

RECIENTES ADQUISICIONES EN LA TECNICA DE LOS INJERTOS DE CORNEA

Dres. Raúl Rodríguez Barrios y Juan V. Echagüe Vera

En cirugía ocular continúa apasionando el tema de injerto de córnea y entusiastas cirujanos del mundo entero se dedican afanosamente a perfeccionar aspectos técnicos, así como a investigar el mecanismo fisiopatológico del éxito o del fracaso de la intervención.

A pesar de que la técnica ha sufrido numerosos cambios, al punto de aparecer hoy como casi llegada a la perfección, choca aun con un sinnúmero de aspectos desconocidos que inciden en la buena nutrición o adaptación del tejido trasplantado conduciendo a su opacificación y por consiguiente al fracaso.

Creemos justificada esta presentación por el hecho de aportar algunas modificaciones técnicas de reciente adopción, y que no han sido señaladas en nuestro trabajo anterior.

Sutura. — Adoptamos en forma definitiva la sutura directa córneo-corneal o sea la unión del injerto con la córnea receptora abandonando así las suturas a distancia (tipo Tudor Thomas o

Castroviejo) que se hacen exclusivamente en córnea receptora actuando los hilos como bandas de contención sobre el injerto. Esta forma de fijar el injerto da mayor seguridad y solidez facilitando la cicatrización al par que impidiendo las complicaciones que derivan de un injerto suelto: su caída, hernia de iris, protrusión, etc. Permite además rehacer la cámara anterior al terminar la operación, pues se pueden hacer inyecciones de aire que se mantiene bien gracias a la sutura directa.

El número de puntos de sutura a colocar varía con el tamaño del injerto. En general, empleamos cuatro en los de 5 mms., seis en los de 6 mms., de diez a doce en los de 7 mms. y de veinte a veinticuatro en los injertos totales.

Es verdad que una sutura directa exige una técnica más cuidadosa, al par que instrumental apropiado, pero con las agujas de Grieshaber (81-7, 82-7) y el portaagujas de Castroviejo, se tienen auxiliares muy valiosos. Su objeción puede ser el aspecto estético, ya que el sitio de las suturas es más visible, al par que retirar los puntos demanda, la mayoría de las veces, anestesia general o curare, con o sin anestesia, según los casos.

Tamaño del injerto. — La mayor seguridad en la fijación del injerto ha permitido aumentar el tamaño de los injertos. Es así que en casos de leucomas, adaptamos el tamaño del injerto, al tamaño de la opacidad tratando siempre de que contacte con la córnea sana y sin vasos.

En el queratocono, que sigue siendo una de las indicaciones más formales de esta intervención, empleamos ahora los injertos de 7 mms., que si bien son de más difícil realización, permiten sacar una mayor zona de córnea deformada, disminuyendo la miopía post-operatoria y limitando la progresión ulterior de la deformación. Este nuevo tipo de sutura ha permitido a Castroviejo realizar injertos de toda la córnea, o sea, de 10 a 11 mms. de diámetro.

Nuestra experiencia en injertos perforantes totales o sea el reemplazo total y radical de una córnea enferma por una transparente, es todavía limitada. En este terreno, nuestros resultados no fueron halagadores, ya que de siete casos, sólo en uno tuvimos un éxito pasajero pues al poco tiempo volvió a opacificarse, aunque parcialmente. Hay en este capítulo un filón interesante de

investigación y perfeccionamiento que nos obliga a insistir en procura de la obtención del injerto transparente.

Tipo de injerto. — En general, preferimos realizar el injerto perforante, pues con el lamelar los resultados visuales no son tan brillantes.

Finalmente, hemos realizado injertos sobre córneas que su-



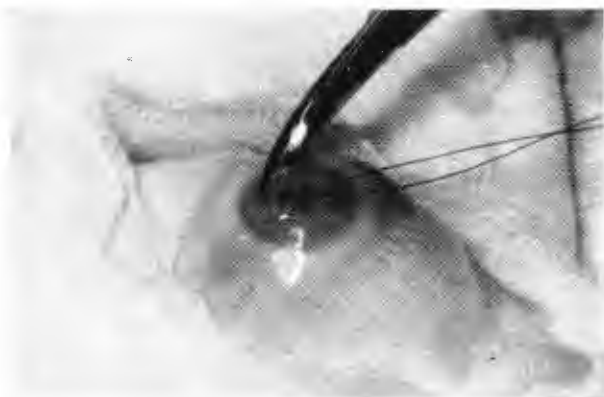
S. F. Injerto perforante de 6 mm. Se observa el sitio donde estuvieron las suturas.



