

LA CIRUGIA DE LA CATARATA

Dres. Raúl Rodríguez Barrios y Roberto Vázquez Barriere

Siendo la catarata una afección corriente y beneficiando el paciente una vez formada sólo con el tratamiento quirúrgico, consistente en la extracción del cristalino opacificado, y habiendo evolucionado su técnica en los últimos años, nos ha parecido conveniente una exposición del método efectuado por nosotros en 150 casos operados en el año último, en cataratas del más diverso tipo, en pacientes de diferentes edades y en distintos grados de evolución; muchas de ellas de tipo marcadamente patológico.

Si bien durante muchos años se empleó el procedimiento denominado "extra-capsular", hoy día se emplea de preferencia el "intra-capsular", consistente en la extirpación del cristalino con su cápsula, procedimiento que presenta grandes ventajas en el resultado visual final, evitando también las cataratas llamadas secundarias.

Por este procedimiento es que hemos operado en los últimos años, habiendo ido evolucionando en la técnica empleada hasta llegar a la actual, en la que al emplearse suturas esclero-corneales se logra un cierre perfecto de la incisión, pudiéndose evitar una serie de complicaciones y lográndose un alto porcentaje de buenas visiones postoperatorias.

Técnica utilizada. Como hemos dicho, empleamos siempre que sea posible, el procedimiento intra-capsular, haciendo anestesia local con aquinesia, o si fuera necesario, general, también con aquinesia. Antes de la anestesia se efectúa premedicación sedante al paciente. La incisión se hace con queratomo, agrandando luego según la necesidad con tijera corneal, previa disección de un colgajo conjuntival tipo Van Lint, destinado a un cierre ulterior y de recubrimiento de la sección corneal. Esto es seguido de la colocación de 5 puntos esclero-corneales empleando el portaagujas de Castroviejo y seda negra 6 ceros con agujas Nº 82 de Castroviejo y Barraquer, preferiblemente de las fabricadas por Grieshaber. También hemos usado agujas de filo invertido atraumáticas de Davis y Geck y en los niños se puede

usar el catgut cromado para evitar la nueva anestesia que supondría la retirada de los puntos. Los puntos esclero-corneales se hacen pasando primero por la córnea y después por la esclera, procurando no sean perforantes. Posteriormente se hacen dos iridectomías periféricas interpuestas entre los puntos previos, sin levantar la córnea. En cuanto a la extracción del cristalino se hace con la pinza de acción cruzada de Castroviejo, empleando el "tumbliq" y rotación del cristalino en forma horaria o anti-horaria según el caso. En caso de cristalino muy intumesciente la



Fig. 1. — Disección de la conjuntiva

extracción se hace con la ventosa de Barraquer. Una vez extraído el cristalino el cierre se hace rápida y seguramente, dada la colocación que se hizo previamente de los 5 puntos de sutura. Antes de cerrar el colgajo conjuntival se efectúa inyección de aire en la cámara anterior, teniendo cuidado que la burbuja no se oculte tras el iris, esto tiene por objeto la formación rápida de la cámara anterior. Luego se baja el colgajo conjuntival, el que al recubrir completamente la sección corneal proporciona un recubrimiento fisiológico de la incisión. Posteriormente hacemos inyección sub-conjuntival de penicilina o de cortisona según los casos.

La mayoría de las cataratas operadas lo han sido en ojos normales, en otros casos se trató de ojos operados previamente de glaucoma, efectuándose en estos casos la extracción de la catarata por la parte inferior, con objeto de no alterar el funcio-

namiento de la fistulización anti-glaucomatosa de la precedente operación. En los enfermos con iritis antiguas y en escasa actividad se efectuó tratamiento previo a base de colirio de cortisona, inyectándose también subconjuntivalmente en forma de solución original después del acto operatorio; a lo más se obtuvo un ligero aumento de la actividad de la afección antigua después de la operación.

Postoperatorio. El colgajo conjuntival se retrae por sí sólo a los 3 ó 4 días, completándose en los pacientes tranquilos a los



Fig. 2. — Abertura de la cámara anterior por introducción de la pica en el limbo esclero-corneal

14 días; si hay demora en la formación de la cámara anterior se extraen a la semana. En 2 enfermos al sacar los puntos hubo salida de acuoso sin consecuencias. Si los enfermos fueran muy nerviosos, más vale dejarlos caer solos, ya que no representan mucha molestia.

