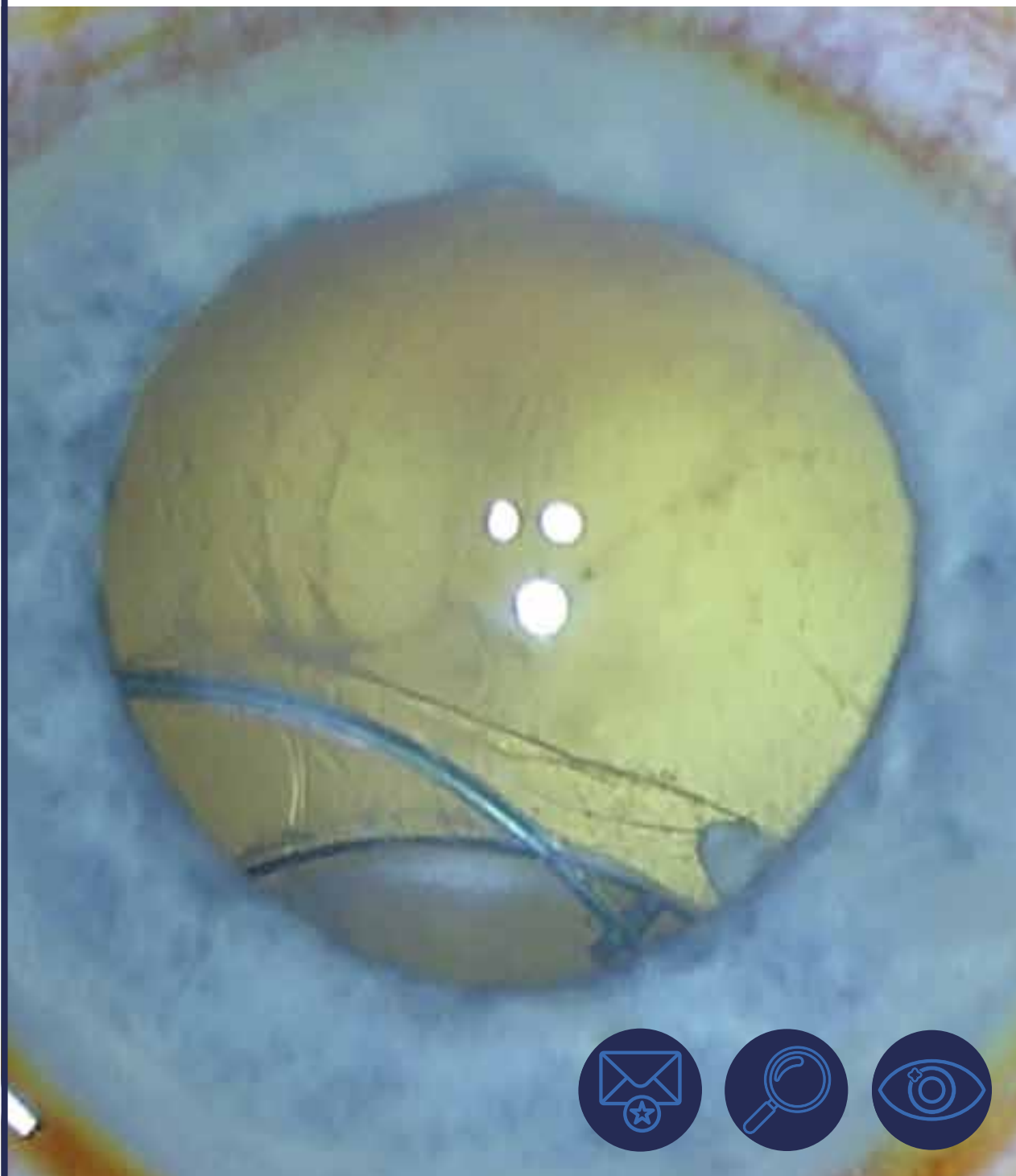


Año XXV | N° 61
Octubre 2025

Refractiva

Publicación de la Sociedad Argentina de Córnea, Refractiva y Catarata



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


Editorial

Palabras de la Dra. Florencia Bellani


SACRYC Joven

Resolución de afaquia con fijación escleral en paciente con antecedente de subluxación de lente intraocular y retinosis pigmentaria

Dr. Juan R. Malbrán

 Neuropatía corneal post-fotorrefractiva (PRK): reporte de caso con microscopía confocal *in vivo*
Dres. Julia Álvarez, Valentina Rodríguez Martini, Alejo Quiñones Mafassanti, Rogelio Ribes Escudero y Fernando Mayorga

Desafío refractivo: un mismo paciente, dos caminos. Reporte de un caso

Dres. Valentina Diez Castellon, Ignacio Manzitti y Carlos Martínez Izaguirre

Cirugía de catarata en pacientes con cirugía refractiva previa (queratotomía radial). Retos biométricos y refractivos

Dras. Daniela Fabiana Farini, Camila Celeste Giordano y María Paula Donalisio


Fotografía de tapa

Subluxación inferior del complejo Saco-LIO

Dr. Juan R. Malbrán



Editorial

de la Dra. Florencia Bellani*

Desafíos de un joven cirujano de catarata en la Argentina actual

Convertirse en cirujano es mucho más que adquirir destreza técnica: es un camino lleno de desafíos, decisiones difíciles y aprendizajes constantes. Para quienes comenzamos este recorrido en la oftalmología argentina, particularmente en el campo de la cirugía de catarata y refractiva, la transición entre el ámbito académico-hospitalario y el ejercicio profesional en el sector privado suele representar uno de los primeros y más grandes retos.

En el hospital público tenemos la enorme fortuna de formarnos en un entorno que nos brinda infinidad de casos complejos, y el acompañamiento de maestros de gran trayectoria para aprender a resolverlos. Sin embargo, ese mundo no siempre se traduce fácilmente al ámbito privado, donde las dinámicas, los recursos y las expectativas son muy diferentes. Pasar de un sistema con tiempos quirúrgicos pautados, volumen asegurado y supervisión constante, a uno donde debemos generar nuestras propias oportunidades quirúrgicas, construir vínculos de confianza con colegas y pacientes, y sostener la actualización tecnológica, puede ser abrumador.

Uno de los principales obstáculos que enfrentamos como jóvenes cirujanos es, precisamente, operar. Necesitamos volumen quirúrgico no solo para mantenernos activos, sino para ganar esa eficiencia que solo da la experiencia repetida. Y conseguirlo fuera del ámbito público no es simple. Es ahí donde muchos sienten frustración o incluso miedo a no lograr consolidarse. La realidad es que nadie nos prepara del todo para eso.

Otro desafío es salir de la “burbuja” donde nos formamos. Cada hospital, cada servicio, cada maestro tiene su forma de ver y resolver las patologías. Romper con esa zona de confort para descubrir otras miradas, otras técnicas, otros criterios de decisión clínica, nos enriquece profundamente. Pero implica animarse a cuestionar lo aprendido, abrir la mente y aceptar que hay múltiples caminos hacia un mismo objetivo: mejorar la visión y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Refractiva

Año XXV - N° 61 - Octubre 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

En este contexto, la implementación de nuevas tecnologías es tanto una necesidad como un desafío. No basta con acceder a la tecnología; hay que saber cuándo, cómo y por qué usarla. Formarse continuamente ya no es opcional: es parte esencial de ser cirujano hoy.