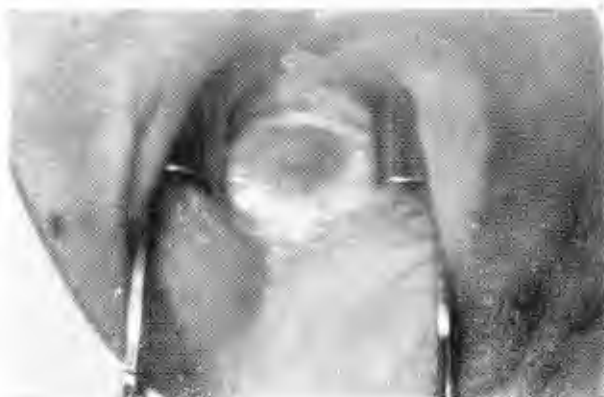
R. S. Injerto perforante total

frían un proceso flegmático agudo, evolutivo, ampliando así la indicación operatoria, ya que antes sólo se actuaban “en frío” sobre cicatrices o procesos estabilizados.

A la serie de 41 injertos presentados anteriormente agregamos ahora 27 casos más practicados en el transcurso de un año.



Extracción del in-
jerto del ojo dador.



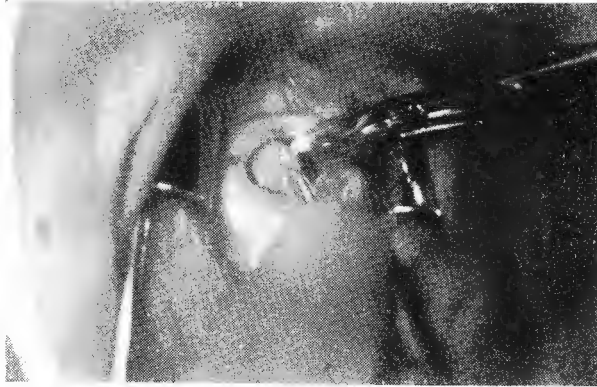
Ojo receptor, con
gruesa opacidad
corneal.



Incisión con el tré-
pano de 6 mm.



Después de retirar
el trépano



Se completa la in-
cisión con tijera



Pasando las
suturas

En cuanto a los resultados, indudablemente nuestra estadística coincide con la de otros autores, los éxitos más halagadores los seguimos obteniendo en los queratoconos en donde un cien por ciento recuperan la visión en forma notable, llegando algunos casos de la visión de bultos a 20/30 (0,8).

También se siguen obteniendo buenos resultados en los leucomas corneales, y dudosos en las *distrofias*.

No todos nuestros casos fueron exitosos, y varios injertos se



El injerto en posición

opacificaron. Los mayores enemigos fueron: a) la vascularización contra el cual no teníamos ninguna arma eficaz, mientras que ahora contamos con las radiaciones beta, tema que será objeto de otra comunicación; b) la enfermedad del injerto u opacificación sin causa aparente; c) el glaucoma.

Conclusiones. — En los últimos tiempos se han realizado interesantes progresos en la técnica de los injertos de córnea, de los cuales los más importantes son: 1º) la sutura directa que permite disminuir las complicaciones y ampliar el tamaño del injerto. 2º) El injerto perforante total que sustituye prácticamente toda la córnea enferma por otra sana.

BIBLIOGRAFIA

- 1) RODRIGUEZ BARRIOS y ECHAGÜE VERA, Juan V. — Nuestra experiencia sobre 41 casos de injertos de córnea. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Tomo XXI. N° 2. 1950.
- 2) CASTROVIEJO, Ramón. — Total penetrating keratoplasty, Am. J. of Ophth 34, 1697, 1951.