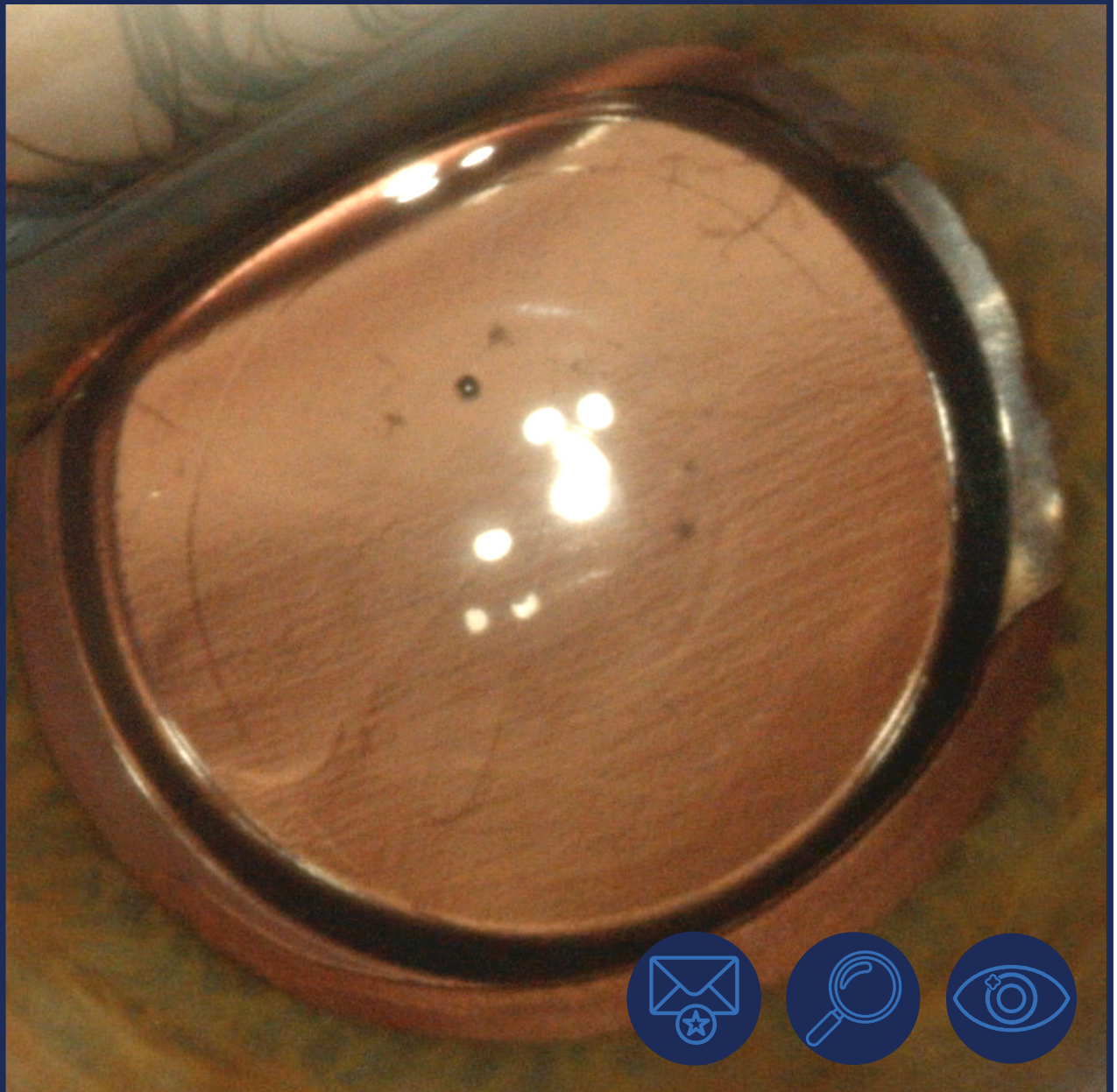


Año XXV | N° 60
Junio 2025

Refractiva

Publicación de la Sociedad Argentina de Córnea, Refractiva y Catarata

Edición especial: **Presbicia 360**



ISSN 1666-0552



SOCIEDAD ARGENTINA
DE CÓRNEA, REFRACTIVA
Y CATARATA

www.sacryc.com.ar


SACRYC

 SOCIEDAD ARGENTINA
DE CÓRNEA, REFRACTIVA
Y CATARATA

Publicación de la Sociedad Argentina de Cornea, Refractiva y Catarata

COMISIÓN DIRECTIVA 2025-2026
Presidente:

Josefina Botta

Vicepresidente 1°:

Roger Zaldivar

Vicepresidente 2°:

Carlos H. Gordillo

Secretario Académico:

Luciano Perrone

Tesorero:

Hugo D. Nano

Sub Tesorero:

Lucía Ferroni

Vocal 1°:

Esteban Medina

Vocal 2°:

Franco Pakoslawski

Vocales suplentes:

Tomás Jaeschke

Diego Croce

Revisor de cuentas:

Mariana Palavecino

Dirección de publicaciones:

Liliana Abuin

Colaborador de publicaciones:

Gustavo Galperin

Coordinadora ejecutiva:

Natacha Giusto

Comisión de Asesores:

Adriana Tytiun

María José Cosentino

Carlos Ferroni

Hugo Daniel Nano

Roberto Albertazzi

Roberto Zaldivar

Robert Kaufer

www.sacryc.com.ar

Editorial

Palabras de la Dra. Josefina Botta

 Presentación de la nueva Comisión
SACRYC 2025-2026

Práctica Profesional
Presbicia 360

 Corrección de la presbicia con anteojos o con
lentes de contacto

Dr. Tomás Pfortner

¿A quién tratar con el Método Benozzi?