Frente a todo esto, ¿cómo no sentir vértigo? ¿Cómo evitar la sensación de estar solos en este camino? La respuesta, para mí, fue simple: comunidad. Y en ese sentido, SACRYC y particularmente SACRYC JOVEN, se convirtieron en un pilar fundamental.

Formar parte de esta sociedad científica no solo me acercó a profesionales altamente capacitados de todo el país, sino que me abrió la puerta a un espacio genuino de intercambio, colaboración y crecimiento. En SACRYC JOVEN encontré colegas que comparten mis dudas, mis miedos y mis ganas. Compañeros de ruta que entienden lo que significa dar los primeros pasos en el quirófano solos, tomar decisiones con presión, buscar mentores, y aprender cada día a ser mejores.

SACRYC JOVEN es más que una red: es una comunidad de apoyo real, donde los jóvenes cirujanos podemos compartir casos, preguntar sin miedo, acceder a formación de calidad, y, sobre todo, construir el futuro de nuestra especialidad con voz propia.

Por eso, si estás empezando este camino o si ya diste los primeros pasos, pero sentís que te falta acompañamiento, te invito a sumarte. A participar activamente. A dejarte inspirar y también a inspirar a otros. Porque este camino se vuelve mucho más llevadero –y gratificante– cuando lo transitamos juntos.

* Cirujana de catarata, exresidente y jefa de residentes de Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze.

Resolución de afaquia con fijación escleral en paciente con antecedente de subluxación de lente intraocular y retinosis pigmentaria

Dr. Juan R. Malbrán*

Se presenta el caso de un paciente de 84 años con antecedente de retinosis pigmentaria (RP) y pseudofaquia de ambos ojos, que presenta disminución de la Agudeza Visual (AV) de su ojo derecho de 10 días de evolución. Al examen se constata AV sin corrección (AVSC) de Vision de Bultos y AV mejor corregida (AVMC) de 20/30 con esf +12D cil -3D x 120°. En la biomicroscopía se visualiza la subluxación inferior del complejo Saco-LIO (Fig. 1). Se observa el aspecto fundoscópico de ambos ojos, con los hallazgos típicos de la enfermedad (Fig. 2).

Se realiza una Vitrectomía Vía Para Plana (VPP) completa con liberación del saco capsular y reutilización del lente ("Reuse") para su fijación escleral con técnica de Yamane. En la Fig. 3 se muestra la deformación que la contracción del saco capsular produjo en el háptica distal del LIO una vez liberado de los restos capsulares (A). También se observa la deformación del háptica luego de su manipulación al exteriorizarla por el túnel escleral (B); y el descentrado final con la reutilización de la misma lente (C).

Finalmente, se decide el explante y la recolocación de una lente con hápticas de PVDF con la misma técnica, logrando un excelente centrado y estabilidad (Fig. 4).

La AVSC al mes de la cirugía fue de 20/200 y la AVMC de 20/30 con un esf +1,50 cil -3 x 120°.

A continuación se comparte el link del video con la resolución quirúrgica del caso:

de la lente, disminuir el riesgo de intrusión, mejorando los resultados refractivos del paciente.

Asimismo, se han reportado trabajos que estudiaron las propiedades del material de las hápticas y el comportamiento durante su cauterización en la formación de los "flanges" (4).

Las hápticas de Polimetilmetacrilato (PMMA) son frágiles y más curvas que otros lentes de tres piezas, lo que conlleva un mayor riesgo de torcedura ("kinking") o rotura háptica durante la técnica (6). En contrapartida, las hápticas de fluoruro de polivinilideno (PVDF) tienen una combinación única de resistencia mecánica y flexibilidad que minimiza el riesgo de torcedura o deformación.

Por su parte la reutilización ("Reuse and Recycle") de una lente intraocular luxada o subluxada tiene algunas ventajas respecto del explante y de la recolocación de una nueva lente, ya que disminuirían los tiempos quirúrgicos, reduci-

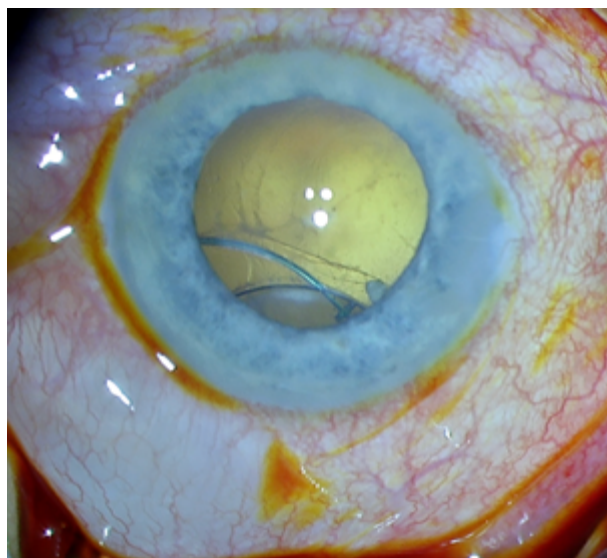


Figura 1. Aspecto del examen a la biomicroscopía.



Desde su publicación en el año 2017 por el Dr. Shin Yamane (2), la técnica de fijación escleral ("Yamane Double Needle Technique") ha recibido varias modificaciones para mejorar la estabilidad

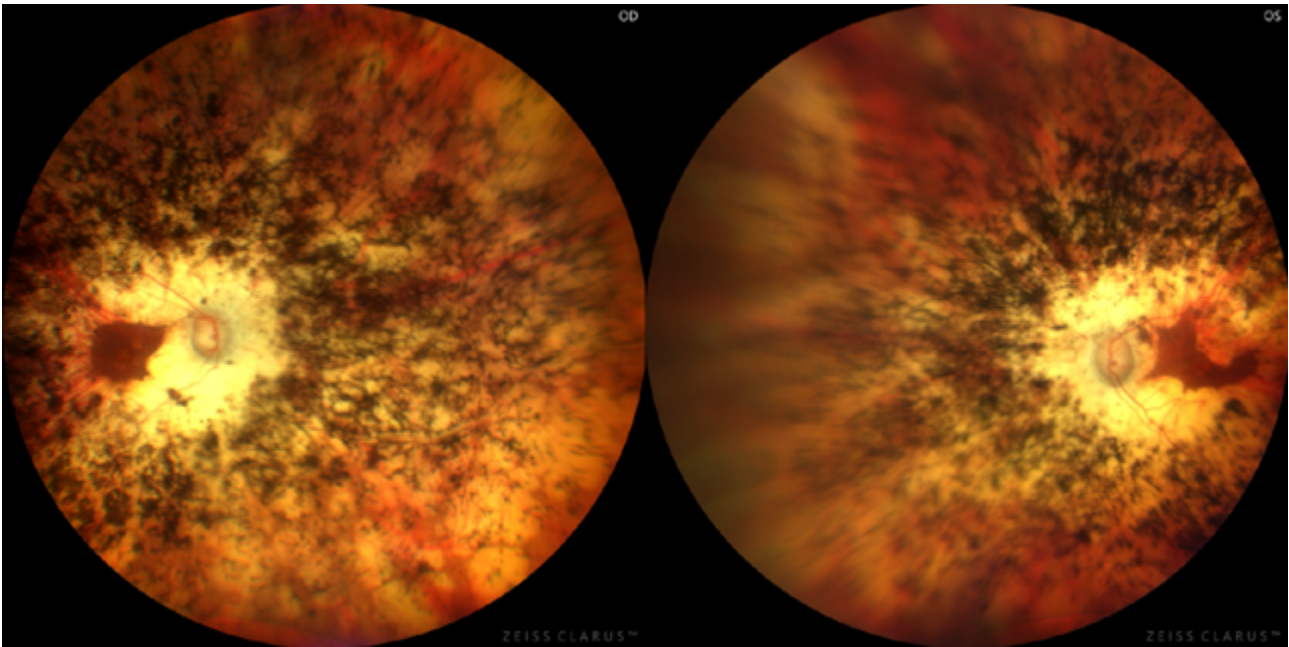


Figura 2. Aspecto funduscópico de ambos ojos.

ría costos y sobre todo evitaría el astigmatismo inducido generado por la necesidad de realizar una incisión esclerocorneal (7). En contrapartida, en ciertos casos en donde no podemos contar con la integridad del lente a reutilizar, ya sea por deformación en su manipulación o por las características ópticas que esta tenga, el explante y la reimplantación de una lente secundaria (“Placing a New IOL”) se hace necesario.

