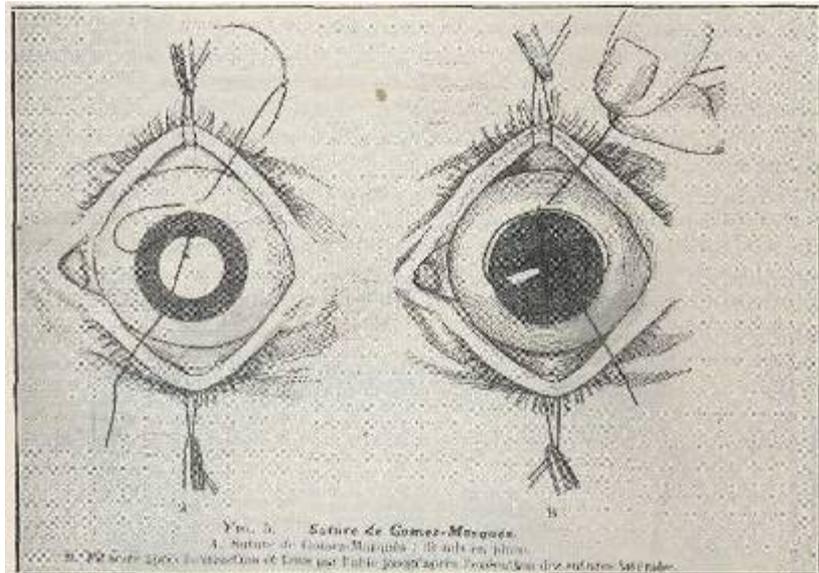


ACERCA DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

Particularidades de la misma en Honduras
(Trapajo presentado en la Asociación Quirúrgica Hondurena)

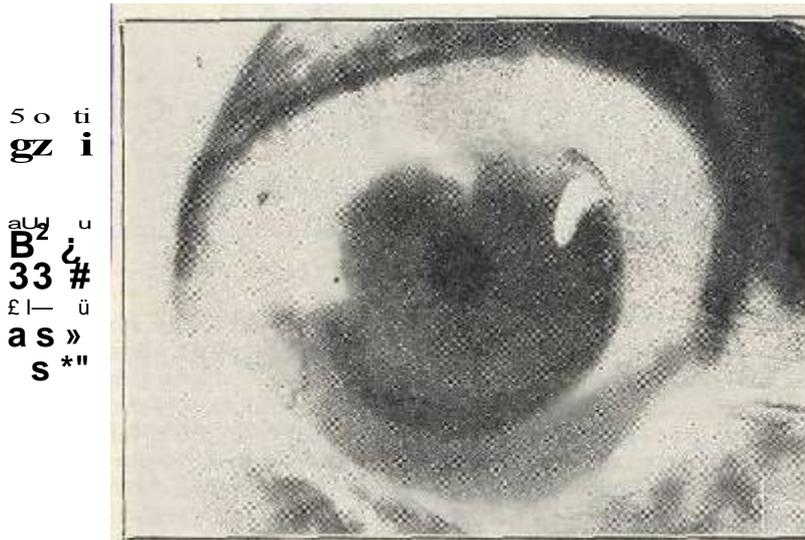
Por el Dr= I. GOMEZ-MABQUE2 GIBÓLES, JeJe
del Servicio de Oftalmología del Hospital General