Resultados. La sutura esclero-corneal significa un gran progreso en la cirugía de la catarata, pues permite ampliar las indicaciones y disminuye las complicaciones.

La operación se puede realizar perfectamente en enfermos tosedores crónicos o con fácil tendencia al vómito, así como en personas de edad avanzada, pues el perfecto cierre de la herida no hace imprescindible el guardar cama. Del mismo modo es suficiente sólo la oclusión del ojo operado, lo que hace más confortable el postoperatorio.

En 150 casos hemos observado las siguientes *complicaciones operatorias*:

Salida de vítreo en 11 casos (7 %). En muchos de estos casos se trató de miopes fuertes con vítreo muy flúido y en los que no se había obtenido suficiente relajación muscular durante la operación, razón por la cual actualmente en enfermos muy inquietos realizamos anestesia general con o sin curare.

Ruptura de la cápsula en 12 casos (7.7 %). En todos estos casos la ruptura se produjo después de hecho el "tumbling", por



Fig. 3. — Ampliación de la incisión por intermedio de tijera

lo cual la extracción de la cápsula fué total en la mayoría de los casos.

Complicaciones postoperatorias.

Hernia del iris, en 2 casos (1 1/2 %). Las atribuimos a haber colocado insuficiente número de suturas (3 puntos solamente).

Hemorragias de la cámara anterior. Han disminuído considerablemente con esta técnica. No hemos observado más la hemorragia tardía que aparece entre el 6º y 7º día. En un 14 % hemos tenido pequeñas hemorragias o ligera coloración rojiza del acuoso. Creemos que el problema de las hemorragias se soluciona en su mayor parte con una sutura correcta y una incisión en el tejido avascular de la córnea, pasando a segundo plano las

alteraciones de la crisis sanguínea. Preferimos no dar excesiva cantidad de coagulantes a pacientes de edad, en potencia de hacer una trombosis coronariana.

Desprendimiento de coroides. Sólo la observamos en tres casos y fueron sin consecuencias.

Desprendimiento de retina. Observado en un caso. Se observó en un miope joven al que se le hizo extracción intra-capsular; atribuimos el desprendimiento a un tironeamiento excesivo y rápido realizado en la parte final de la extracción, por tener

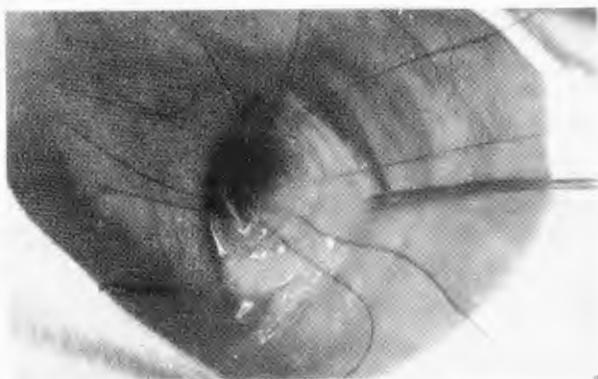


Fig. 4. — Suturas colocadas previamente a la extracción de la catarata. Su cierre y recubrimiento conjuntival posterior proporcionan un cierre perfecto de la incisión

una zónula muy resistente en la parte superior. Justamente en este sitio apareció una desinserción de la ora.

Glaucoma. Se operaron igualmente cataratas con glaucoma, algunos operados previamente y otros con tensiones controladas con mióticos. Después de la intervención no se observaron en estos casos aumentos en la tensión; la mayoría siguieron igual y ninguno tuvo pérdida de visión. Cuando se observó aumento en la tensión hubo mejora con mióticos, especialmente con el D.F.P. 1 ó 2 veces al día. Estos aumentos los atribuimos a alteraciones de las vías de drenaje por efecto de la incisión y a que la sutura esclero-córnea evita la ectasia que se observa corrientemente con otras técnicas.

Glaucoma postoperatorio. En 7.7 % de los casos se observó glaucoma postoperatorio en pacientes que no lo tenían previamente; todos estos casos se normalizaron con mióticos. Es interesante observar que en dos casos después de un tiempo no fué necesario continuar con los mióticos.

Agudeza visual. Incluimos aquí los resultados obtenidos en pacientes en los que el examen previo hacía presumir poca posibilidad de mejoría. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Entre 20/20 y 20/25 el 29 %.

Entre 20/30 y 20/40 el 29 %.

Entre 20/50 el 16 %.

