

Página Oftálmica

Estado Actual del Trasplante de Córnea en Honduras

Por el Dr. J. Gómez-Márquez Girones

Hace aproximadamente un año, dimos a conocer, desde estas páginas, un trabajo de divulgación sobre el injerto de córnea; algunos meses más tarde iniciábamos nuestras experiencias sobre este asunto, por primera vez en Honduras, y concomitantemente presentamos ante la Asociación Médica Hondureña, algunos de nuestros primeros casos, uno de ellos seguido de un éxito bastante halagüeño. Desde entonces, y sin más interrupción que la debida a la falta de casos clínicos en algunas temporadas, hemos proseguido nuestra labor con ahinco. Venimos hoy a acogernos a esta sección, con el propósito de exponer nuestra corta experiencia hasta el presente. No podemos exhibir aún estadísticas, pues las nuestras resultarían ridículas comparándolas con las formadas por centenares de casos, que se han publicado en los Estados Unidos, particularmente ; trataremos simplemente de establecer la situación en que nos encontramos en estos momentos con respecto a esta operación, oftálmica.

Casos clínicos

El material humano que hemos tenido hasta el momento a nuestra disposición ha sido aproximadamente el siguiente:

Un 50% de los leucomas que se han presentado para el tratamiento correspondiente, correspondían a ojos sin condiciones ópticas que tuvieron en consecuencia de que ser rechazados. Un 40%, pertenecía al grupo de los que universalmente se clasifican como desfavorables, es decir, ojos leucomatosos en los cuales la opacidad corneal invadía toda la superficie de la membrana transparente del globo, con sinequias anteriores, que en la mayor parte de los casos llevaban consigo la desaparición de la cámara anterior, con sinequias posteriores, con opacidades más o menos completas del cristalino y con presencia de exudados, que en algunos casos llegaban hasta la organización calcárea, en el campo pupilar. En el 10% de los casos restantes, se trataba de leucomas centrales o al menos, que no invadían en su totalidad la córnea.

Etiología de los leucomas, o de las deformidades corneanas.

El queratocono, que en otros países, proporciona los éxitos más brillantes en los casos de trasplante, falta totalmente en nuestra casuística, por la razón de no existir prácticamente entre nos-

otros. Los leucomas, observados han sido en su mayor parte, producidos por úlceras de la córnea (casi con seguridad gonocóccias), en algunas ocasiones por queratitis parenquimatosas o por agentes químicos.

Casos operados.

Todos los casos, salvo uno, pertenecía al grupo de los desfavorables. La decisión operatoria estuvo fundamentada, por una parte en el deseo de adquirir una propia experiencia en esta clase de pacientes habitualmente no operables y en segundo, ser el injerto* de córnea, lo único, que aunque muy improbablemente, podría mejorar el estado visual de estos pacientes. Las dificultades encontradas en el curso de estas operaciones fueron casi insuperables. No existiendo en la mayor parte de los casos, cámara anterior, los peligros de herir el cristalino en el curso de la escisión de tejidos leucomatosos, especialmente en el momento de penetrar por primera vez en lo que debía de ser cámara, eran enormes, si bien es cierto, que casi constantemente tuvimos la suerte de sortearlos. La presencia de sinequias posteriores, nos obligó siempre a hacer el desprendimiento de las adherencias cristalino-iridianas con los consiguientes riesgos de estas maniobras. En varios casos, como ya se apuntó anteriormente, hallamos concreciones calcáreas íntimamente adheridas a la cápsula anterior, exponiéndose muy seriamente en la intentona de retirarla, de romper la cápsula. A parte de estas complicaciones, el problema más constante con que tropezamos fue la presencia de cataratas en el curso de la interven-