En nuestro caso, se decidió el explante y la reimplantación con una lente de características

“ideales” para esta técnica, por la deformación y el descentrado inicial obtenido con la reutilización del primer lente.

En la Tabla 1. Se resumen algunas diferencias en las características y en el comportamiento que pueden tener las hápticas de PVDF y PMMA, para considerar a la hora de realizar este tipo de técnica.

* Médico Oftalmólogo Especialista en Cirugía de Retina y Vítreo en Fundación Zambrano.

Característica	Hápticas de PVDF	Hápticas de PMMA
Tipo de Lentes	• Aqua-Sense® • Zeiss CT Lucia 602® • Matrix Acrylic® • J&J Sensar® AR40e	• Alcon AcrySof® MA60 • B&L SofPort® • J&J Tecnis® ZA 9003
Manipulación	Fácil	Difícil
Deformación (Kinking)	Menos frecuente (↓)	Más frecuente (↑)
Descentrado	Menos frecuente (↓)	Más frecuente (↑)
Tipo de Bulbo (Flanges)	Mushroom-shaped Flange	Cone-shaped Flange
Riesgo de Intrusión	Bajo riesgo (↓)	Alto riesgo (↑)

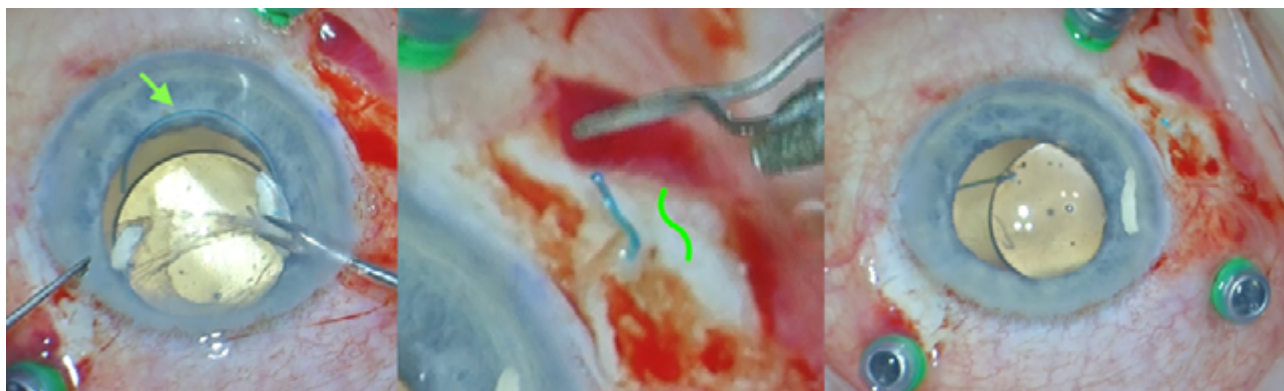


Figura 3. Se muestra la extracción del saco capsular (Izq.), la deformación o “kinking” durante la externalización (imagen del medio), y el descentrado final (Der).

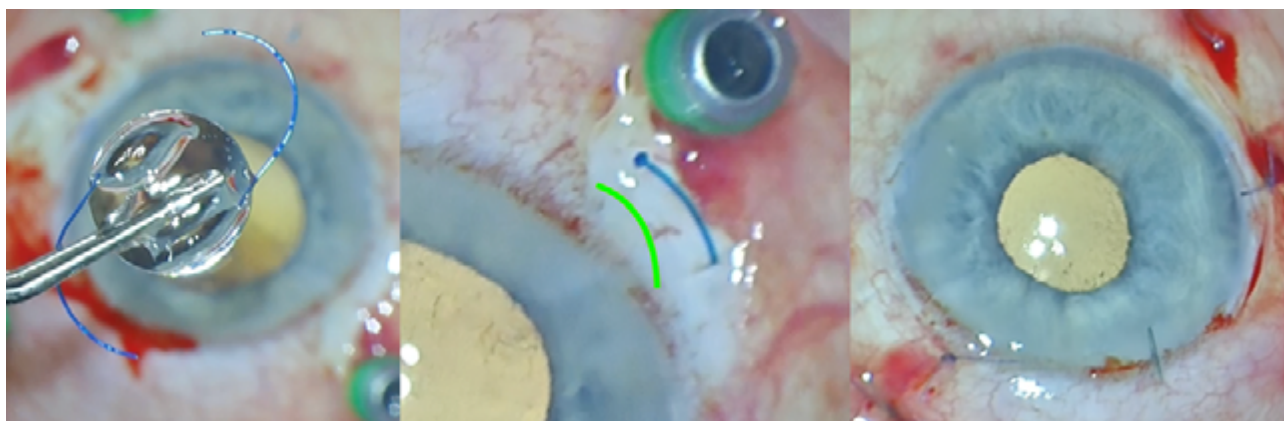


Figura 4. Aspecto de la lente Aqua-Sense® (A.), de la externalización de la segunda háptica sin deformación (B), y del centrado final (C.).

Bibliografía

1. Yamane S, Sato S, Maruyama-Inoue M, Kadonosono K. Flanged Intracapsular Intraocular Lens Fixation with Double-Needle Technique. *Ophthalmology*. 2017;124(8):1136–42.
2. Kronschläger M, Blouin S, Roschger P, Varsits R, Findl O. Attaining the optimal flange for intracapsular intraocular lens fixation. *J Cataract Refract Surg*. 2018;44(11):1303–5.
3. Ma KK, Yuan A, Sharifi S, Pineda R. A Biomechanical Study of Flanged Intracapsular Haptic Fixation of Three-Piece Intraocular Lenses. *Am J Ophthalmol*. 2021 Jul;227:45–52.
4. Curran C, Adam MK. Clinical and Anatomic Outcomes of 3-Piece Poly(methyl methacrylate) Intraocular Lens Rescue and Needle-Assisted Transconjunctival Intracapsular Lens Fixation. *J Vitreoretin Dis*. 2023;7(5):404–11.

Neuropatía corneal post-fotorrefractiva (PRK): reporte de caso con microscopía confocal *in vivo*

Dres. Julia Álvarez, Valentina Rodríguez Martini, Alejo Quiñones Mafassanti, Rogelio Ribes Escudero y Fernando Mayorga

Introducción

La neuropatía corneal es un trastorno caracterizado por daño de las fibras nerviosas corneales que puede manifestarse como dolor ocular de tipo neuropático. Con frecuencia, el diagnóstico es de exclusión, tras una evaluación integral sin hallazgos estructurales que justifiquen la intensidad de los síntomas. No obstante, la microscopía confocal *in vivo*, al objetivar parámetros como densidad, longitud y tortuosidad de las fibras, presencia de neuromas y células dendríticas, se considera hoy la técnica de referencia para respaldar el diagnóstico y monitorizar la respuesta al tratamiento.

