bebés nacen con una visión baja pero pueden ver caras a corta distancia, inclusive en el cuarto de recién nacidos en el hospital. Aproximadamente a las seis semanas de nacido, un bebé puede fijar la mirada en un objeto (como una cara, por ejemplo) y mantener contacto visual directo. En uno o dos años, su visión se desarrolla rápidamente; por medio de algunas técnicas, se han registrado casos de visión 20/20 a los dos y tres años de edad.

Los padres deben estar alertas con respecto a las señales de visión baja en el bebé. Si un ojo se desvía o se cruza, este ojo puede no ver tan bien como el otro. Si el bebé no pone interés en caras o juguetes apropiados para su edad, o sus ojos giran sin control o se mueven de arriba hacia abajo (condición llamada **nistagma**), debe sospecharse un nivel bajo de visión. Otras señales que se deben tener en cuenta son la inclinación de la cabeza y el parpadeo excesivo. Los bebés tienden a compensar su baja visión en lugar de quejarse de ella.

Si un bebé necesita anteojos, la prescripción puede determinarse con bastante precisión dilatando la pupila y analizando la luz reflejada dentro de ella desde la parte posterior del ojo.

La visión de un bebé también puede ser examinada en un laboratorio de investigación, registrando las ondas del cerebro mientras el niño mira líneas o a una pantalla de televisión. El examen es llamado **evocación del potencial visual (EPV)**. Otro examen, llamado “**mirada preferencial**” o “**tarjetas de llamada de acuidad**” utiliza tarjetas con líneas para atraer la atención del niño. En ambos exámenes, a medida que las líneas se vuelven más pequeñas y más cercanas entre si, son más difíciles de ver y el nivel visual de acuidad puede determinarse.

]]>

Degeneración Macular Relacionada con la Edad

La Degeneración Macular Relacionada con la Edad (DMRE) es una de las causas más comunes de mala visión después de los 60 años de edad. DMRE es un deterioro de la mácula. La mácula es un área pequeña localizada en el centro de la retina, en la parte posterior del ojo, que nos permite ver detalles claramente y realizar actividades tales como leer y conducir un automóvil.

Los síntomas visuales de la DMRE implican pérdida de la visión central. Aunque la visión periférica (lateral) no es afectada, la presencia de DMRE implica pérdida de la nitidez de la visión directa necesaria para conducir, leer, reconocer caras, y observar detalles.

Aunque la causa específica aún se desconoce, la DMRE parece estar relacionada con el envejecimiento. Mientras que la edad se considera como el factor más significativo para el desarrollo de DMRE, la herencia, los ojos azules, la presión sanguínea alta, enfermedades cardiovasculares, y el hábito de fumar también han sido identificados como factores de riesgo. Se estima que un 90 por ciento de la ceguera legal en los EEUU se debe a la DMRE.

Nueve de cada diez personas que padecen de DMRE, poseen la forma “**seca**” (llamada **atrófica**), que trae como resultado el adelgazamiento de la mácula. La DMRE seca toma años en desarrollarse. Un régimen específico de vitaminas ha demostrado demorar la progresión de DMRE seca.

La forma “**húmeda**” de DMRE (llamada **exudativa**) es menos común (ocurriendo en una de cada diez personas con DMRE), pero es más seria. En la forma húmeda de DMRE, vasos sanguíneos anormales pueden crecer en una capa por debajo de la retina, dejando escapar fluidos y sangre, y creando distorsión o una mancha ciega en el centro de la visión. Si los vasos sanguíneos no crecen directamente debajo del centro de la mácula, el tratamiento con rayo láser es el predilecto. El procedimiento, por lo general, no mejora la visión, pero trata de ayudar a prevenir mayor pérdida de la visión. Para aquellos pacientes con DMRE húmeda, en quienes los vasos sanguíneos crecen directamente debajo del centro de la mácula, un procedimiento llamado Terapia Fotodinámica (TFD), el cual causa menos efectos visuales secundarios, puede ser usado para el tratamiento. Inyecciones de ciertos medicamentos dentro del vítreo pueden ser usadas en estos casos.

Investigación muy promisoriosa de la DMRE esta llevándose a cabo en muchos frentes. Mientras tanto, lámparas de alta intensidad para leer, lupas y otras herramientas para baja visión, pueden ayudar a personas con DMRE a que su visión residual pueda ser utilizada al máximo.