-ción. La conducta a seguir ante este asunto, creemos que vale la pena, una seria meditación. Tres caminos podemos seguir en estos casos: a). Dejar el cristalino opaco en su sitio y continuar la operación, b). Hacer una quistitomía para extraer el núcleo o la mayor cantidad de masas posibles según los casos y c). Intentar una extracción total. Cualquiera de las tres decisiones que se tomen tienen sus ventajas y sus inconvenientes. La primera, prescindir de la opacidad cristaliniiana, es idudablemete la más cómoda para el cirujano; sin embargo, si el injerto resulta transparente, quedamos frente a un nuevo problema que resolver: operar de catarata un ojo que tiene una córnea opaca salvo en su centro (no olvidemos que estamos hablando de casos desfavorables); no hemos tenido oportunidad aún de tener que resolver esto, porque los pocos casos en que resolvimos abstenernos de la extracción de la catarata, presentaron opacidades del injerto, pero suponemos, probablemente con sobrada razón, que intervenir una catarata en estas condiciones, con un ángulo iridocorneal completamente soldado y con una córnea opaca en su periferia que impide observar el curso /seguido por el Graeff o el cuchillete lanceolar, debe presentar grandes riesgos. El segundo camino a seguir, es decir, la quistitomía, sería aparentemente el mejor; dejando en su sitio el tabique formada por la zónula y la cápsula posterior, los peligros de la salida de vitreo son relativamente pequeños, Pero ya en un caso así intervenido, nos enfrentamos en el curso del post-operatorio con masas hinchadas que desde la cámara anterior hacían presión sobre el injerto, haciendo salir a este de su lecho y hundiendo las suturas sobre la superficie anterior del mismo, todo lo cual dio lugar a la opacidad del colgajo y estuvo a punto de provocar su desplazamiento con sus terribles consecuencias. El tercer, camino, el de la extracción total 'a través de la brecha corneal, camino que hemos tenido que recorrer en varias ocasiones, muy a pesar nuestro, y por diversas razones, conduce habitualmente hacia el desastre.

Aparte de las dificultades comprensibles en estos casos, por las sinequias posteriores constantes, la extracción total lleva consigo la probable irrupción del humor vitreo, que no teniendo el obstáculo de la córnea, se derrama al exterior. Por muy poca imaginación que se tenga, se puede suponer muy fácilmente. cuales son las dificultades en que se encuentra uno, cuando ha habido pérdida de vitreo, y éste esta extendido por la superficie del globo, intentar colocar el colgoja del injerto sobre su lecho. Este se escapa por todas partes, resbalando cuando se pretende fijar las suturas sobre él y en muchas .ocasiones viene por fin a caer en el interior del globo...

Si comparamos, pues los tres caminos a seguir, cuando en el curso de una intervención de esta naturaleza, en casos desfavorables, nos hallamos en presencia de una catarata, veremos que lo menos aconsejable es hacer la extracción total; no queramos aún. decidimos del todo entre respetar momentáneamente el cristalino

o hacer una extracción parcial, si bien creemos, que verosímilmente la primera conducta sería la más prudente y más favorable.

Destino de los injertos

Algo que nos ha sorprendido extraordinariamente es la facilidad que tienen los colgajos para prender, incluso en aquellos casos en que por haber habido dificultades de diverso género en «el curso de la intervención, no hemos quedado satisfechos de la adaptación del mismo. Es más, en alguno de las pacientes que se encontraban en una situación análoga a la descrita en el párrafo anterior, es decir, en que se decidió hacer extracción total de la catarata, con pérdida consecutiva de vitreo, se consiguió una coaptación buena.

Muy distinta es por desgracia el porvenir del injerto en cuanto a su transparencia. Creemos comprobar entre nosotros, lo que ya se ha publicado al respecto por autores norteamericanos y europeos; es decir, las posibilidades para la conservación de un colgajo transparente, crecen enormemente cuando, este se puede colocar sobre tejido corneal relativamente sano o dicho en otras palabras, cuando se opera córneas con leucomas centrales. Por el contrario, cuando trabajamos con córneas opacificadas totalmente, con sinequias anteriores y posteriores, el pronóstico se ensombrece "visiblemente.