Ningún problema existe en cirugía ocular que sea tan apasionante como la extracción del cristalino opacificado. Apesar de los progresos de la cirugía del aparato visual en diferentes órdenes, la extracción de la catarata es siempre la que suscita el máximo interés y elio se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que por una parte es un gran número de enfermos los que presentan este padecimiento y por otra parte, que apesar de los grandes progresos que sobre la misma se rían hecho y de la gran cantidad de autores ilustres que se han dedicado a su perfeccionamiento, existen aún numerosos problemas pendientes, de **tal forma** que cada cirujano con suficiente experiencia personal se declara partidario de determinada técnica Y naás allá no se limitan a ésto sino que con frecuencia establecen su sistema propio. Los primeros pasos que se dieron para extraer el cristalino opacificado fueron, como todos aquellos que se I dan en el período inicial de los grandes acontecimientos, difíciles y sumamente vacilantes. Eran los tiempos, por cierto aún no muy le- I janos, en los que no se efectuaba más que la quistitomía, o sea la simple extracción del núcleo de la catarata, dejando en el interior la cápsula de la misma, en la que al principio se usaba exclusivamente anestesia local, superficial del globo ocular; en la que no se conocía ningún procedimiento que paralizara los movimientos del ojo y de los párpados; época por lo tanto en la que si bien es cierto que se legraba devolver el precioso don de la vista a muchos enfermos, no I



se estaba en capacidad de ofrecer muchas garantías ni de obtener habitualmente resultados perfectos. Nosotros no deseamos en el curso de este pequeño trabajo extendernos sobre este antiguo procedimiento que hoy en día no tiene más que ciertas indicaciones precisas y que, desgraciadamente, aún la usan como técnica de elección ciertos oftalmólogos por falta del adiestramiento adecuado o por falta de convencimiento de las excelencias del nuevo procedimiento o sea el de la extracción intracapsular de la catarata sobre la cual hablaremos a continuación, adaptando nuestro lenguaje al propio del auditorio que tenemos, es decir cirujanos generales. Este procedimiento ha tenido que librar una batalla sumamente ardua hasta llegar a ocupar el puesto que tiene, es decir el procedimiento de elección para la extracción de la catarata. Según los datos que poseemos, el mérito de ser el iniciador, aunque en forma rudimentaria de la extracción total, le corresponde a Baranger, de Burdeos, Francia, quien en 1757 publicó un método por medio del cual lograba la expresión total del cristalino a través de una herida operatoria y valiéndose de la presión digital. A partir de aquel momento y aunque no en una forma continua se sucedieron los procedimientos encaminados a lograr la extracción total de la catarata y la causa de la tardanza que se popularizara rápidamente, se debió a la ausencia de una técnica reglada y a una instrumentación adecuada. Se comprende fácilmente que teniendo la operación de la extracción intracapsular de la catarata por objeto la extracción de ésta, rompiendo las inserciones lenticulozonulares y dejando por lo tanto el vítreo al descubierto, se requería una serie de procedimientos que permitieran al opera-

dor trabajar sin provocar dolor al paciente, sin ocasionar reacciones como movimientos extemporáneos del ojo o de los párpados, y un método que permitiese extraer el cristalino sin romper la cápsula cuya consistencia bien podría compararse con el de un papel de fumar mojado y que por otra parte estuviera exento en lo posible de violencias que fueran susceptibles de conseguir la expulsión del cristalino, y del contenido ocular detrás de él. En tanto estos requisitos no fueron llenados, las extracciones totales de catarata que ineludiblemente llevan consigo la abertura del globo ocular al nivel del limbo esclerocorneal, iban seguidas de grandes desastres especialmente consecutivos a las grandes pérdidas de vitreo porque a mitad de la operación, cuando el ojo estaba abierto, un movimiento



Ojo operado de la catarata según la técnica descrita

intempestivo del globo o de los párpados provocaba la ruptura de la hialoidea y la pérdida de vitreo concomitante, por lo que debe considerarse que ninguna de las técnicas que más adelante se describirán hubieran podido progresar sin los siguientes requisitos:

- a) Anestesia profunda y aquiescencia del globo por medio de la inyección retrobulbar.
- b) Parálisis facial, con el objeto de inhibir la acción del músculo orbicular del ojo.
- c) Prehensión del músculo recto superior.