]]>

Pterigión y Pinguécula

El **pterigión** es un tejido carnosos que crece sobre la córnea (la capa transparente localizada al frente del ojo.) Puede permanecer pequeño, o crecer lo suficiente como para interferir con la visión. El pterigión ocurre comúnmente sobre la esquina interna del ojo, pero puede también aparecer en la externa. La causa precisa no es muy conocida, aunque el pterigión ocurre más frecuentemente en personas que pasan gran parte del tiempo al aire libre, especialmente en climas soleados. La exposición prolongada a la luz del sol, especialmente a los rayos ultravioleta (UV), y la irritación crónica debida a la sequedad y al polvo, parecen tener un papel importante en su desarrollo. Un ojo “seco” puede contribuir a la formación del pterigión.

Cuando un pterigión se torna rojo e irritado, gotas para los ojos o ungüentos pueden ayudar a reducir la inflamación. Si el pterigión es lo suficientemente grande como para afectar la visión o crece muy rápidamente, puede ser removido por medio de cirugía.

Aún después de ser removido quirúrgicamente, el pterigión puede volver a crecer, particularmente entre gente joven. El uso de anteojos de sol para proteger los ojos de la luz ultravioleta, y el evitar condiciones ambientales secas y polvorientas, al igual que el uso de lágrimas artificiales puede ser de gran ayuda.

La **pinguécua** es un parche o abultamiento amarillento en la parte blanca del ojo, presente más frecuentemente en la parte más cercana a la nariz. No es un tumor, pero sí una alteración del tejido normal como resultado de la acumulación de depósitos de proteína y grasa. A diferencia del pterigión, la pinguécula no crece sobre la córnea. Puede ser causada por la irritación crónica o la luz solar. El tratamiento no es necesario, a no ser que ocurra inflamación. La pinguécula no crece sobre la córnea, ni afecta la visión. Si se convierte en una molestia o inflamación, puede ser—en raras ocasiones—removida quirúrgicamente.

]]>

Angiografía con Fluoresceína

La angiografía con fluoresceína es un examen clínico para observar la circulación de la sangre en la parte posterior del ojo, como también para diagnosticar condiciones de la retina relacionadas con la diabetes, la degeneración macular debida al envejecimiento, y otras anormalidades del ojo. Este examen también puede ayudar al seguimiento de la evolución de una enfermedad y a monitorear su tratamiento. Puede ser repetido con frecuencia sin hacer daño al ojo o al cuerpo en general.

La fluoresceína es un tinte rojizo-anaranjado que se inyecta en una vena del brazo. El tinte viaja a través del cuerpo hacia los vasos sanguíneos de la retina (el nervio sensitivo a la luz localizado en la parte posterior del ojo). Una cámara especial equipada con un filtro verde emite ráfagas de luz azul hacia el ojo y toma múltiples fotografías de la retina. La técnica utiliza película fotográfica común y corriente. No hay presencia de Rayos-X durante este procedimiento.

Si existe alguna anormalidad en los vasos sanguíneos, el tinte escapa dentro de la retina, o mancha los vasos sanguíneos. Daños al marco de la retina, o la presencia inusual de nuevos vasos sanguíneos también pueden ser revelados. Estas anormalidades se determinan a través de una cuidadosa interpretación de las fotografías por parte del oftalmólogo (Medico de los ojos).

El tinte puede decolorar la piel y la orina, hasta que es completamente removido del cuerpo por los riñones. La práctica de la angiografía con fluoresceína ofrece riesgos mínimos, aunque en ocasiones ha presentado leves reacciones alérgicas. Fuertes reacciones alérgicas han sido raramente reportadas. El hecho de ser alérgico(a) a tinturas de Rayos-X como el yodo, no quiere decir que usted sea alérgico(a) a la fluoresceína. En ocasiones, el tinte puede escapar de la vena cuando es inyectada, causando una leve sensación de ardor que usualmente desaparece rápidamente.

]]>

Ambliopía

La ambliopía es la visión baja en un ojo que no se desarrolló normalmente durante la niñez. Esta condición es a veces llamada “ojo perezoso” y puede ser hereditaria. Las causas principales de la ambliopía son el estrabismo, algunos errores refractivos, o nubosidades en los tejidos del ojo.

La ambliopía afecta aproximadamente a tres de cada 100 personas. El mejor momento para su tratamiento es durante la infancia o la niñez temprana, ya que por lo general el sistema visual se ha desarrollado completamente después de los nueve años de edad y no puede ser cambiado. Por esto se recomienda que la visión de los niños sea monitoreada durante las visitas a su doctor principal. Si existe una historia de ambliopía en la familia, los niños deben ser monitoreados por un oftalmólogo (Medico de los Ojos).

El estrabismo, u ojos desalineados, es el caso más común de ambliopía. El ojo que está desalineado es ignorado por el cerebro y “se apaga”. Un error refractivo, cuando hay miopía, hipermetropía o astigmatismo, puede ser otra causa de ambliopía. Si un ojo tiene un error refractivo muy diferente al otro, o si ambos ojos tienen un error refractivo grave, la ambliopía puede desarrollarse en el ojo(s) que está(n) fuera de foco. La forma más severa de ambliopía ocurre cuando hay nubosidad en los tejidos del ojo que previenen que la imagen sea procesada. Esto puede ocurrir cuando hay cataratas durante la niñez o el desarrollo.