Entre 20/100 el 9 %, y menos de 20/100 el 14 %.

Cicatriz operatoria. No hubo ectasias y la cicatriz fué igual en los glaucomatosos que en el resto de los pacientes. Igualmente los astigmatismos no pasaron de 1 dioptría.

En suma creemos que se trata de un progreso quirúrgico importante que disminuye la cicatrices ectáticas y las hemorragias, permitiéndonos operar pacientes nerviosos, tosedores, etc. Igualmente nos permite operar cataratas con antigua iritis y glaucomas sin mayores inconvenientes.

BIBLIOGRAFIA

- PEREZ LLORCA J. — Sobre la operación de catarata. Arch. Soc. Oft. Hispanoamericana. 9: 508-518. 1949.
- MORENO J. — La facoesis simplificada. Arch. Soc. Oft. Hispanoamericana. 32: 508-518. 1949.
- BELL D. P. — Sutures used in cataract surgery. A Review. Am. J. Opht. 32: 639-649. 1949.
- LAVAL J. — A simple and efficient cataract suture. Arch. Opht. 42: 189-191. (Aug.) 1949.
- PAPOLCZY F. — Statistical Data of my cataract Operation Performed with a new suture of the Sclera. Brith. J. Opht. 33: 296-305. 1949.
- LEE O. S. and WEIB J. E. — Results of Operation for Cataract with primary glaucoma. Arch. Opht. 44: 275-284. 1850.
- KNIGHTON W. S. — The Role of Vitreous in post-operative complications of intra-capsular extractions. Tr. Am. Ophth Soc. 47: 60-620. 1949.
- CLARK W. B. — The important complications of cataract surgery. New Orleans My. 102: 248-259. 1949.

- MEYER S. J. and SRENBERG P. — Secondary Glaucoma after cataract extraction. Tr. Am Acad. of Opht. 326-339. 1950.
- LELAND CARTER F. — Round-pupil cataract extraction. Am. J. of Opht. 34: 1108. Aug. 1951.
- THORPE H. E. — A New Cataract Suture. Tr. Am. Acad. Opht. 289-291. Enero-Febrero, 1951.
- GAITAN NIETO A. — Extracción intra-capsular de la catarata. Arch. y Memorias de la Sec. Oft. del Litoral. Págs. 173-195. 1951.
- ROVEDA J. M. — La sutura en la operación de catarata. Arch. Oft. de Buenos Aires.
- ARRUGA. — Cirugía ocular. Salvat, Barcelona, 1946.
- KIRBY. — Cataract Surgery.
- SPAETH. — Principles and practice of ophthalmie surgery..
- LEA. — Febiger. Filadelfia, 1945.

ENFERMEDAD DE PAGET DEL SENO

Dr. José A. Piquinela

Observ. N° 1. — Enferma de 45 años; hace un año notó un nódulo pequeño en el seno izquierdo, nódulo que aumentó progresivamente. Hace cuatro meses ulceró la piel; ulceración vegetante que sangra con facilidad. El *examen* evidencia: un *tumor ulcerado* de 7 cm. de diámetro, implantado en el pezón que ha desaparecido totalmente; *piel de naranja* en cuadrantes internos; no adhiere a los planos profundos; un *ganglio* palpable en vértice axilar y otro sobre la pared costal; bocio desde hace 7 a 8 años. La amputación de mama hecha según la técnica de Halsted muestra gruesas adenopatías axilares y el *examen anatomopatológico* de la pieza evidencia: tumor en media naranja que levanta la piel, indurada y edematosa a ese nivel; en corte longitudinal es una enorme masa, tumor sólido que profundiza en la glándula unos 5 cm.; el examen histológico pone de manifiesto un epiteloma sólido encefaloideo a células claras. *La piel*, a nivel del tumor que le adhiere muestra *lesiones epidérmicas análogas a las de la enfermedad de Paget* (falta la lesión eczematosa extendida). El Bach. Enrique Castro que realizó el examen cree que se trata de un tumor glandular que infiltra la epidermis por su profundidad.

La enferma fallece 5 años después de operada.

Observ. N° 2. — Enferma de 72 años; 12 hijos amamantados por ella; menopausia a los 50 años. *Prurito* desde hace un año en el pezón del lado izquierdo; aparecen poco después *costras* que descaman y un rezumamiento de *líquido seroso* de la superficie costrosa; más o menos por la misma época, *pérdidas serosas* por el pezón.