Cada uno de estos requisitos serán descritos oportunamente a hablar de la técnica operatoria que nosotros seguimos. Nos bast;

por el momento señalarlos y hacer hincapié en que sin ellos no hubieran sido posibles ninguno de los tres procedimientos de extracción total de catarata que en una forma más o menos extendida están hoy día en boga, es decir el procedimiento de presión de Smith, la tracción sobre la cápsula anterior por medio de una pinza especial y el de la prehensión de esta cápsula por medio de una ventosa.

El procedimiento de extracción extracapsular de la catarata, no tiene en general más que una ventaja: su fácil realización, reduciendo los peligros a un *mínimum*. La herida esclerocorneal es pequeña, la operación se realiza sin romper el tabique zónulo-capsular que separa formalmente la cavidad posterior del ojo, con su contenido vítreo, de la cámara anterior y por ende del exterior; se limita a llevar a cabo mediante un instrumento especial en forma de gancho, la rasgadura de la cápsula anterior del cristalino; una vez llevada a cabo esta maniobra, el núcleo está en condiciones de ser expulsado al exterior mediante una comprensión sobre el globo, produciéndose así un «parto» del núcleo lenticular a través de la brecha operatoria. Como teóricamente, lo que se opacifica, es el núcleo, esta intervención realizaría el objeto deseado, es decir suprimir la masa opacificada, representada en este caso por el núcleo de la catarata, que se interpone a la penetración adecuada de los rayos luminosos excitantes de nuestra retina. Las cosas sin embargo, suceden de muy distinta manera después de una de estas operaciones: en primer lugar la cápsula y otras masas cristalínianas no nucleares, se opacifican posteriormente, formándose lo que se llama una catarata secundaria y el enfermo debe sufrir nuevas intervenciones con el fin de hacer desaparecer por uno u otro medio estos obstáculos; por otra parte la presencia de cápsula en el interior del ojo, resulta un factor de irritación continua y desencadena con facilidad brotes de iritis, haciendo el restablecimiento del paciente lento y complicado y además con este procedimiento sólo pueden ser operados los que tienen cataratas llamadas «maduras», es decir aquellos en los que la catarata ha llegado a un estado tal que presenten un gran núcleo, y una cápsula fácilmente desprendible del mismo. Esto es un gran inconveniente porque un número de personas, no llegan a madurar sus cataratas apesar de tener una visión incompatible con sus quehaceres habituales y se veían condenados muchos de ellos de por vida a una ceguera parcial, sin que hubiese manera de obviarla.

Estos inconvenientes hicieron pensar a los oftalmólogos en la necesidad de crear procedimientos que lograran la remoción de toda la catarata, con cápsula y iodo.

Smith, médico militar inglés residente en Calcuta, describió en el año de 1910 un procedimiento, que estaba basado ya en algo de tipo primitivo descrito con anterioridad por Mulroney y Fink en el año de 1894. La operación consistía en hacer una herida esclerocorneal con un cuchillete Graeff por transfixión y provocar después la expulsión del cristalino opacificado por la simple presión con ayuda de un gancho adecuado. La intervención como se vé es brutal y se comprende fácilmente que si bien se observaban casos de éxitos completos, había también infinidad de ellos que «perdían» su catarata-

ta y su vitreo también. Sin embargo, dadas las condiciones sumamente primitivas que existían y aún existen en la India en el campo de la cirugía oftalmológica, el procedimiento lograba rescatar a un gran número de personas de las tinieblas en que vivían y el Coronel Smith estaba muy satisfecho con su procedimiento. Pero cuando este cirujano inglés llegó, creemos que por el año de 1919 a Barcelona con el fin de llevar a cabo sesiones operatorias de tipo demostrativo de su técnica operatoria, se asombró él mismo al darse cuenta de la ineficacia de su procedimiento ya que todos sus operados sufrieron grandes pérdidas de vitrio. Smith intentó explicar este fracaso y muy probablemente estaba en lo cierto al decir que las zonas de los indios eran mucho más laxas que las de los europeos y que por lo tanto las presiones que tenía que ejercer sobre el globo en la India, eran muy inferiores a las que tenía que ejercer con sus pacientes en Barcelona. Sea como sea, el procedimiento está hoy en día prácticamente abandonado.