Caso clínico

Paciente femenina de 32 años, sometida nueve meses antes a PRK del ojo derecho por miopía de $-4,50$ D en otro centro oftalmológico, que a las 24 horas del procedimiento inició dolor ocular persistente, fotofobia y disestesias. Presentaba agudeza visual 20/20 sin corrección en ambos ojos y el examen oftalmológico completo no mostró hallazgos patológicos. Las neuroimágenes informaron ausencia de alteraciones. La microscopía confocal *in vivo* mostró epitelio corneal central irregular; plexo subbasal ligeramente tortuoso con incremento de células dendríticas adyacentes; en el estroma subepitelial, hasta aproximadamente $25\text{ }\mu\text{m}$ de profundidad, se observó marcada activación de queratocitos con morfología estrellada; nervios estromales con ramificación dicotómica y endotelio normal (se adjuntan imágenes). La paciente había recibido previamente, durante más de seis meses, lubricante con hipromelosa, loteprednol etabonato 0,5% y ciclosporina 0,05% por vía tópica, junto con pregabalina, ácido tióctico, omega-3 y complejo B por vía sistémica. En nuestro servicio, tras consenso entre las secciones de Cornea y Cirugía Refractiva y de Neuro-oftalmología, se decidió mantener el esquema sistémico

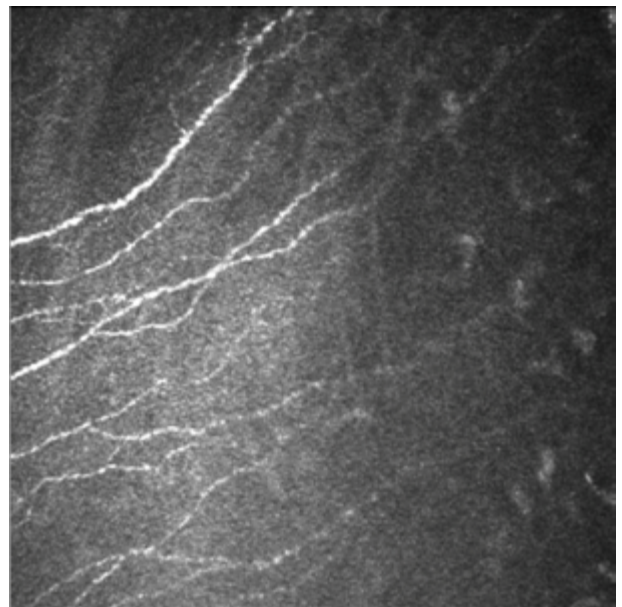


Figura 1. Plexo subbasal OD

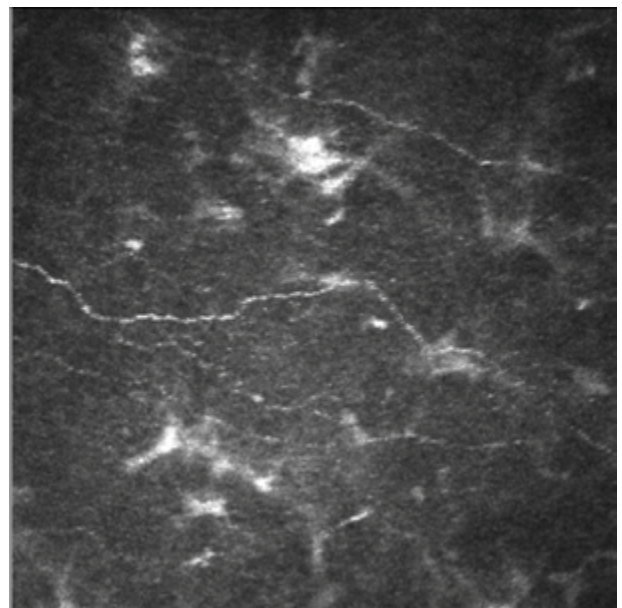


Figura 2. Neuroma OD. Terminación bulbosa.

y, en cuanto al tratamiento tópico, continuar con ciclosporina 0,05%, añadir metilprednisolona magistral 0,5% sin conservantes con descenso semanal durante un mes e indicar colirio de plasma rico en plaquetas al menos cuatro veces al día. A los siete días del ajuste terapéutico, la paciente refirió franca mejoría clínica.

Conclusión

Ante dolor ocular persistente tras PRK, aun con biomicroscopía sin hallazgos relevantes, debe contemplarse la neuropatía corneal como posibilidad diagnóstica. La microscopía confocal puede aportar correlatos estructurales útiles para sustentar el diagnóstico y objetivar la evolución terapéutica. Un plan de manejo personalizado, escalonado y coordinado entre especialidades mejora los desenlaces. Es clave priorizar una atención centrada en la persona, que escuche y valide el malestar, acuerde expectativas realistas y mantenga una comunicación clara durante el seguimiento.

Bibliografía

- Erie JC, McLaren JW, Hodge DO. Recovery of corneal subbasal nerve density after PRK and LASIK. *Am J Ophthalmol.* 2005;140(6):1059–64.
- Tomás-Juan J, Murueta-Goyena Larrañaga A, Hanneken L. Corneal regeneration after photorefractive keratectomy: a review. *J Optom.* 2015;8(3):149–69.
- Dieckmann G, Goyal S, Hamrah P. Neuropathic corneal pain: approaches for management. *Ophthalmology.* 2017;124(11 Suppl):S34–47.
- Watson SL, Le DTM. Corneal neuropathic pain: a review to inform clinical practice. *Eye (Lond).* 2024;Epub ahead of print.
- Chiang JCB, Roy M, Kim J, Markoulli M. In-vivo corneal confocal microscopy: imaging analysis, biological insights and future directions. *Commun Biol.* 2023;6(1):652.

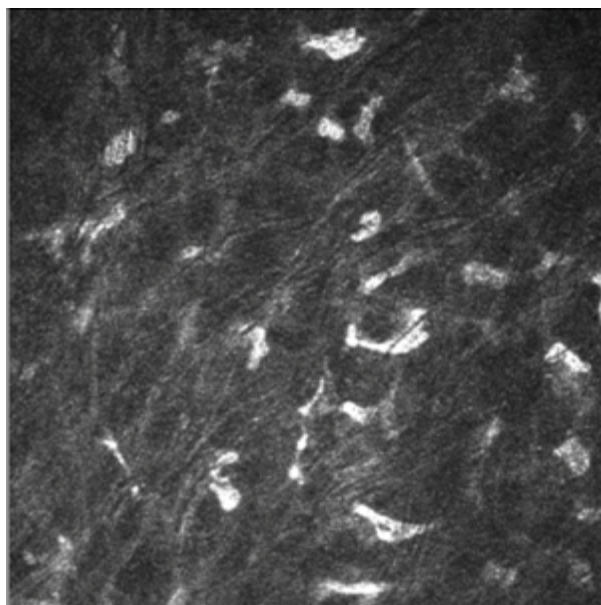


Figura 3. Células dendríticas OD.