La ambliopía es detectada estableciendo la diferencia de visión entre los dos ojos, o visión baja en ambos ojos. Un oftalmólogo examina cuidadosamente los ojos para establecer si otro tipo de condiciones están causando una disminución de la visión.

El tratamiento de la ambliopía consiste en forzar al cerebro a que use el ojo(s) afectado(s). Si existe una presencia de errores refractivos, estos son corregidos con anteojos o lentes de contacto (menos común), o por medio de cirugía refractiva. Si una catarata u otra condición de nubosidad existe, puede ser necesaria una cirugía para aclarar la línea de visión. El estrabismo requiere cirugía antes, durante o después de un tratamiento de ambliopía. Un parche, o un hacer la visión borrosa en el ojo sano temporalmente son tratamientos usados para forzar al cerebro a que reconozca el proceso de información del ojo afectado. Una vez que un máximo de visión es obtenido, el tratamiento debe continuar parte del tiempo por meses o años para mantener la visión recobrada. Entre más temprano se comience el tratamiento, mayor posibilidad de éxito.

]]>

Parálisis de Bell

La Parálisis de Bell, conocida como Parálisis Facial Periférica, es un desorden del nervio facial. Esta condición causa parálisis parcial en un lado de la cara, afectando los músculos de la expresión facial. La parálisis de Bell ocurre generalmente en adultos y se desarrolla repentinamente.

Síntomas de la parálisis de Bell incluyen la incapacidad de sonreír en un lado de la cara o de cerrar un ojo completamente, disminuye la producción de lágrimas y el sentido del gusto, ocasiona visión borrosa y distorciona la audición.

Las causas de la parálisis de Bell son variadas. En la mayoría de los casos, la causa no es identificada, pero se cree que este tipo de parálisis se desarrolla después de una inflamación viral. Otras causas incluyen la activación del sistema de inmunidad y cambios en el fluido de la sangre. La parálisis de Bell es más común en pacientes con diabetes y en mujeres embarazadas.

En la mayoría de los casos, la parálisis de Bell desaparece por sí sola después de algunos meses. Lubricantes para ojos pueden ser usados para prevenir complicaciones. En algunos casos, corticoesteroides o drogas antivirales pueden ser usadas para ayudar en el tratamiento de esta condición.

]]>

Retinopatía Diabética Proliferativa

La retinopatía diabética proliferativa es una complicación de la diabetes causada por cambios en los vasos sanguíneos del ojo. Si usted tiene diabetes, su cuerpo no utiliza o almacena al azúcar de manera apropiada. Altos niveles de azúcar en la sangre crean cambios en las venas, las arterias y los vasos capilares que transportan la sangre a través del cuerpo. Esto incluye los pequeños vasos sanguíneos de la retina, que es la membrana interior que cubre el fondo del ojo y recibe la luz, permitiendo que usted vea.

En la retinopatía diabética proliferativa, los vasos sanguíneos de la retina se dañan de tal manera que se cierran. En defensa, la retina produce nuevos, frágiles vasos sanguíneos que desafortunadamente son anormales y crecen sobre la superficie de la retina, impidiendo el suministro de sangre a la retina.

Ocasionalmente, estos nuevos vasos sanguíneos sangran y causan hemorragias del vítreo. La presencia de sangre en el vítreo, que es la sustancia gelatinosa que llena el centro del ojo, bloquea los rayos de luz impidiendo que lleguen a la retina. Una pequeña cantidad de sangre puede causar manchas flotantes, mientras que una hemorragia grande puede bloquear completamente la visión, permitiendo solo la percepción de luz y oscuridad.

Los nuevos vasos sanguíneos también pueden causar cicatrización de los tejidos. Estas cicatrices se encogen, arrugando y tirando de la retina, y distorsionando la visión. Si la acción de tirar de la retina es severa, la mácula puede desprenderse de su posición original y causar pérdida en la visión.

La cirugía por láser puede ser usada para encoger los vasos sanguíneos anormales y reducir el riesgo de hemorragias. El cuerpo usualmente absorbe la sangre de una hemorragia del vítreo, pero esto puede demorar días, meses, y hasta años. Si la hemorragia del vítreo no cesa dentro de un periodo razonable de tiempo, o si un desprendimiento de la retina es detectado, una operación llamada **vitrectomía** puede ser realizada. Durante la vitrectomía, el cirujano limpia la hemorragia y cualquier cicatriz del tejido que se haya formado, y realiza un tratamiento con rayo láser para prevenir la formación de nuevos vasos sanguíneos anormales.