Otros autores, entre ellos Kalt, Elschning, Stanculiano y Knapp, entre los años de 1909 y 1914 idearon una serie de pinzas que lograban extraer la catarata por medio de tracción sobre la cápsula sin desgarrar. Este procedimiento perfeccionado hoy de una manera considerable, tiene para muchos el inconveniente de romper con cierta facilidad la cápsula, haciendo por lo tanto que la operación no consiga la extracción total. Según las informaciones de tipo estadístico que leñemos a mano, los mejores cirujanos han logrado con estos procedimientos hasta un ochenta por ciento de extracciones totales.

Siempre ingeniándose formas de extraer el cristalino opacificado sin romper la cápsula, Ignacio Barraquer de Barcelona, inventó una ventosa que aplicada a la cara anterior del cristalino lograba su extracción. El procedimiento ha tardado mucho en abrirse campo; si bien los resultados en manos de cirujanos suficientemente adiestrados son magníficos, hay muchos aún que no se deciden a usarlo por el hecho de que los riesgos son mayores y probablemente el entrenamiento para su manejo es más difícil de adquirir. Sin embargo los resultados son tan excelentes que nosotros creemos que bien vale la pena luchar hasta conseguir la experiencia necesaria según nuestros informes, las mejores estadísticas hablan de un noventa y cinco por ciento de extracciones totales.

El avance más resonante llevado a cabo en estos últimos años en lo que a operación de catarata se refiere, ha sido llevado a cabo por el inglés Ritley, que ha llegado a substituir el cristalino extraído por un cristalino plástico que queda alejado dentro del ojo. Este procedimiento podría llegar a tener la enorme ventaja de llegar a perfeccionarse, de hacer innecesarios los anteojos a los operados de catarata. Es un procedimiento aún en ciernes. Muchos autores consideran que por ahora la operación debe considerarse únicamente como un experimento ya que la presencia de un cuerpo extraño in-tra-ocular lleva consigo muchas veces reacciones desagradables tales como retardo en la cicatrización, brotes de iritis y para muchos resultados visuales mediocres. No creemos prudente emitir un juicio

acerca de esta intervención, en primer lugar por no haber tenido ocasión aún de practicarla y en segundo lugar porque apenas si se están empezando a dar los primeros pasos para reglamentarla.

Nosotros usamos actualmente una técnica sistematizada y que vamos a dar a conocer a continuación exponiendo en una forma general los resultados obtenidos en relación con el material humano de que disponemos.

PREPARACIÓN DEL EHFEEEMO

Exámenes generales y complementarios rutinarios. Corte de las pestañas. Investigación de la permeabilidad de las vías lagrimales. Una cápsula de nembutal media hora antes de la operación.

ANESTESIA

Nosotros trabajamos **constantemente** con anestesia regional con novocaína y los distintos tiempos de la misma nos parecen absolutamente básicos para el éxito de la intervención y consta de la siguiente:

a) Inyección reirobulbar por medio de una aguja hipodérmica que mide exactamente tres centímetros y medio de longitud. Estas dimensiones han sido fijadas de acuerdo con una serie de pruebas en el ser vivo y en el cadáver y su objeto es el de que permita la llegada de la anestesia hasta el ganglio ciliar sin que por otra parte exista el peligro de que penetre en la cavidad craneal. La inyección se hace bruscamente al nivel de una muesca que existe en la parte externa del reborde orbitario inferior dirigiendo la aguja de adelante atrás, de abajo arriba y de fuera adentro. La solución de novocaína empleada es al 4%. Esta anestesia de ganglio ciliar logra la anestesia profunda y la aquinesia del globo. Acto continuo procedemos a otro tiempo importantísimo que consiste en el bloqueo del nervio facial que inerva como es sabido el músculo orbicular. Este bloqueo se efectúa haciendo una infiltración con una solución de novocaína al 2% en ángulo recto uno de cuyos lados, el vertical corre a lo largo de la comisura externa del ojo y el otro, el horizontal a lo largo del reborde orbitario inferior. De esta manera se consigue la parálisis completa del músculo orbicular y se evitan por lo tanto las contracciones involuntarias y peligrosas de los párpados durante el acto operatorio. Completamos esta anestesia regional con una ligera infiltración del párpado superior. La anestesia es terminada mediante la instilación de Butyn al 4% y adrenalina al 1 por mil, con lo cual se consigue la anestesia superficial del ojo.