Dra. Giovanna Benozzi

 Cirugía de presbicia con Láser Excimer:
Selección precisa y análisis de resultados
Dra. María José Cosentino

Presbyond

Dr. Franco Pakoslawski

 Presbicia y miopía: una nueva indicación
para la IPCL trifocal difractiva-refractiva
Dr. Germán Bianchi

 Corrección de la presbicia con lente intraocular
EDOF

Dr. Santiago Onnis

¿Quién es el paciente ideal para lentes trifocales?

Dr. Fernando Mayorga

 Lente intraocular en espiral de corrección
completa de visión

Dr. Diego Croce


Fotografía de tapa

 Implante de lio Galaxy bajo microscopio
quirúrgico

Dra. Josefina Botta



Editorial

de la Dra. Josefina Botta

Una mirada luminosa al futuro de la cirugía de catarata, córnea y refractiva

Como presidente de la Sociedad Argentina de Córnea, Catarata y Refractiva (SACRYC), me honra compartir con ustedes unas reflexiones que no solo celebran el camino recorrido, sino que vislumbran con entusiasmo el horizonte de nuestra especialidad. Vivimos una época apasionante, marcada por la transformación continua, donde ciencia, tecnología y humanismo convergen para redefinir los estándares del cuidado ocular.

En las últimas décadas, nuestra especialidad ha experimentado una evolución extraordinaria. Lo que antaño era considerado un procedimiento rehabilitador se ha convertido, gracias a la innovación y al perfeccionamiento técnico, en una cirugía de alta precisión con aspiraciones refractivas. La cirugía de catarata moderna, potenciada por plataformas inteligentes, lentes intraoculares de avanzada y métodos de diagnóstico sin precedentes, ha trascendido su carácter restaurador para ofrecer una verdadera promesa de calidad visual y, con ello, de calidad de vida.

El futuro, sin duda, será aún más prometedor. Avanzamos hacia una oftalmología personalizada, impulsada por la inteligencia artificial, la cirugía guiada por imagen y la integración de datos biométricos en tiempo real. Estas herramientas no solo optimizarán los resultados clínicos, sino que permitirán una planificación quirúrgica más precisa, segura y adaptada a cada individuo. La medicina de precisión dejará de ser una aspiración teórica para convertirse en una realidad palpable en nuestros quirófanos.

Asimismo, somos testigos de una creciente valorización del rol del cirujano como agente de cambio social. Mejorar la visión no solo restaura la independencia funcional del paciente; también dignifica, empodera y transforma realidades. Por ello, nuestro compromiso debe ir más allá del acto quirúrgico: debemos ser impulsores de la equidad en el acceso a la salud visual, tanto en centros urbanos como en regiones alejadas o vulnerables.

Refractiva

Año XXV - N° 60 - Junio 2025

Publicación de la Sociedad Argentina de Córnea, Refractiva y Catarata, Asociación Civil

E-mail: info@sacryc.com.ar

Web: www.sacryc.com.ar

Directora editorial: Dra. Liliana Abuín

Colaborador de publicaciones: Dr. Gustavo Galperin

Registro de propiedad intelectual: 948.7 IO

ISSN: 1666-0552

"La reproducción total o parcial de los artículos de esta publicación no puede realizarse sin la autorización expresa por parte de los editores.

La responsabilidad por los juicios, opiniones, puntos de vista o traducciones expresados en los artículos publicados corresponde exclusivamente a sus autores".

Edición: DG Dolores Romera | edicionrefractiva@gmail.com

SACRyR reafirma su vocación de liderazgo en este tiempo de grandes desafíos y mayores oportunidades. Continuaremos trabajando en la formación continua, la investigación rigurosa y la articulación con instituciones nacionales e internacionales que compartan nuestra pasión por la excelencia. Apostamos a una oftalmología argentina pujante, creativa y con proyección global. Es por ello que SACRyC propone la creación de puentes de integración con sociedades afines tanto regionales como globales. En el mes de mayo junto a BRASCRS y once naciones latinoamericanas conformó el bloque LATAMSCRS, para fortalecer el intercambio científico en la región y así también comenzó el acercamiento con propuestas de valor con ESCRS que se desarrollarán durante este año.

Invito a cada colega cirujano, joven o experimentado, a abrazar con entusiasmo este tiempo de cambio. Porque el porvenir de nuestra especialidad no está solo en la tecnología que adoptemos, sino en la visión ética y humana con la que la apliquemos. Y esa visión, estoy convencida, es tan prometedora como luminosa.