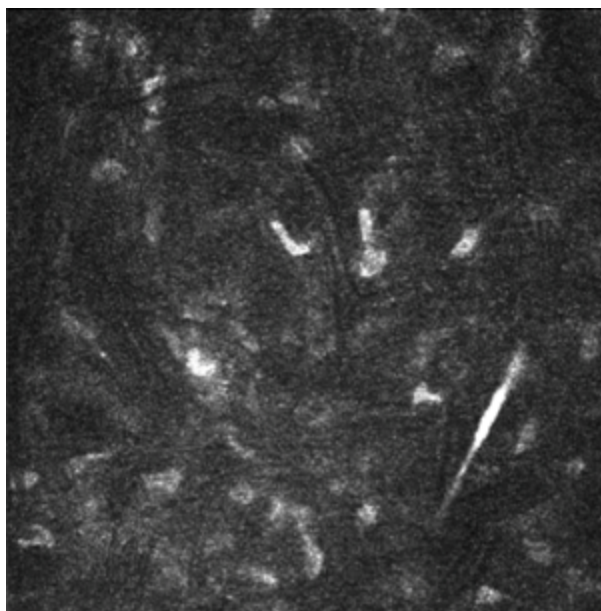


Figura 4. Estroma subepitelial OD.

Desafío refractivo: un mismo paciente, dos caminos

Reporte de un caso

Dres. Valentina Díez Castellón*, Ignacio Manzitti* y Carlos Martínez Izaguirre*

La corrección quirúrgica de ametropías elevadas continúa siendo un desafío para el cirujano refractivo, especialmente en pacientes en los que la magnitud del defecto excede el rango de seguridad o predictibilidad de una sola técnica. Con el fin de ampliar las posibilidades terapéuticas y alcanzar la emetropía, el Dr. Robert Zaldívar en los 90 introdujo el concepto de *bioptics*, que combina el implante de una lente fáquica de cámara posterior con un procedimiento corneal basado en láser excimer. Esta estrategia permite distribuir la corrección entre

dos planos ópticos —intraocular y corneal— optimizando así tanto la eficacia como la calidad visual final.

En el presente caso, se plantea un escenario de desafío refractivo donde se recurrió a una aproximación personalizada: realización de LASIK en el ojo derecho y el implante de una lente fáquica de cámara posterior en el ojo izquierdo.

Paciente masculino sin antecedentes de relevancia de 29 años de edad consulta por deseo de realizar cirugía refractiva para dejar de utilizar anteojos.

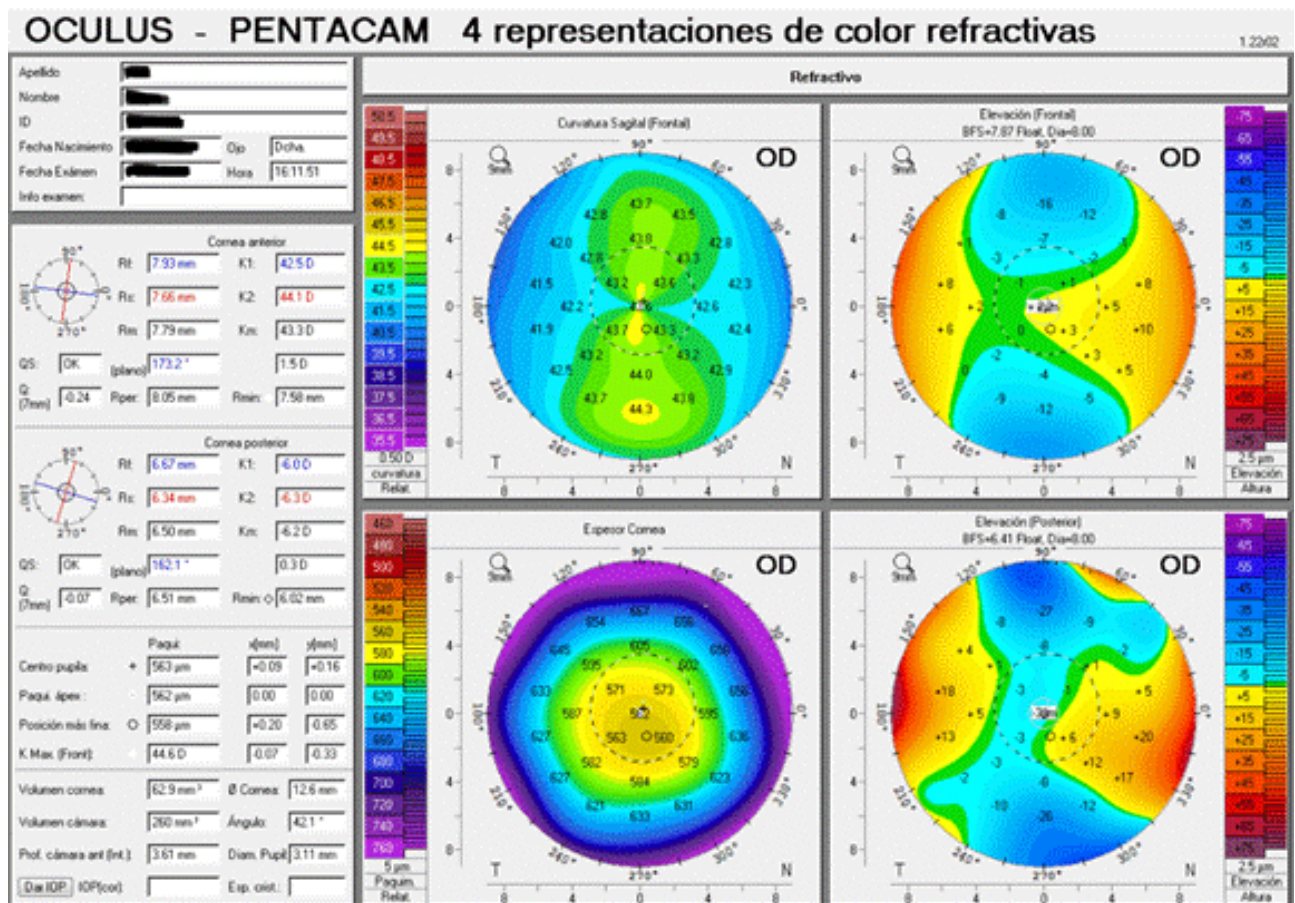


Imagen 1: Pentacam del ojo derecho

Presenta una Agudeza Visual con corrección OD - 6.50 - 1.50 x 175 ve 1.0 - OI - 8.00 - 1.00 x 170 ve 1.0. Se procede a realizar ARM con cicloplejia que data de OD - 6.50 - 2.00 x 177 - OI - 7.75 - 2.00 x 175.

Se procede a realizar subjetiva (la cual nos determina las dioptrías a corregir) en donde se obtiene en OD - 6.75 - 1.50 x 177 donde la agudeza visual es de 0.8; mientras que la del OI es - 8.00 - 1.00 x 175 con una agudeza visual de 1.0. A la binocularidad, el paciente llega a tener una agudeza de 1.0 con buena tolerancia a la misma y sin molestias.

Se solicita paquimetría y ultrabiomicroscopia para evaluar caso de paciente en donde se plantea la posibilidad de realizar en OD LASIK o PRK y en OI lente fáquica de cámara posterior.

La ultrabiomicroscopia informa WTW: OD 12.28 mm - OI 12.55 mm con buen sulcus en ambos ojos y sin presencia de quistes ciliares, y a su vez realizamos como complementario medida de blanco a blanco en quirófano que informaba OD 12.1 mm - OI 12.00mm

Dada la topografía y toda la información recabada, se decide realizar en un primer evento quirúrgico la implantación en ojo izquierdo lente fáquica tórica de cámara posterior IPCL 135mm (se elige este tipo de lente por el abanico de tamaños para el sulcus) con graduación de - 9.50 - 1.50 x 85, mientras que dos semanas más tarde en el ojo derecho LASIK SBK tallando - 7.25 - 1.50 X 175.