FIJACIÓN DEL OJO

La separación de los párpados la obtenemos haciendo pasar unos hilos a través del párpado superior e inferior respectivamente fijando los cabos libres con una pinza de Kocker. Este tipo de ble-

farostato ingeniado por el Profesor Gómez-Márquez tiene la enorme ventaja de conseguir un excelente campo operatorio y evitar las compresiones sobre el globo que produce inevitablemente todos los blefarostatos metálicos y además se puede suprimir a voluntad cuando hay tendencia a la profusión del vitreo, mediante la simple maniobra de soltar las pinzas antes mencionadas. A continuación se hace la prehensión del recto superior mediante una pinza de disección corriente, la cual se introduce cerrada en dirección de abajo para arriba hasta el fondo de saco superior; en este momento se abre la pinza y se intenta agarrar el globo; éste se escurre entre las dos ramas de las pinzas y lo que queda entre ellas es el tendón del recto; éste se fija mediante un hilo que se pasa por medio de una aguja curva. Estos dos hilos son asimismo fijados por medio de una pinza de Kocher. Ya tenemos por lo tanto hecha la anestesia superficial y profunda del ojo, la paralización del mismo la parálisis de los párpados, la separación de los mismos por un procedimiento sencillo, seguro y atraumático y el ojo fijo por el recto superior, lo cual nos permite llevar a aquél por donde querramos. Ya no hay lugar a temer movimientos intempestivos del ojo o de sus anexos por parte del paciente; si todos estos tiempos se llevan a cabo correctamente, estamos trabajando como si estuviéramos ante el ojo de un cadáver. La intervención propiamente dicha puede iniciarse.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se hace un colgajo conjuntival semicircular en la parte superior del globo, teniendo dicho colgajo una anchura de unos tres milímetros aproximadamente. Se hace una minuciosa disección hasta poner al descubierto el limbo esclero-corneal. En este momento se colocan tres suturas esclero-corneales previas tal y como fueron descritas por el Profesor Gómez-Márquez así como aparece en la Enciclopedia Oftalmológica Francesa, tomo VII, Pág. 696 (Fig. N° 1). La única diferencia entre nuestra técnica y aquélla consiste en que el mencionado Profesor usaba un punto esclero-corneal único y nosotros empleamos uno a las doce, otro a las diez y otro a las dos. Este sistema que fue iniciado ya por el Profesor Gómez-Márquez en sus últimos años de trabajo, fue abandonado después por haber encontrado grandes dificultades debido al gran número de hilos que quedaban sobre el campo operatorio, creando una maraña en la cual difícilmente se podía trabajar. Nosotros comprendiendo las excelencias de este procedimiento en principio hemos vuelto a trabajar en él y hemos llegado a simplificarlo en una forma notable pudiendo trabajar con toda comodidad. Nos ha bastado para ello cortar el hilo restante después del nudo y reducir las asas del hilo a las dimensiones estrictamente necesarias para que nos permita abrir cómodamente el colgajo corneal. En esta forma las suturas esclerocorneales (en esta forma las suturas esclerocorneales). Creemos firmemente que el uso de estas suturas previas son un factor de seguridad enorme, ya que por una parte no necesitamos hacer compresión sobre el globo ocular una