Dra. Josefina Botta

Presidente

Sociedad Argentina de Cirugía de Catarata y Refractiva (SACRyC)

Presentación de la nueva Comisión 2025-2026

Presidenta

Josefina Botta

Vicepresidente 1°

Roger Zaldivar

Vicepresidente 2°

Carlos H. Gordillo

Secretario Académico

Luciano Perrone

Tesorero

Hugo D. Nano

Sub Tesorero

Lucía Ferroni

Vocal 1°

Esteban Medina

Vocal 2°

Franco Pakoslawski

Vocales suplentes

Tomás Jaeschke

Diego Crocce

Revisor de cuentas

Mariana Palavecino

Dirección de publicaciones

Liliana Abuin

Colaborador de publicaciones

Gustavo Galperin

SACRyC Federal

Francisco Jure

Pablo Adamek

Leandro Caffaratti

Santiago Onnis

Diego Desio

Noel Rivero

SACRyC Joven

Pilar Lucena

Federico Pereyra

Florencia Bellani

Francisco Arany

Dante Buonsanti

Santiago Mercáu

Coordinadora ejecutiva

Natacha Giusto

Comisión de Asesores

Adriana Tytiun

María José Cosentino

Carlos Ferroni

Hugo Daniel Nano

Roberto Albertazzi

Roberto Zaldivar

Robert Kaufer

Presbicia 360



Corrección de la presbicia con anteojos o con lentes de contacto

Dr. Tomás Pfortner



¿A quién tratar con el Método Benozzi?

Dra. Giovanna Benozzi



Cirugía de presbicia con Láser Excimer

Dra. María José Cosentino



Presbyond

Dr. Franco Pakoslawski



Presbicia y miopía: una nueva indicación para la IPCL trifocal difractiva-refractiva

Dr. Germán Bianchi



Corrección de la presbicia con lente intraocular EDOF

Dr. Santiago Onnis



¿Quién es el paciente ideal para lentes trifocales?

Dr. Fernando Mayorga



Lente intraocular en espiral de corrección completa de visión

Dr. Diego Croce

Corrección de la presbicia con anteojos o con lentes de contacto

Dr. Tomás Pförtner

Los anteojos progresivos son, en la actualidad, la opción más simple, eficiente y segura para tratar ópticamente la presbicia. Con los generadores *Free-Form*, es posible tallar lentes que minimizan aberraciones periféricas y amplían el campo visual, brindando una experiencia visual natural y satisfactoria.

En Argentina, empresas de trayectoria internacional como Essilor, Hoya, Novar, Rodenstock y Zeiss ofrecen lentes progresivas de alta calidad, que se dividen en ocupacionales y multifocales.

Las lentes ocupacionales corrigen solo la visión intermedia y cercana, con regresiones desde la zona de lectura hacia la intermedia, según las necesidades del usuario. La adición para cerca se reduce entre -0.75 y -1.50 dioptrías. Son ideales para trabajos de escritorio, ya que proporcionan excelente visión de pantalla y lectura.

Las lentes multifocales, en cambio, son adecuadas para quienes requieren corrección para lejos, ofreciendo una visión cómoda en todas las distancias: lejana, intermedia y cercana.

En ambos casos, factores como la elección del armazón, la medición precisa de parámetros (distancia nasopupilar, ángulo pantoscópico, etc.) y la correcta adaptación de los centros ópticos son claves para un resultado exitoso.

Los usuarios de lentes de contacto pueden corregir la presbicia con anteojos de lectura u ocupacionales. Otra opción es la monovisión: se corrige el ojo dominante para lejos y el contralateral para cerca. Aunque eficaz, puede reducir la estereopsis. Por eso, se recomienda usar anteojos que restituyan la visión lejana en situaciones como la conducción.

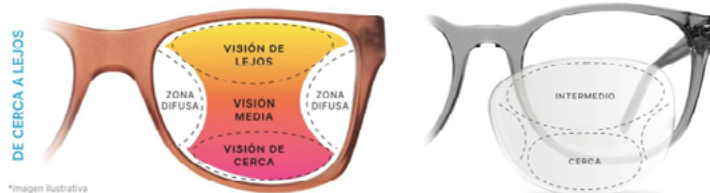
La adaptación de lentes de contacto multifocales de visión simultánea tiene un éxito estimado del 60% tras una cuidadosa selección. Factores excluyentes son cataratas, astigmatismos mayores a 0.75 D, agudeza visual inferior a 0.80 , topografía corneal irregular y sequedad ocular. También influye la coincidencia o cercanía del eje visual con el centro topográfico.

En todos los casos, es imprescindible realizar una prueba fáctica con las lentes.

Soluciones para presbicia

ANTEOJOS

- De lectura
- Bifocales
- Progresivos (Multifocales)
- Progresivos (intermedia-cerca)
- Interview regresión { -0.80
 -1.30
- Office regresión { -0.75
 -1.50



¿A quién tratar con el Método Benozzi?