Se tiene como resultado refractivo una agudeza visual en el OD 1.0 - OI 0.9

ARM

OD + 1.00 - 0.50 x 50

OI - 0.50 - 0.50 x 35

Se busca traer a debate este caso para exponer dos posturas diferentes: en primer lugar: cuando se prefiere realizar una cirugía refractiva LASIK/PRK sobre la implantación de una lente fáquica de cámara posterior; y en un segundo punto: entender la neuroadaptación independiente de cada ojo que cuenta con la realización de un procedimiento quirúrgico diferente. Varias explicaciones o elecciones pueden ser la correctas,

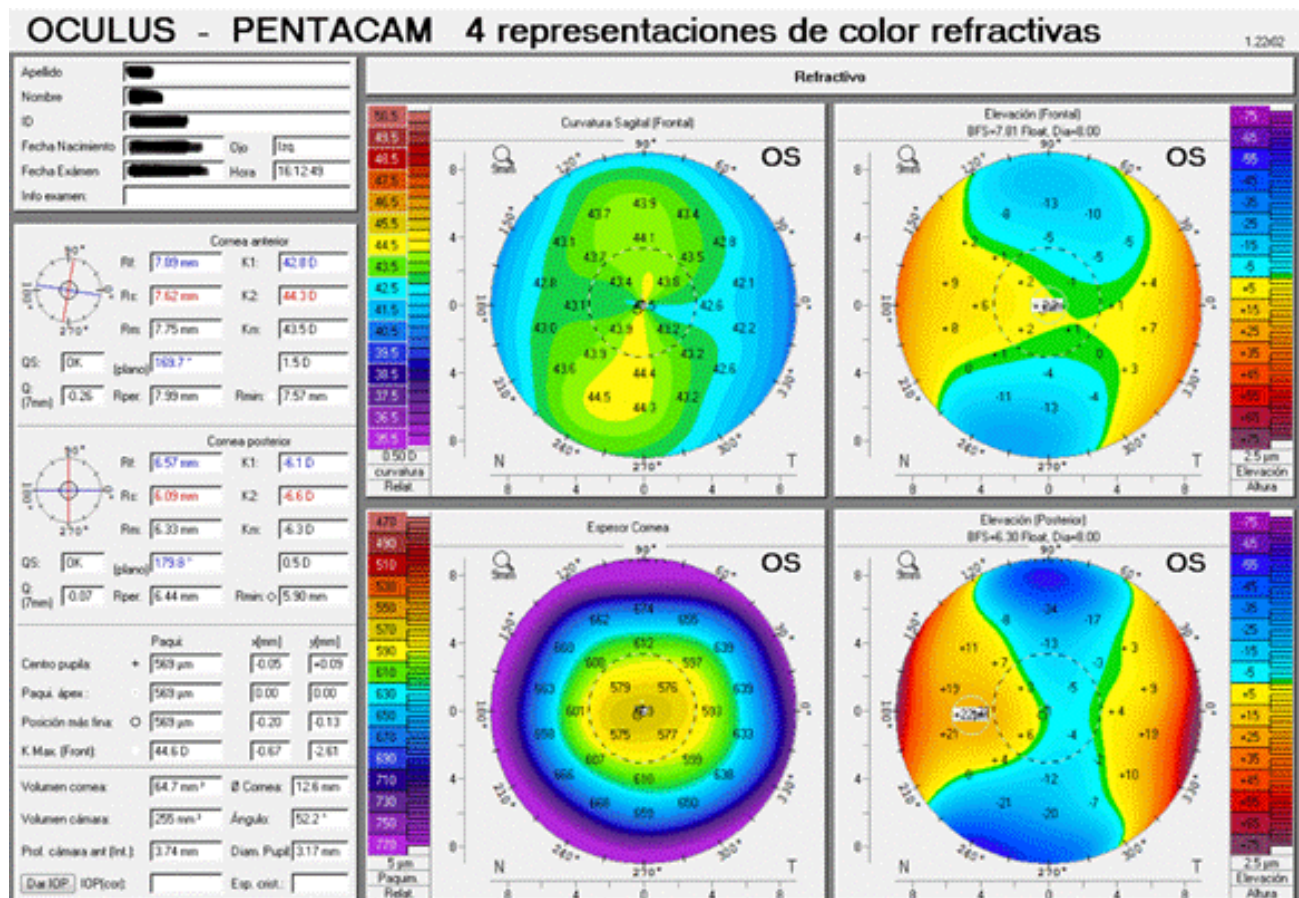


Imagen 2: Pentacam del ojo izquierdo

por eso consideramos este caso como un desafío en donde tanto proceder a realizar un láser con alta dioptrías nos podía producir una ectasia post lasik como también no darle la oportunidad a ese ojo de resolverse con un láser sobre lente fáquica.

En este caso se tomó la decisión de esta combinación de técnicas quirúrgicas dado que consideramos la más segura para cada ojo, teniendo en cuenta la anatomía de cada ojo, siendo el ojo izquierdo el de mayor dioptrías.

Como conclusión, este caso demuestra que la combinación de técnicas refractivas diferentes en ojos contralaterales –lente fáquica en un ojo y cirugía excimer en el otro– puede ser una estrategia segura y eficaz para pacientes con necesidades refractivas heterogéneas o miopía alta. Ambos ojos alcanzaron agudeza visual no corregida satisfactoria, con estabilidad refractiva a largo plazo y buena calidad visual subjetiva. La experiencia refuerza la importancia de individualizar la elección de la técnica quirúrgica según la anatomía, el error refractivo y las expectativas del paciente, mostrando que un enfoque combinado puede expandir las opciones terapéuticas en cirugía refractiva moderna.

* Centro de Ojos Buenos Aires - Grupo Manzitti, Buenos Aires, Argentina.

Bibliografía

- Zaldivar R, Davidorf JM, Oscherow S, Ricur G, Piezzi V. Combined posterior chamber phakic intraocular lens and laser in situ keratomileusis: bioptics for extreme myopia. *J Refract Surg.* 1999 May-Jun;15(3):299-308. doi: 10.3928/1081-597X-19990501-04. PMID: 10367571.
- Zaldivar R, Zaldivar R, Gordillo CH, Adamek P. Visual Acuity Improvement in Low, Moderate and High Myopia After Posterior-Chamber Phakic Implantable Collamer Lens Surgery in a Large Patient Cohort. *Clin Ophthalmol.* 2023 Apr 18;17:1179-1185. doi: 10.2147/OPTH.S407492. PMID: 37096208; PMCID: PMC10122501.
- Zaldivar R. Refractive surgery for myopia. *EuroTimes* [Internet]. 2024 Feb 1. Available from: <https://escrs.org/channels/eurotimes-articles/refractive-surgery-for-myopia>.
- Tsiklis NS, Kymionis GD, Karp CL, Naoumide T, Pallikaris AI. Nine-year follow-up of a posterior chamber phakic IOL in one eye and LASIK in the fellow eye of the same patient. *J Refract Surg.* 2007;23(9):931-4.
- Kymionis GD, Tsiklis NS, Pallikaris AI, Naoumide TL, Asytrakakis NI. Fifteen-year follow-up after anterior chamber phakic intraocular lens implantation in one eye and LASIK in the fellow eye of the same patient: a case report. *J Med Case Rep.* 2009;3:58. doi:10.1186/1752-1947-3-58.
- Chen X, Guo L, Han T, Wu L, Wang X, Zhou X. Contralateral eye comparison of the long-term visual quality and stability between implantable collamer lens and laser refractive surgery for myopia. *Acta Ophthalmol.* 2019 May;97(3):e471-e478. doi: 10.1111/aos.13846. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30187653; PMCID: PMC6585688.
- Bochner Eye Institute. LASIK vs ICL High Myopia: Case Report: Implantable Contact Lens vs. LASIK for High Myopia [Internet]. Toronto (ON): Bochner Eye Institute; 2025 Jul 1 [citado 2025 Sept 22]. Disponible en: <https://www.bochner.com/lasik-vs-icl-high-myopia/>.