Algunos pacientes con RDP no presentan síntomas sino hasta cuando ya es muy tarde para su tratamiento. La retina puede estar bastante lesionada, aún antes de que haya cambios en la visión. Existe evidencia significativa que sugiere que la disminución de probabilidades de adquirir retinopatía diabética proliferativa se debe al control riguroso del azúcar en la sangre.

Debido a que muchas veces no hay síntomas de la presencia de retinopatía diabética proliferativa, si usted tiene alguna forma de diabetes debe consultar a su oftalmólogo (Medico de ojos) con frecuencia.

]]>

Capsulotomía Posterior

La capsulotomía posterior es un procedimiento de rayo láser que es necesario en algunos casos después de una cirugía de cataratas.

Durante la cirugía de cataratas, parte de la cápsula frontal (anterior) del lente natural del ojo es removida para tener acceso y remover el lente. La cápsula transparente posterior se mantiene intacta y soporta un lente intraocular (LIO), un disco de plástico o silicona que se implanta en el ojo para reemplazar el lente natural. Mientras la cápsula se mantenga transparente, usted experimentará una buena visión. Sin embargo, entre un 10% y 30% de los casos, la cápsula posterior pierde su claridad. Cuando esto sucede, el oftalmólogo (Medico de ojos) puede crear una apertura en la cápsula utilizando un rayo láser para poder restaurar la visión normal. Este procedimiento se conoce como capsulotomía posterior.

Antes del procedimiento con rayo láser, el oftalmólogo realiza un examen oftalmológico riguroso para asegurarse de que no existe otra razón por la pérdida de la visión.

La capsulotomía posterior es indolora y toma aproximadamente cinco minutos. La presión del ojo es medida 30 minutos después de la operación para cerciorarse de que no se ha elevado. Gotas anti-inflamatorias son prescritas para uso durante tres días después del procedimiento. La visión usualmente mejora en pocas horas.

Raras complicaciones pueden suceder potencialmente después de una capsulotomía posterior, como el incremento de la presión intraocular o un desprendimiento de la retina.

]]>

LASIK por medio de Láser Femtosegundo

Hasta hace poco tiempo, si usted era uno de los millones de pacientes con errores refractivos, anteojos o lentes de contacto eran las únicas opciones para corregir la visión. Con el arribo de la cirugía refractiva, algunos pacientes con miopía, hipermetropía o astigmatismo (una córnea con curvas desiguales), pueden mejorar su visión.

Láser in situ keratomileusis, o **LASIK**, es un procedimiento quirúrgico refractivo que utiliza un rayo láser para reestructurar la córnea. La córnea reestructurada ayuda a enfocar la luz directamente hacia la retina, produciendo así una visión más clara.

El procedimiento LASIK en generalmente ambulatorio utilizando anestesia local por medio de gotas. El procedimiento dura unos quince minutos. El cirujano crea una aleta con un láser especial llamado “**femtosegundo.**” Minúsculas y rápidas pulsaciones de rayos láser son aplicadas a la córnea, creando unas burbujas microscópicas a una determinada profundidad y posición dentro de la córnea. Dicha aleta se crea separando cuidadosamente el tejido en el cual las burbujas se han formado, y es levantada hacia atrás. El rayo frío de un segundo láser, llamado **láser de eximer**, es utilizado para remover una capa fina del tejido de la córnea. La aleta es situada de nuevo en su posición original y sellada sin necesidad de suturas. El tejido removido hace que se reestructure la forma de la córnea permanentemente.

Una capa transparente protege la aleta durante el primer día y la noche. La visión es un poco nubosa inmediatamente después del procedimiento, pero se aclara rápidamente, a menudo en solo unas pocas horas. Su visión debe ser clara al día siguiente. El proceso de recuperación es generalmente menos doloroso que otros procedimientos de cirugía refractiva, ya que el rayo láser remueve el tejido interior de la córnea, no el de la superficie. Antibióticos y gotas de esteroides se usan varias veces al día durante la primera semana, al igual que gotas humectantes. Después de la primera semana, las únicas gotas que deben ser usadas son las humectantes.

Algunos pacientes experimentan visión baja después del procedimiento LASIK. La cirugía puede resultar en alguna hipocorrección o hipercorrección, lo que puede ser mejorado con una segunda cirugía. Otras complicaciones, menos frecuentes, pueden incluir la dislocación de la aleta, un crecimiento epitelial interior e inflamación o infección por debajo de la aleta. La mayoría de estas complicaciones pueden ser manejadas sin pérdida alguna de la visión. Una pérdida permanente de la visión es muy rara en este tipo de procedimiento.