Dra. Giovanna Benozzi



La presbicia es una condición universal y progresiva que impacta la calidad de vida, especialmente en adultos activos. En este contexto, el tratamiento farmacológico representa una opción innovadora, segura y no invasiva. El Método Benozzi, desarrollado en la Argentina y aplicado en más de 30.000 pacientes, con más de 15 años de experiencia, utiliza una combinación de un agonista muscarínico con un antiinflamatorio no esteroideo en distintas concentraciones ofreciendo versatilidad y personalización de tratamiento, que ofrece una respuesta acomodativa dual que estimula el músculo ciliar y el iris, sin generar efectos adversos serios, ni a corto ni a largo plazo.

Para seleccionar adecuadamente entre las distintas herramientas terapéuticas disponibles en la actualidad (aéreos, lentes de contacto, farmacológico, quirúrgico), es fundamental clasificar con precisión el grado funcional de presbicia de cada paciente. Esta diferenciación permite personalizar el abordaje y ajustar el tratamiento a las necesidades visuales de cada paciente.

Clasificación funcional de la presbicia

- Presbicia leve: dificultad puntual para leer letra pequeña a 20–25 cm, especialmente con baja luz. No siempre requiere corrección, pero puede beneficiarse de una adición $\leq +1.25$ D. Afecta tareas como leer etiquetas o prospectos.
- Presbicia moderada: dificultad constante para visión próxima e intermedia (hasta 40–50 cm), con creciente dependencia de corrección óptica. Requiere adición entre +1.50 y +2.00 D. Afecta el uso habitual del celular o lectura de papel.
- Presbicia avanzada: compromiso funcional sostenido en distancias de cerca e intermedia (hasta 60–80 cm), con dificultad en la visión lejana. Necesita corrección óptica permanente, con adición $\geq +2.25$ D. Impacta tareas como uso de computadora o lectura prolongada, ver la comida con precisión, así como ver televisión o conducir.

El perfil ideal incluye pacientes entre 40 y 60 años, con presbicia leve a moderada, emétopes o con ametropías bajas (hasta $\pm 2,00$ D), sin patologías oculares asociadas, que aún con-

servan cierta capacidad acomodativa funcional. Este grupo no suele ser candidato a cirugía refractiva, pero sí responde favorablemente al estímulo farmacológico. El interrogatorio visual, las pruebas funcionales (ARM, amplitud y habilidad acomodativa, estereopsis, cicloplegia) y una prueba terapéutica previa permiten confirmar la indicación.

¿A quién tratar?

- Edad: pacientes entre 40 y 60 años, en etapas iniciales o medias de la presbicia.
- Refracción: emétopes, hipermetropes y miopes leves (hasta $\pm 2,50$ D), astigmatismos bajos.
- Salud ocular: sin patologías oculares activas.
- Motivación: pacientes interesados en evitar corrección óptica o quirúrgica, con compromiso para el seguimiento.
- Evaluación previa: buena respuesta a la prueba farmacológica y resultados funcionales favorables (ARM, amplitud acomodativa, etc.).

¿A quién no tratar?

- Mayores de 65 años con baja respuesta al estímulo farmacológico.
- Pacientes pseudofáquicos.
- Ametropías elevadas o anisometropías significativas.
- Presbicia avanzada con cataratas o enfermedades oculares activas.
- Falta de motivación o percibida impresión clínica de baja adherencia al tratamiento.

Tips clínicos importantes

- Realizar fondo de ojo con evaluación de la retina periférica.
- Evitar la sobreestimulación del músculo ciliar para prevenir efectos miopizantes.
- Ajustar la formulación según la refracción con cicloplegia y la respuesta funcional del paciente.
- Explicar al paciente el carácter reversible del tratamiento y la importancia del cumplimiento.

Cirugía de presbicia con Láser Excimer. Selección precisa y análisis de resultados

Dra. María José Cosentino

La presbicia, manifestación inevitable del envejecimiento visual, plantea un desafío creciente en pacientes activos que desean reducir su dependencia de anteojos. La cirugía corneal con láser excimer representa hoy una alternativa para un grupo bien seleccionado de pacientes, particularmente aquellos con hipermetropía leve o emetropía entre los 47 y 55 años.