Cirugía de catarata en pacientes con cirugía refractiva previa (queratotomía radial). Retos biométricos y refractivos.

Dras. Daniela Fabiana Farini*, Camila Celeste Giordano*
y María Paula Donalizio*

Caso clínico

Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, y QR bilateral realizada en 1992. Consultó por visión borrosa y fluctuante durante el día. A la evaluación biomicroscópica se observó la córnea con 8 cicatrices radiales, superficie irregular, cámara anterior profunda y catarata N4. La agudeza visual sin corrección era de 20/100 y mejor corregida de 20/70, en ambos ojos (Imagen 1).

La topografía evidenció aplanamiento corneal (<38 D), múltiples incisiones y astigmatismo irregular. La biometría arrojó valores discordantes según la fórmula: SRK/T $+20.5/+21.0$ D, Haigis $+21.5/+22.5$ D y Barrett True-K $+19.75$ D.

Pasadas 6 semanas de la cirugía, la agudeza visual sin corrección fue de 20/25 con cil: $+1.25$ en eje: 35° (Imagen 2).

La elección de la LIO, se fundamenta en diversos artículos científicos que sostienen que las fórmulas "ideales" a utilizar en pacientes con queratotomía radial previa son: Camellin-Calossi (3C), Barrett True-K, Haigis, Holladay 1 Double-K.

La cirugía de catarata en ojos previamente sometidos a queratotomía radial (RK) representa uno de los mayores desafíos actuales en la práctica oftalmológica. Estos pacientes presentan córneas con irregularidades topográficas, cicatrices radiales y alteraciones biomecánicas que afectan tanto la medición del poder corneal como el comportamiento intraoperatorio del ojo.

Existe discrepancia entre las fórmulas tradicionales de cálculo de lente intraocular como SRK/T o Haigis y las más recientes, como Barrett True-K y Camellin-Calossi. Las primeras tienden a sobrestimar el poder corneal, lo que puede derivar en la implantación de lentes más potentes y generar hipermetropía residual significativa.

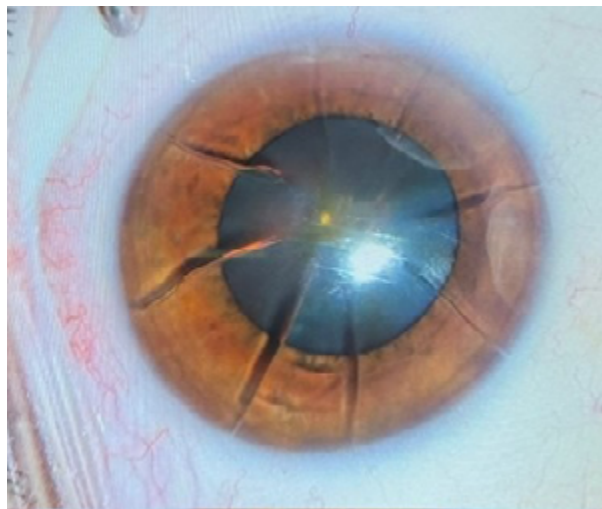


Imagen 1

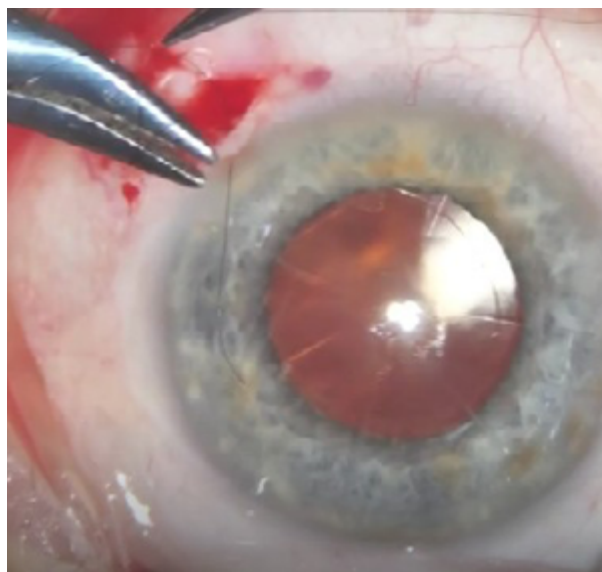


Imagen 2

La literatura reciente refuerza la utilidad de fórmulas modernas adaptadas a córneas alteradas, incluso cuando no se cuenta con datos refractivos previos. El uso de calculadoras online se vuelve una herramienta clave en este escenario, facilitando decisiones más precisas.

Por otro lado, los aspectos quirúrgicos no deben subestimarse. Las incisiones deben planificarse cuidadosamente fuera de las zonas cicatriciales, y el uso de viscoelásticos dispersivos puede ayudar a estabilizar la cámara anterior.

Conclusión

La aparición de cataratas en pacientes con cirugía refractiva previa por RK es una realidad clínica cada vez más frecuente en nuestro medio. Estos casos requieren un enfoque diagnóstico y quirúrgico específico, ya que las fórmulas convencionales y las técnicas estándar pueden no ser adecuadas.

Las fórmulas Barrett True-K y Camellin-Calossi han demostrado ser más confiables y precisas que las tradicionales, reduciendo el riesgo de errores refractivos posoperatorios. Combinadas con el uso de herramientas digitales, permiten ofrecer resultados visuales predecibles y satisfactorios.

Finalmente, una cirugía cuidadosa, con planificación individualizada y conocimiento de las

particularidades biomecánicas del ojo post-RK, puede transformar un caso desafiante en un éxito clínico y refractivo. Estos pacientes, muchas veces frustrados por años de visión inestable, pueden recuperar una calidad visual significativa si se abordan con rigor y precisión.

* Residentes de SOF Oftalmología. Dr. Basualdo, Sebastián, instructor quirúrgico.

Bibliografía

1. Fang X, Lin H, Chen Q, Wang X. Predictability of Existing IOL Power Calculation Formulas After Cataract Surgery in Eyes with Prior Radial Keratotomy. *J Ophthalmol.* 2024;2024:8871104.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11109077/>

2. Li M, Zhang Y, Jiang Y, Wang Y, Wang Q, Lin X, et al. Comparison of three intraocular lens formulas for cataract patients with prior radial keratotomy. *Eur J Med Res.* 2023;28(1):256.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36631867/>

3. Chen W, Cao K, Xu M, Li Y. Accuracy of traditional and modern intraocular lens power calculation formulas after radial keratotomy. *Clin Ophthalmol.* 2023;17:451–9.