El candidato ideal para el procedimiento LASIK debe tener un error refractivo estable, un grosor adecuado y forma normal de la córnea, libre de enfermedades del ojo, y con un mínimo de dieciocho años de edad para poder aceptar el potencial de riesgo, complicaciones o efectos secundarios.

]]>

LASIK por medio de Láser Microkeratoma

Hasta hace poco tiempo, si usted era uno de los millones de pacientes con errores refractivos, anteojos o lentes de contacto eran las únicas opciones para corregir la visión. Con el arribo de la cirugía refractiva, algunos pacientes con miopía, hipermetropía o astigmatismo (una córnea con curvas desiguales), pueden mejorar su visión.

Láser in situ keratomileusis, o **LASIK**, es un procedimiento quirúrgico refractivo que utiliza un cortador llamado **microkeratoma** para crear una aleta en y un rayo láser para reestructurar la córnea. La córnea reestructurada ayuda a enfocar la luz directamente hacia la retina, produciendo así una visión más clara.

El procedimiento LASIK en generalmente ambulatorio utilizando anestesia local por medio de gotas. El procedimiento dura unos quince minutos. El cirujano crea una aleta con un microkeratoma. La aleta es levantada y vuelta hacia atrás, y un rayo láser frío, llamado de eximer, es utilizado para remover una capa fina del tejido de la córnea. La aleta es situada de nuevo en su posición original y sellada sin necesidad de suturas. El tejido removido hace que se reestructure la forma de la córnea permanentemente.

Una capa transparente protege la aleta durante el primer día y la noche. La visión es un poco nubosa inmediatamente después del procedimiento, pero se aclara rápidamente, a menudo en solo unas pocas horas. Su visión debe ser clara al día siguiente. El proceso de recuperación es generalmente menos doloroso que otros procedimientos de cirugía refractiva, ya que el rayo láser remueve el tejido interior de la córnea, no el de la superficie. Antibióticos y gotas de esteroides se usan varias veces al día durante la primera semana, al igual que gotas humectantes. Después de la primera semana, las únicas gotas que deben ser usadas son las humectantes.

Algunos pacientes experimentan visión baja después del procedimiento LASIK. La cirugía puede resultar en alguna hipocorrección o hipercorrección, lo que puede ser mejorado con una segunda cirugía. Otras complicaciones, menos frecuentes, pueden incluir la dislocación de la aleta, un crecimiento epitelial interior e inflamación o infección por debajo de la aleta. La mayoría de estas complicaciones pueden ser manejadas sin pérdida alguna de la visión. Una pérdida permanente de la visión es muy rara en este tipo de procedimiento.

El candidato ideal para el procedimiento LASIK debe tener un error refractivo estable, un grosor adecuado y forma normal de la córnea, libre de enfermedades del ojo, y con un mínimo de dieciocho años de edad para poder aceptar el potencial de riesgo, complicaciones o efectos secundarios.

]]>

Enfermedad de la Margen del Párpado

La enfermedad de la margen del párpado es una inflamación común frecuentemente crónica de los párpados. Sus síntomas incluyen irritación, rasquiña, y ocasionalmente ojos rojos. Esta condición ocurre frecuentemente en las personas con tendencia a tener piel grasosa, caspa, o resequedad en los ojos.

Hay bacterias que normalmente residen sobre la piel de todo individuo, pero en algunas personas se multiplican en gran cantidad sobre la piel, en la base de las pestañas. Si algunas glándulas sebáceas cercanas son hiperactivas, pueden causar la formación de escamas parecidas a la caspa y de partículas que se localizan a lo largo de las pestañas y bordes (márgenes) de los párpados, lo que a su vez puede causar ojos rojos, picazón o ardor.

Aunque es posible que la enfermedad de la margen del párpado no sane, puede ser controlada con algunas reglas de higiene diaria:

- Por lo menos dos veces al día, colóquese un paño limpio de agua tibia sobre los párpados cerrados, por cinco minutos. Cuando se enfríe, remoje de nuevo el paño y repita la operación dos o tres veces. Esto ayuda a ablandar y desprender las escamas y otro tipo de formaciones. Mucho más importante, ayuda hacer líquidas las secreciones grasosas de las glándulas sebáceas de los párpados previniendo el desarrollo del chalazión, que es un quiste inflamado en alguna de las glándulas sebáceas del párpado.
- Con el dedo cubierto con un paño de aseo personal delgado, un hisopo de algodón, o un cojincillo libre de pelusa, refriegue cuidadosamente la base de las pestañas, por 15 segundos en cada párpado, aproximadamente.