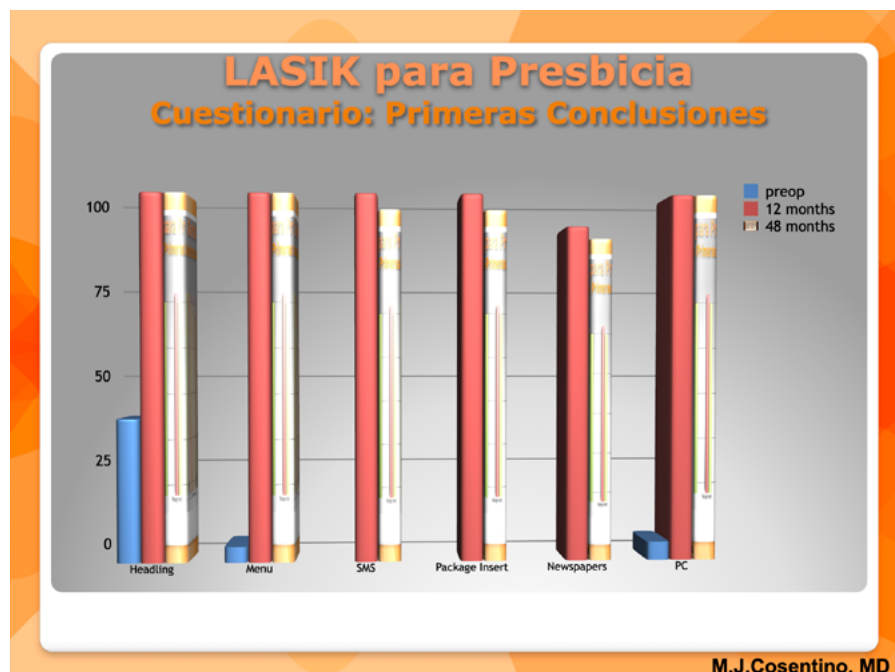
El procedimiento se basa en técnicas como el LASIK multifocal, monovisión corneal y correcciones intraestromales, aplicadas tanto de forma uni como bilateral. A diferencia de la monovisión clásica, la multifocalidad corneal no busca una diferencia refractiva entre ambos ojos, sino una distribución del foco visual en una misma córnea. Evaluamos 96 pacientes hipermétropes y 32 emétopes con seguimientos de hasta 4 años. Los resultados muestran una refracción estable, mejora sostenida en la agudeza visual cercana, intermedia y lejana, y buena tolerancia clínica.

La clave del éxito radica en la cuidadosa selección del candidato. Es esencial identificar pacientes sin catarata, con dominancia ocular bien definida, buena salud corneal y expectativas realistas.

Las pruebas de tolerancia con lentes de contacto ayudan a anticipar la adaptación visual posoperatoria, especialmente cuando se plantea monovisión. Esta última, útil en pacientes no aptos para multifocalidad, permite independencia parcial de anteojos, aunque puede afectar la estereopsis y sensibilidad al contraste.

A largo plazo, los resultados con monovisión muestran estabilidad refractiva y una proporción elevada de pacientes con agudeza visual sin corrección igual o superior a 20/40. No obstante, la estrategia debe ajustarse a cada caso, considerando ametropías preexistentes, edad y tipo de actividad diaria.

En conclusión, la cirugía de presbicia sobre la córnea mediante láser excimer se consolida como una herramienta valiosa dentro del arsenal refractivo y en un nicho adecuado de selección de pacientes. Con protocolos ajustados, asesoramiento claro y planificación quirúrgica personalizada, ofrece beneficios tangibles en calidad de vida visual para una población cada vez más demandante.



Presbyond

Dr. Franco Pakoslawski

Introducción

La monovisión, con o sin modificación de la asfericidad corneal, se incorporó como una opción de tratamiento para la presbicia (LASIK-monovisión).

Con Presbyond Laser Blended Vision, es posible obtener buen foco en visión binocular, siendo efectiva, de cerca de intermedia y lejos.

En un ojo sin aberración esférica, la luz se enfoca en un punto, por lo que cualquier movimiento hacia adelante o hacia atrás del objeto lo desenfocará instantáneamente. Sin embargo, si introducimos alguna aberración esférica en el sistema, hay diseminación del punto focal, lo que significa que hay un rango más amplio de distancias donde el foco es equivalente, aunque ligeramente reducido.

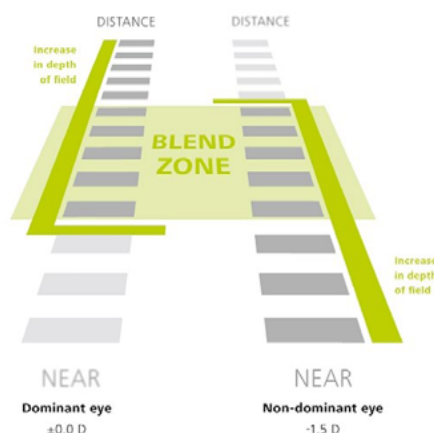
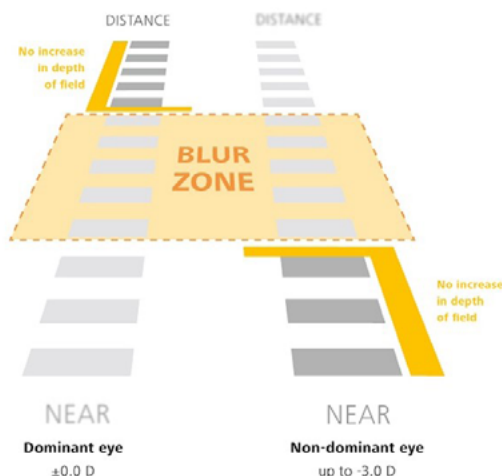
Esto, por supuesto, se aplica a la imagen retiniana, pero la imagen todavía se percibe con buena calidad como si no hubiera aberraciones debido a la capacidad natural de la corteza visual para “procesar” la aberración esférica. El objetivo de esta cirugía es aumentar la profundidad de foco disminuyendo las aberraciones esféricas sin eliminarlas por completo. La modificación de la asfericidad corneal es simplemente una extensión del estado natural de los ojos, ya que todos tienen alguna forma de asfericidad natural, y el cerebro ya está programado para realizar este filtrado. Sin embargo, si hay demasiada aberra-

ción esférica, por encima del cual la calidad de la visión puede ser subjetivamente afectada (límite superior de 0,56 μ m), la corteza cerebral ya no será capaz de “procesar” completamente esta aberración y dará lugar a una pérdida de sensibilidad al contraste y a otros síntomas de visión relacionados con la aberración, similares a los observados después de las ablaciones multifocales.