4. Wang L, Koch DD. Intraocular lens power calculations in eyes with previous corneal refractive surgery: review and expert opinion. *Ophthalmology.* 2021;128(11):1465–74. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8988985/>

Inscribite (Cupos limitados)



XXV EDICIÓN
**SIMPOSIO
ANUAL
SACRYC**

VIERNES 31 DE OCTUBRE

De 8:30
a 20hs

Madero WALK
Puerto Madero
(CABA)

Sponsors PLATINUM:

Alcon



MED OFTALMOLOGÍA.

**HEIDELBERG
ENGINEERING**



**STAAR[®]
SURGICAL**

Sponsors GOLD:

ISKO

 **Rayner**

 **ROCOL**
Tecnología para la salud

BioMat
Instrumental

 **opticare**

PROGRAMA



SIMPOSIO ANUAL SACRYC



VIERNES
31/10



MADERO WALK
PUERTO MADERO

HORARIO	ACTIVIDAD	TEMA
8:30 a 8:50hs	Acreditaciones	
8:50 a 9:00hs	Apertura	
9:00 a 9:45hs	Bloque I: Córnea Joven	Casos desafiantes – Coordinadores: Dr. Gustavo Galperin y Dr. Carlos Gordillo
	Dra. Pilar Lucena	"Queratocono invernal"
	Dra. Florencia Bellani	"Pasajero inesperado"
	Dra. Florencia Arazans	"La FACO en una córnea difícil"
	Dr. Marcos Frack	"Trasplante endotelial DSAEK: desde el banco de tejidos al paciente"
	Discusión	Panel: Dr. Tomas Jaeschke, Dr. Federico Cremona, Dr. Diego Desio, Dra. Jérica Bekerman

Alcon



MED OFTALMOLOGÍA

HEIDELBERG
ENGINEERING

STAAR
SURGICAL

ISKO

Rayner

ROCOL
Tecnología para la salud

BioMat
Instrumental

opticare

HORARIO	ACTIVIDAD	TEMA
9:45 a 10:20hs	Bloque 2: Catarata	Lentes intraoculares – Coordinador: Dr. Santiago Onnis
	Dr. Roger Zaldivar	“EDOF y multifocal: Patients report outcomes”
	Dr. Fernando Mayorga	“No me jodan con los halos: ópticas en espiral”
	Dr. Federico Cremona	Lentes especiales: LIO de aniridia Reper
	Preguntas y discusión	Panel: Dra. Josefina Botta, Dr. Roger Zaldivar y Dr. Esteban Medina
10:20 a 10:50hs	Bloque 3: Refractiva	Refractiva en casos – Coordinadores: Dra. María José Consentino, Dra. Adriana Tytiun, Dra. Pilar Nano
	Dra. Anabel Larrañaga	CASO 1
	Dr. Diego Croce	CASO 2
	Dr. Leonardo Ferlini	CASO 3
	Dra. María Valentina Agüero Sorasio	CASO 4
	Dra. Julia Álvarez	CASO 5
	Discusión	Panel: Dr. Luciano Perrone, Dra. Jessica Bekerman, Dr. Hugo Diego Nano
10:50 a 11:00hs	Bloque 4: Refractiva	Dr. Hugo Daniel Nano – “Cómo resolver hoy los pacientes refractivos de ayer”
11:00 a 11:15hs	Bloque 5 / Sponsor	ALCON – Unity (Equipo de FACO) , Wave Light (Refractiva) , Pan Optix Pro
11:15 a 11:45hs	BREAK	
11:45 a 12:00hs	Bloque 6: Innovación	
	Dr. Roger Zaldivar	“Proms”
	Dr. Dante Buonsanti	Trinnova SACRYC



HORARIO	ACTIVIDAD	TEMA
12:10 a 13:00hs	Bloque 7 / Sponsor	MED Oftalmología – ICL users meeting
13:00 a 14:25hs	ALMUERZO	
14:25 a 15:15hs	Bloque 8: Córnea	Córneas complejas & desafíos con IOL – Coordinadores: Dr. Federico Cremona y Dr. Carlos Gordillo
	Dr. Carlos Gordillo	“CAIRS en Argentina”
	Dra. Paola Rinaudo	“Desafío corneal”
	Dr. Néstor Szuster	“DMEK caso desafío”
	Dr. Nicolás Fernández Meijide	“DSAEK en pacientes jóvenes, phaco or not phaco?”
	Dr. Federico Cremona	“Y ahora cómo lo arreglamos”
	Discusión	Panel: Dr. Gustavo Galperin, Dra. Carla Vitelli, Dr. Luciano Perrones, Dr. Carlos Ferroni, Dr. Hugo Nano
15:15 a 15:45hs	Bloque 9: Catarata	Catarata compleja – Coordinador: Dr. Pablo Adamek
	Dr. Gerardo Valvecchia	“Manejo de catarata dura”
	Dr. Pablo Adamek	“Debilidad zonular en cirugía de catarata”
	Dr. Adrián Artigas	“Extracción de IOL de CA+FACO”
	Preguntas y discusión	Panel: Dr. Gerardo Valvecchia, Dr. Roberto Zaldivar, Dra. Mariana Palavecino
15:45 a 16:00hs	Bloque 10 / Sponsor	MED Oftalmología – Anterior
16:00 a 16:20hs	Bloque 11 / Sponsor	Rayner – ISKO – Dr. Fernando Mayorga Argarañaz y Dr. J. J. Mura
16:20 a 16:50hs	Bloque 12: Glaucoma y segmento	Glaucoma y segmento (ASAG)
	Dr. Javier Casiraghi	“Qué hacer con una queroplastia penetrante para evitar el glaucoma post trasplante”



HORARIO	ACTIVIDAD	TEMA
16:20 a 16:50hs	Dra. Celina Logiocco	"Cuándo hacer una cirugía angular junto con la faco"
	Dra. Virginia Zanutigh	"Qué hacer en una faco que tiene una ampolla filtrante"
	Dr. Pablo Nahum	"Cuándo hacer una combinada de catarata y filtrantes"
16:50 a 17:20hs	BREAK	
17:20 a 17:30hs	Bloque 13	Dr. Roberto Zaldivar – ICL gurú
17:30 a 18:10hs	Bloque 14: Implanto Refractiva	Actualización en cirugía Implanto – Refractiva Coordinadores: Dr. Daniel Badoza y Dr. Franco Pakoslawski
	Dr. Luciano Cendagorta	"Facorefractiva: Nuevas tecnologías en LIOs para corregir la presbicia"
	Dr. Patricio Wang	"Actualización en métodos, pronósticos de Vaulting"
	Dr. Daniel Badoza	"ICL en Dioptrías bajas"
	Discusión	Panel: Dr. Carlos Ferroni, Dr. Noé Rivero y Dr. Roger Zaldivar
18:10 a 18:25hs	Bloque 15 / Sponsor	ALCON – Vision Care
18:25 a 19:05hs	Bloque 16: Catarata joven	Catarata joven – Coordinadores: Dr. Sebastián Basualdo y Dr. Tomas Jaeschke
	Dr. Augusto Labrousse	"Ley de convertibilidad" Centro de ojos Buenos Aires
	Dra. Camila Giordano	"Faco en córneas marcadas" SOF Córdoba
	Dr. Santiago Gallardo Bertuzzi	"Rasgada pero no vencida" Hospital de clínicas – UBA
	Dra. Delfina Ravasi	"Cataratas duras durante la residencia" Hospital Lagleyze
	Discusión	
19:05 a 20hs	Acto de clausura	Happy Halloween SACRyC Eve



SACRyC

SOCIEDAD ARGENTINA
DE CÓRNEA, REFRACTIVA
Y CATARATA