Las medicinas, cuando son necesarias, incluyen:

- lágrimas artificiales para aliviar los síntomas de sequedad del ojo (gotas para los ojos, disponibles sin necesidad de prescripción medica.);
- antibióticos (oral o ungüento) para disminuir bacteria presente sobre los párpados; y
- ocasionalmente esteroides (por tiempo limitado) para disminuir la inflamación.

Las medicinas por si solas no son suficientes; la aplicación de calor y la limpieza detallada de las pestañas diariamente son claves para controlar la enfermedad de la margen del párpado.

]]>

Chalazión

Chalazión es una hinchazón del párpado causada por la inflamación de alguna de las glándulas productoras de grasa que se localizan en el párpado superior o inferior. Es confundido algunas veces con el orzuelo, que también puede aparecer como un abultamiento en el párpado, pero es en realidad una infección del folículo de alguna pestaña, formando un pequeño bulto que se torna rojo e irritado. El chalazión tiende a ocurrir un tanto más distanciado del borde del párpado que un orzuelo, y generalmente apunta hacia el interior del párpado. En ocasiones, el chalazión puede causar la inflamación repentina del párpado, pero generalmente hay un punto más doloroso que el resto del mismo.

Cuando el chalazión es pequeño y no presenta síntomas, puede desaparecer por sí solo. Si el chalazión es grande, puede causar visión borrosa. El chalazión es tratado por medio de los siguientes métodos, o alguna combinación de estos:

- Compresas de agua tibia para bajar la inflamación de la glándula irritada;
- Ungüentos de antibióticos pueden ser prescritos si alguna bacteria ha infectado el chalazión;
- Inyecciones de esteroides para ayudar a bajar la inflamación;
- Cirugía puede ser recomendada para drenar un chalazión grande si no responde a otros tratamientos. El procedimiento se hace por lo general con anestesia local en el consultorio del oftalmólogo.

Los chalaziones generalmente responden bien al tratamiento, sin embargo algunas personas son más susceptibles a que estos sean recurrentes. Si un chalazión se repite en el mismo sitio, su oftalmólogo (Medico de ojos) puede sugerir una biopsia para descartar problemas aun más serios.

]]>

Retinopatía Diabética No-Proliferativa

Si usted tiene diabetes mellitus, su cuerpo no utiliza o almacena el azúcar de manera adecuada. A medida que avanza la enfermedad, esta puede dañar los vasos sanguíneos de la retina (la membrana nerviosa localizada en la parte posterior del ojo que percibe la luz y ayuda a enviar las imágenes al cerebro). El daño a los vasos sanguíneos de la retina es llamado retinopatía diabética.

La retinopatía diabética no-proliferativa (RDNP), comúnmente llamada retinopatía de fondo, es una etapa temprana de la retinopatía diabética proliferativa. Durante esta etapa, algunos pequeños vasos sanguíneos de la retina dejan escapar sangre u otros fluidos. El escape de fluidos causa la hinchazón de la retina, o la formación de depósitos llamados exudados.

Mucha gente con diabetes tiene una leve RDNP, lo que generalmente no afecta la visión. Si la visión es afectada, es como resultado de un edema macular y/o una isquemia macular.

El edema macular es la hinchazón o engrosamiento de la mácula, que es el área pequeña en el centro de la retina que nos permite ver detalles claramente. La hinchazón se debe al escape de fluidos en los vasos sanguíneos de la retina. Esta es la causa más común de pérdida visual entre diabéticos. La pérdida de visión puede ser leve o severa, pero inclusive en los peores casos, la visión periférica (lateral) continua funcionando. El tratamiento por rayo láser puede ser usado para controlar la pérdida de visión causada por el edema macular. Nuevas formas de tratamiento están siendo investigadas.

La isquemia macular ocurre cuando pequeños vasos sanguíneos (llamados también capilares), se cierran. La visión se torna borrosa debido a que la mácula no recibe suficiente cantidad de sangre que le permita funcionar correctamente. Desafortunadamente, no hay tratamientos efectivos contra la isquemia macular.

Un examen de la visión es la única manera de encontrar cambios en el interior del ojo. Si su oftalmólogo (Medico de ojos) encuentra una retinopatía diabética, él o ella puede ordenar fotografías a color de la retina, un examen especial llamado angiografía con fluoresceína, o una tomografía óptica coherente (TOC) para saber si usted necesita un tratamiento.

Si usted tiene diabetes, la detección temprana de la retinopatía diabética es la mejor protección contra la pérdida de la visión. Usted puede minorizar el riesgo de perder la vista de manera significativa manteniendo un control estricto del azúcar en la sangre, y visitando a su oftalmólogo regularmente. Gente con diabetes debe hacerse un examen por lo menos una vez al año. Mujeres embarazadas con diabetes deben hacerse un examen durante el primer trimestre, ya que la retinopatía diabética puede progresar rápidamente durante el embarazo. Exámenes del ojo más frecuentes pueden ser necesarios después de que la retinopatía diabética ha sido diagnosticada.