vez abierto éste, con el objeto de colocar suturas en partes tan duras como la córnea y la esclerótica; por otra parte, el hecho de tener tres suturas en vez de una nos permite llevar a cabo un cierre perfecto de la herida operaiórca facilitando con ello la cicatrización y haciendo más difícil el encarcelamiento del iris especialmente en los casos en que pretendemos mantener intacto el esfínter pupilar y por último porque la disposición de la sutura central permite el cierre rápido del ojo mediante una simple tracción del hilo correspondiente evitándose así pérdidas de vitrio que en otras circunstancias serían inevitables. Estas suturas no tienen a nuestro modo de ver más que un inconveniente y es la dificultad que presenta el tallado del colgado corneal, ya que la sección tiene que llevarse a cabo en el espacio comprendido entre los dos cabos de hilo, espacio que habitualmente no es mayor de un milimíetro. Iniciamos la sección entrando con un queratomo a las 12 del limpo esclerocorneal y ampliando después con tijeras. Acto continuo se observa la amplitud del mismo que debe ser aproximadamente de una semicircunferencias. Habitualmente hacemos una iridectomía periférica. La extracción del cristalino la llevamos a cabo mediante el procedimiento de succión con el erisífaco de Barraquer.

Anudamos después los puntos esclerocorneales y completamos: la sutura con punios conjuntivo conjuntivales. A continuación instilamos eserina y colocamos un unguento de penicilina. Se coloca un vendaje binocular y si se han conservado la integridad del esfínter pupilar hacemos la primera cura a las 24 horas con el objeto de instilar atropina. Los puntos no son removidos sino en el caso en que no se caigan instantáneamente y ésto al cabo de varias semanas de la operación.

No pretendemos exponer aquí datos estadísticos porque el estudio de nuestros casos en este sentido dadas las deficiencias del Servicio Estadístico Hospitalario, requeriría un tiempo y un trabajo muy superior al que disponemos. Es por eso que nos referimos brevemente a un pequeño número de casos, 43 en total.

Número de enfermos: 32.

Operados de ambos ojos: 11.

Operados de un sólo ojo: 21.

Edad: de más de 40 años: 26. De menos de 40 años: 6.

Número de operaciones: 43.

Extracciones intracapsulares: 32,

Extracciones exíracapsuáres: 11.

Pupilas con irídectomía periférica: 24. ■ ■.

Pupilas con iridectomía total: 19.

Pérdidas de vitreo: 9.

Reacción de Kahn: Negativos: 24. Positivos: 8 (25%).

Extracciones con Erisífaco: 31.

Extracciones con pinza Arruga: 8.

Extracciones con asa: 4.

Extracciones con Erisífaco: 31. Extracciones intracapsulares: 26

(84%). Extracciones extracapsulares: 5 (16 %).

Extracciones con pinza de Arruga: 8. (Extracciones intracapsulares: 3. Extracciones extracapsulares: 5.

Tenemos la impresión y esta era también la del Profesor Gómez-Márquez que el material humano de que disponemos es sumamente malo, ya que nuestros enfermos desarrollan con facilidad iritis postoperatorias, presentándose con frecuencia también hifemas que nosotros en principio atribuimos a fragilidad capilar. Las malas reacciones que presentan nuestros enfermos probablemente es debido con mucha frecuencia a la sífilis más o menos latente que presentan nuestros enfermos y tenemos fuertes razones para sospechar que aparte de las reacciones de Kahn positivas comprobadas existen otros muchos pacientes en que la infección luética es también una realidad.

Esta es en síntesis la que os podemos decir acerca de las técnicas quirúrgicas que para la extracción de la catarata estamos siguiendo hoy en día y de los problemas que los enfermos de catarata presentan con frecuencia entre nosotros.



EL AHORRO HONDURENO, S
COMPAÑIA DE SEGUROS

Y CAJA DE AHORROS

Se complace en anunciar que la mayoría de los señores Médicos, así como la de los demás profesionales de la República, están protegidos por sus pólizas de Seguro sobre la Vida y contra Accidentes