La máxima anisometropía tolerada es de 1,50 D. Esta modificación per se no es suficiente para dar mayor profundidad de campo, como nos sucedía con la monovisión tradicional. Por lo tanto, este método debe ser asociado a la modificación de la aberración esférica para mejorar el rango de visión en cada ojo, lo que la diferencia con la técnica de monovisión tradicional.

Esta técnica la recomendamos en pacientes entre 40 y 60 años, ametropía estable por 6 meses con síntomas manifiestos de presbicia. Pueden ser pacientes miopes, hipermétropes, con astigmatismo asociado e incluso hemos hecho algunos casos de pacientes con emetropía. Estos deben estar, como en toda cirugía refractiva, motivados para lograr una independencia de los anteojos que utiliza. Entendiendo que para ciertas actividades puede ser necesario el uso de ellos.

Los criterios de exclusión incluyen cualquier contraindicación para el tratamiento con técnica LASIK.



Presbicia y miopía: una nueva indicación para la IPCL trifocal difractiva-refractiva

Dr. Germán R. Bianchi

La IPCL V2.0 trifocal difractiva-refractiva es una lente fáquica de cámara posterior indicada principalmente para pacientes miopes presbítas que desean independencia de anteojos. El perfil ideal es un paciente de entre 40 y 55 años, sin catarata ni patologías oculares, con expectativas realistas. Esta lente permite corregir visión lejana y cercana preservando la óptica corneal, ya que en este procedimiento no se modifica la curvatura corneal ni se inducen nuevas aberraciones.

La elección de la adición depende de la edad y del grado de miopía. Existen modelos que van desde +1.50 a +4.00 D, con 5 a 9 anillos difractivos como se observa en la figura 1. Para decidir la lente y su adición, primero se realiza la refracción de la visión de lejos bajo cicloplejia (evitando hipercorrección) y luego se define la adición para cerca. Puede optarse por enfoque “blended vision”, donde en el ojo dominante se implanta la mayor adición que el paciente tolere, y en el no dominante una adición ligeramente mayor (+0.50 a +1.00 D). Si no se tolera la diferencia entre ojos, se recomienda implantar la misma adición en ambos, eligiendo la mayor que el paciente tolere en la prueba subjetiva.

Los estudios preoperatorios deben incluir, además de las evaluaciones estándar para lentes fáquicas, una aberrometría corneal y total. Valores anómalos de aberración esférica o coma contraindican esta lente, ya que podrían interferir con su rendimiento trifocal. Asimismo, es indispensable realizar una UBM para descartar quistes del cuerpo ciliar y evaluar la amplitud del ángulo irido-ciliar. También es importante el seguimiento posoperatorio inmediato, para verificar la correcta posición de la lente y evaluar su “vault”.

Aunque el paciente ideal es miope, esta lente también puede considerarse en casos de emetropía o hipermetropía leve. Sin embargo, en es-

tos perfiles el ángulo irido-ciliar suele ser más estrecho, lo que puede dificultar la selección adecuada del tamaño de la lente e incrementar el riesgo de una elevación aguda de la presión intraocular. Por lo tanto, la indicación debe ser más cautelosa en estos casos.

El procedimiento es reversible y brinda entre 15 y 20 años de funcionalidad visual. Una vez que se desarrolla la catarata, se retira la IPCL y se implanta una lente pseudofáquica. Esta técnica representa la única opción de lente trifocal que funciona en conjunto con el cristalino para pacientes presbítas que buscan independencia visual sin alterar la córnea.



Figura 1. Se observa una lente IPCL difractiva.

Corrección de la Presbicia con Lente Intraocular EDOF

Dr. Santiago Onnis

Las lentes EDOF (actualmente Partial-Range of Field Extend) son una herramienta a tener en cuenta para el tratamiento de la presbicia. Estas nos brindan una excelente visión lejana e intermedia y una visión funcional cercana (J2/J3).

El paciente ideal para este tipo de lentes es aquel cuyo objetivo es no depender de lentes aéreos para la mayor cantidad de actividades de la vida cotidiana, pero, a su vez, minimizar la posibilidad de efectos adversos lumínicos de noche, más notorios al conducir.

Teniendo en cuenta las ventajas de este tipo de prótesis, se podría indicar en pacientes mayores de 55 años que sean hipermétropes simples o con astigmatismo hipermetrópico compuesto. Por otro lado, no lo indicaría en pacientes miopes, ya que estos tienen una visión de cerca muy buena sin lentes y que los mismos siempre comparan su visión previa de cerca.