]]>

Intraocular Lenses

Un lente intraocular (LIO) es un disco de plástico o silicona, muy pequeño y de peso muy liviano que se coloca en el ojo durante una cirugía de cataratas. El lente intraocular reemplaza el poder de foco del lente natural del ojo.

El lente natural de sus ojos juega un papel importante en el enfoque de imágenes sobre la retina. Cuando una catarata se desarrolla, el lente pierde su transparencia (claridad). Los rayos de luz no pueden ser enfocados claramente, y la imagen que usted ve es borrosa. Anteojos o lentes de contacto pueden corregir menores errores refractivos causados por anteriores cataratas, pero no pueden ayudar a tener una visión nítida si existe una catarata en estado avanzado.

El único tratamiento para un caso severo de cataratas es remover el lente natural del ojo y reemplazarlo con un lente intraocular. Los lentes intraoculares ofrecen muchas ventajas. Opuesto al uso de lentes de contacto en el cual estos deben ser removidos, limpiados y reinsertados, el lente intraocular permanece en el ojo después de la cirugía.

Un lente intraocular puede ser implantado al frente o detrás del iris (detrás del iris con más frecuencia). Puede ser hecho de plástico duro, suave, o de silicona suave. Lentes suaves con posibilidad de doblarse pueden ser insertados a través de una pequeña incisión, lo que ayuda a acortar el tiempo de recuperación después de la cirugía.

La rápida evolución de diseño de lentes intraoculares, materiales y técnicas de implante, han hecho que la restauración de la visión normal después de una cirugía de cataratas sea segura y práctica.

]]>

Catarata

Sus ojos trabajan en forma similar a una cámara fotográfica. Los rayos de luz entran a través de sus lentes hacia la retina, la capa con células sensitivas a la luz en la parte posterior del ojo. Al igual que un rollo de película fotográfica, la retina permite que la imagen sea “vista” por el cerebro.

Con el paso del tiempo, el lente de su ojo puede tornarse nuboso, previniendo que los rayos de luz pasen claramente a través suyo. La pérdida de transparencia puede ser tan mínima que casi no afecta la visión, o tan severa que las formas y los movimientos no pueden verse, solo la luz y la oscuridad. Cuando el lente se torna lo suficientemente nuboso como para obstruir la visión en grado significativo, se le llama **catarata**. Anteojos o lentes de contacto usualmente pueden corregir leves errores refractivos causados por anteriores cataratas, pero no pueden ayudar a la definición de la visión cuando una catarata está presente.

La causa más común de las cataratas es el envejecimiento. Otras causas incluyen trauma, medicamentos como los esteroides, enfermedades sistémicas como la diabetes, y la prolongada exposición a los rayos ultravioleta. En ocasiones, algunos bebés nacen con cataratas.

Tipicamente, las cataratas se desarrollan lenta y progresivamente, disminuyendo la visión gradualmente y sin dolor. Otros cambios que usted puede experimentar incluyen visión borrosa; halos de luz, particularmente de noche; cambios frecuentes en sus prescripciones de anteojos; disminución de la intensidad de los colores; imágenes amarillentas; y en casos menos frecuentes doble visión.

A medida que el lente natural del ojo se endurece, la gente que no puede ver de cerca (con presbicia o hipermetropía), y que tienen dificultad en enfocar objetos a corta distancia, pueden experimentar mejoría en su visión a corta distancia y depender menos de anteojos para leer. Sin embargo, la gente que no puede ver de lejos (con miopía) pueden desarrollar aún más la miopía, con una visión a distancia empeorada. Algunos tipos de cataratas afectan la visión a distancia más que la visión para leer. Otros afectan la visión para leer más que la visión a distancia.

El uso de sombreros de ala ancha y anteojos de sol para protegerse de los rayos ultravioleta puede reducir el riesgo de desarrollar una catarata, pero una vez desarrollada, no hay cura excepto a por medio de cirugía.

A través de una cirugía ambulatoria de rutina, un oftalmólogo (Medico de ojos) puede remover las cataratas a través de pequeñas incisiones (utilizando facoemulsificación/ultrasonido) o una mayor incisión (extracción extra capsular). Usualmente, un lente intraocular sintético (LIO) es insertado cuando la catarata es extraída para reemplazar el poder de foco del lente natural. Estos lentes intraoculares pueden ser para monovisión (foco fijo para una distancia determinada), o multifocal para permitir un foco de visión a varias distancias. El momento de someterse a la operación de cataratas es cuando la visión es lo suficientemente mala como para interferir en las actividades de la vida diaria.

La cirugía de cataratas es muy exitosa. Un millón y medio de personas se someten a este tipo de operación cada año en los Estados Unidos, con un 95% de éxito. Como en todo tipo de intervención quirúrgica, puede haber complicaciones durante o después de la operación, siendo algunas tan severas que pueden limitar la visión. Pero en la mayoría de los casos, la visión, al igual que la calidad de vida, mejoran.

]]>

Glaucoma—Generalidades

El glaucoma es una enfermedad del nervio óptico, la parte del ojo que transmite las imágenes que vemos hacia el cerebro. El nervio óptico es formado por muchas fibras nerviosas (como un cable eléctrico con numerosos filamentos). El glaucoma daña las fibras nerviosas, lo que puede causar puntos ciegos en nuestra visión, y posteriormente la pérdida de la misma.

El glaucoma tiene que ver con la presión que se acumula en el interior del ojo, o **presión intraocular** (PIO). Cuando el líquido transparente que normalmente fluye hacia adentro y afuera del ojo (humor acuoso), no puede drenarse apropiadamente, se acumula presión en el ojo. El incremento de presión intraocular puede dañar el nervio óptico y contribuir a la pérdida de la visión.

La forma más común del glaucoma es el **glaucoma primario de ángulo abierto**, en el cual el *humor acuoso* que circula normalmente en la parte frontal del ojo, es bloqueado y no puede fluir hacia afuera del ojo a través de un pequeño sistema de drenaje. Mucha gente con glaucoma primario de ángulo abierto no siente síntoma alguno hasta que la visión es afectada.

La hipertensión ocular es a menudo una iniciación de glaucoma de ángulo abierto. Cuando la presión ocular es mayor de lo normal, el riesgo de desarrollar glaucoma es mayor. Algunos factores de riesgo son decisivos en el desarrollo de glaucoma, incluyendo el nivel de presión intraocular, historia familiar, o el grosor de la córnea. Si su riesgo es alto, su oftalmólogo (Medico de ojos) puede recomendar un tratamiento para bajar la presión intraocular y prevenir daños futuros.

En el **glaucoma de ángulo cerrado**, el iris (la parte coloreada del ojo), puede caer sobre el ángulo de drenaje cerrándolo por completo, bloqueando abruptamente el flujo del humor acuoso, y causando un incremento de la presión intraocular. En el glaucoma de ángulo cerrado agudo, hay un incremento repentino de la presión intraocular debido a la concentración de humor acuoso. Esta condición se considera como emergencia porque el daño al nervio óptico y la pérdida de la visión pueden ocurrir en cuestión de horas. Los síntomas pueden incluir náusea, vómito, visión de halos alrededor de la luz, y dolor en el ojo.

Personas con presión intraocular “normal” pueden experimentar pérdida de la visión debida al glaucoma. Esta condición es llamada **glaucoma de tensión normal**. En este tipo de glaucoma, el nervio óptico es afectado, aún cuando la presión intraocular se considere normal. El glaucoma de tensión normal aún no se comprende en su totalidad, pero sabemos que la baja del nivel de presión intraocular ayuda a demorar el progreso de este tipo de glaucoma.

El **glaucoma infantil**, que puede desarrollarse en la infancia, la niñez o la adolescencia, no es muy frecuente. Tal como en el glaucoma primario de ángulo abierto, hay pocos o ningún síntoma en la primera etapa. Ceguera puede resultar de no ser tratado. Este tipo de glaucoma puede ser hereditario, como la mayoría de los tipos de glaucoma. Señales de la presencia de esta enfermedad incluyen:

- nubosidad de la córnea (la parte transparente en el frente del ojo);
- desprendimiento; y
- engrandecimiento del ojo.

Su oftalmólogo puede decirle si existe la posibilidad de padecer de glaucoma si usted tiene uno o más factores de riesgo, incluyendo una elevada presión intraocular, historia familiar de glaucoma, un origen étnico en particular, edad avanzada, o alguna condición que afecte el nervio óptico. Si usted está en riesgo de padecer de glaucoma, es importante que visite a su oftalmólogo con frecuencia.

La meta del tratamiento del glaucoma es bajar la presión del ojo para prevenir o demorar la pérdida de la visión. Su oftalmólogo le recomendará un tratamiento si el riesgo de perder la vista es alto. El tratamiento consiste en gotas para los ojos, y puede incluir procedimientos con rayo láser o cirugía para crear un nuevo sistema de drenaje en el ojo. El glaucoma es una enfermedad crónica que puede ser controlada, pero no curada. Un monitoreo frecuente (cada cuatro o seis meses) es necesario para reconocer los cambios. Pregunte a su oftalmólogo acerca del glaucoma y su tratamiento.

]]>