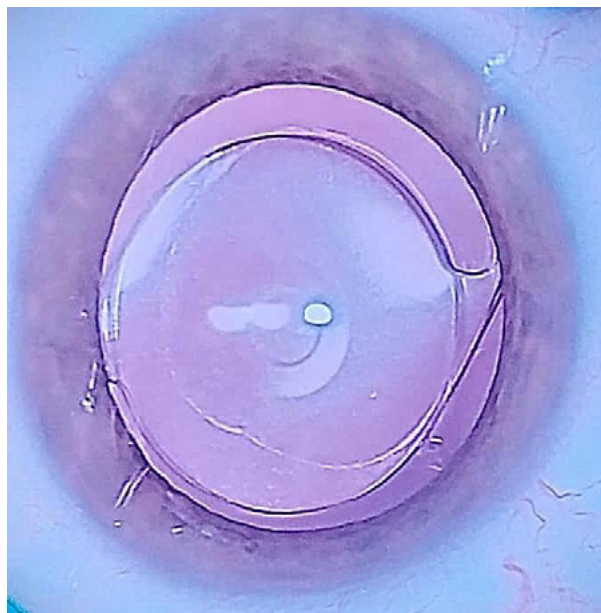
Es muy importante el tiempo de escritorio (*Chair Time*) que deberíamos dedicarle al paciente antes de indicar este tipo de lentes debido a que es fundamental conocer sus actividades tanto profesionales como recreativas.

Es por esto que tampoco se lo indicaría a aquellos pacientes que no comprendan que van a necesitar lentes de cerca (+1D aproximadamente) cuando tengan que leer por tiempo prolongado o actividades que requieran precisión muy fina. Con respecto a si tienen una cirugía refractiva previa, sea incisional o LASIK, suelen ser una opción más complaciente que las LIOs Full-Range (trifocales); por supuesto, siempre evaluando los estudios complementarios previos como Topografía y Aberrometría, entre otros. Hasta ocho (8) cortes de una Queratotomía Radial pueden ser una opción más que válida. Sumado a esto,

se podrían indicar en pacientes con Glaucoma (leve), con membranas epimaculares, o en diabéticos controlados.

Para concluir, es nuestra obligación aclararle al paciente que, si bien es un procedimiento que realizamos habitualmente, no está exento de posibles complicaciones. Por ello es una intervención electiva en donde nosotros acompañamos esa elección, informamos las distintas opciones de prótesis, en este caso Lentes Intraoculares (LIOs), con las que contamos y qué resultados podemos llegar a obtener según la lente que elijamos. Lo ideal, cuando expliquemos lo que las LIOs nos van a brindar, es que el paciente esté acompañado, ya que las expectativas del resultado deben ser reales.

Con cualquier tipo de LIOs, para corregir presbicia, lo ideal es “SIEMPRE PROMETER MENOS Y CUMPLIR MÁS”.



¿Quién es el paciente ideal para lentes trifocales? Un enfoque personalizado para el éxito quirúrgico

Dres. Fernando Mayorga Argañaraz

La implantación de lentes intraoculares (LIO) trifocales ha transformado el abordaje quirúrgico de la presbicia, permitiendo altos niveles de independencia de anteojos en todas las distancias. Sin embargo, los buenos resultados dependen tanto de la elección del implante como de una adecuada selección del paciente.

Desde el punto de vista refractivo, los candidatos ideales son pacientes hipermétropes, aunque también pueden implantarse en miopes o con astigmatismos regulares. La edad sugerida es mayor a 50 años, cuando la independencia visual cobra mayor relevancia. La corrección precisa del astigmatismo es clave, ya que incluso cilindros bajos pueden afectar el rendimiento visual multifocal.

En cuanto al estado ocular, el análisis debe incluir queratometría, aberrometría, tomografía de coherencia óptica (OCT) macular, evaluación de superficie ocular y topografía corneal. Son excluyentes patologías retinianas, glaucoma, ojo seco moderado a severo, irregularidades o distrofias corneales y alteraciones pupilares.

Los lentes multifocales son pupilodependientes, su rendimiento óptico depende de un tamaño pupilar adecuado. Pupilas grandes pueden incrementar aberraciones y afectar la eficacia del lente. Hoy, el cuidado pupilar es un desafío debido al uso extendido de gotas para la presbicia, que dificultan la dilatación. Debemos evitar dañar el esfínter pupilar con ganchos o alterar el iris durante la facoemulsificación.

La comunicación médico-paciente, antes y después de la cirugía, es clave para el éxito. Explicamos que los lentes trifocales ofrecen buena visión lejana, intermedia y cercana, gracias a sus anillos ópticos. Sin embargo, pueden generar halos y reducir el contraste, especialmente en condiciones de baja iluminación.

La personalidad y el estilo de vida del paciente son tan relevantes como el examen oftalmológico. Profesionales activos, lectores frecuentes, usuarios de pantallas o quienes priorizan la in-

dependencia visual, suelen estar satisfechos. En cambio, quienes manejan de noche o trabajan en entornos con mucha iluminación (fotografía, escenografía), pueden verse afectados por disfotopsias.

Para reducir estas limitaciones, se ha desarrollado el lente de óptica refractiva progresiva cuya tecnología en espiral, basada en inteligencia artificial, ofrece visión extendida continua y minimiza significativamente las disfotopsias.

Es fundamental dejar en claro que la cirugía no garantiza visión perfecta en todas las situaciones, y puede requerirse el uso ocasional de anteojos. Además, existe un proceso de adaptación neurovisual que puede tomar varios meses. Seleccionar correctamente al paciente no solo mejora los resultados quirúrgicos, sino que también fortalece la confianza en una tecnología que ha revolucionado la cirugía facorrefractiva.



Lente intraocular en espiral de corrección completa de visión

Dr. Diego Croce

La cirugía moderna de catarata y presbicia ha superado el objetivo de una simple corrección visual lejana. En la actualidad, los pacientes buscan una experiencia visual integral, con independencia de anteojos para todas las distancias. En este contexto, el lente Galaxy de Rayner, desarrollado con inteligencia artificial, ofrece una solución innovadora y eficaz.

1. Tecnología del lente Galaxy

Galaxy fue diseñado tras el análisis de miles de ojos reales mediante IA, optimizando parámetros como profundidad de foco y contraste. Su superficie incorpora una modificación óptica en espiral que permite una transición fluida entre visión lejana, intermedia y cercana constituyéndose así en un lente intraocular de corrección completa (FROF). Además lo realiza sin distribuir luz como los LIOS trifocales tradicionales, con lo cual incrementa significativamente la sensibilidad de contraste. Debido a que el lente no es difractivo, los fenómenos fóticos, en especial los halos, son prácticamente imperceptibles ya que el espiral favorece una progresión armónica del enfoque. La plataforma en sí misma posee una zona central y periférica de visión de lejos y una zona espiralada para visión intermedia y cerca, además de aberración esférica negativa leve. Es compatible con micro incisiones de 2.2 mm y se presenta completamente precargada con inyección unimanual.

2. Indicaciones y paciente ideal

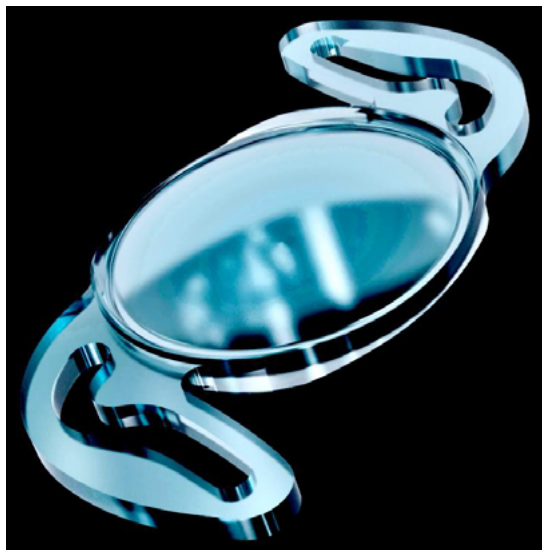
Los candidatos ideales son pacientes:

- Mayores de 50 años motivados para intercambio refractivo del cristalino (hipermétropes, emétopes presbítas o miopes leves).
- Miopes moderados a severos con catarata y sin alteraciones retinales.
- Córneas regulares, sin patologías ni irregularidades topográficas.
- Pupilas normales y lágrima estable.

- Motivación alta y expectativas realistas.
- Perfil funcional: pacientes activos, con vida laboral y social exigente, que desean reducir su dependencia de anteojos y comprenden la necesidad de adaptación. Galaxy es especialmente útil en pacientes que realizan conducción nocturna.

3. Tips del cirujano

- La entrevista preoperatoria es esencial.
- Evito casos con expectativas poco claras o antecedentes de insatisfacción.
- Siempre realizo: Topografía corneal de alta precisión, OCT macular para descartar alteraciones, Biometría exacta para asegurar resultados refractivos predecibles.
- El target refractivo debe ser plano en ambos ojos y la corrección tórica se recomienda a partir de cilindros de 0,75 dioptrías.
- El lente Galaxy no es simplemente una lente intraocular: es una propuesta de valor para una nueva generación de pacientes, más exigente, más activa y más informada.





SAVE THE DATE!

Simposio Anual de SACRyC 2025

31

DÍA

10

MES

25

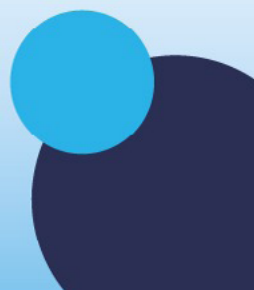
AÑO

Madero Walk - Puerto Madero - CABA



SACRyC

SOCIEDAD ARGENTINA
DE CORNEA, REFRACTIVA
Y CATARATA





SACRyC

SOCIEDAD ARGENTINA
DE CÓRNEA, REFRACTIVA
Y CATARATA