

LA CORRECCION OPTICA
DE LA ALTA MIOPIA
POR LA EXTRACCION DEL CRISTALINO

Dr. TOMAS RAMOS DIAZ

Hacemos esta comunicación que puede ser considerada como resumen de un trabajo en extenso que está por ser publicado, sobre un tema que ha dado lugar a múltiples controversias como es la corrección de la alta miopía por la supresión del cristalino. Así como en algunos centros oftalmológicos esta operación se halla formalmente proscrita, en otros goza de alta reputación; en nuestro país no había sido practicada, que nosotros sepamos, en forma que permita tener criterio formado al respecto.

La idea de hacer la extracción del cristalino para corregir la miopía es ya muy antigua. Ya Boherhave, en 1808, la preconizaba, tal como si se tratara de una catarata, aunque no fue realizada. Weber, cincuenta años más tarde, realizó la primera operación de miopía, al parecer con éxito, pero luego se le olvidó y es recién mucho más tarde, con Fukala, en Austria y Vacher, en Francia, que se vuelve a realizar la operación de la alta miopía, ahora en serie, en gran cantidad de enfermos, conociéndose desde entonces esta intervención con el nombre de operación de Fukala, englobando a todas las intervenciones de alta miopía, aunque la técnica quirúrgica no sea exactamente la misma empleada por el cirujano austríaco. A pesar de todo esta técnica no ha llegado a imponerse y solamente en algunos países, como por ejemplo España, se realiza habitualmente.

La intervención quirúrgica de la alta miopía es de grandes riesgos, y aunque ahora la técnica quirúrgica es perfecta en manos hábiles, siempre existe el fantasma del desprendimiento de retina, que aunque curable, ensombrece el pronóstico. Nosotros

tuvimos oportunidad de verla realizar en varias clínicas de España con buen resultado y de asistir a la presentación de estadísticas ya de varios años de más de 100 casos también de excelentes resultados.,,

La justificación de la intervención quirúrgica en la alta miopía se basa en que, si una persona necesita, por ejemplo, un lente cóncavo de 20 dioptrías, sacándole el cristalino, que es un lenteconvexo que fuera del ojo tiene una potencia dióptrica más o menos de 20 dioptrías, esa persona quedaría emétrope sin necesidad de lente alguno.

Las indicaciones de esta operación deben ser muy rigurosas si no se quiere exponer a fracasos. La alta miopía es una enfermedad, y por lo tanto debe descartarse a todos aquellos enfermos que tengan lesiones importantes de retinocoroidosis miópica, igual que aquellos enfermos de menos de 16 a 18 dioptrías o con buena agudeza visual.

La operación de la miopía se realiza, con pocas variantes, bajo los mismos principios que la de la extracción de catarata. Nosotros acostumbramos a dividir los enfermos en tres grupos: de menos de 30 años, de entre 30 y 40 y de más de 40 años. En el primer grupo siempre hacemos extracción del cristalino extracapsular, ya sea por discisión o por extracción lineal; de más de 40 años hacemos extracción intracapsular y entre 30 y 40 iniciamos tratándola de hacerla intracapsular pasando a extra si hay alguna dificultad. Hemos notado que los cristalinos de los miopes altos tienen una zónula muy poco resistente, lo que favorece la extracción intracapsular. Realizamos la misma intervención quirúrgica en la extracción del cristalino trasparente que en la del cristalino cataratoso, de acuerdo con la edad. En general creemos que los resultados obtenidos con la operación de Fukala siempre son superiores a los esperados. No es raro encontrar altos miopes de 22 ó 24 dioptrías que no llegaban, con su corrección a más de 1 ó 2 décimos, alcanzar sin lentes o con lentes muy débiles casi el doble o más; Pérez Bufil relata un caso extraordinario que con menos de 34 dioptrías llegaba a un quinto y que luego de operado llegó sin lentes a un medio.

Mucho se habla del desprendimiento de retina en la operación de Fukala; pero antes de achacar a la operación como causa de esta enfermedad, no hay que olvidarse que se opera en ojos

miopes, que son los que dan mayor contingente de casos de esta enfermedad. Tanto es así, que hay un caso en la literatura, que una persona operada de alta miopía de un ojo, hizo, después de dieciocho años, un desprendimiento de retina en el otro ojo no operado, que por supuesto, si hubiese sido intervenido se le hubiera achacado a la operación.

No operamos en ojos únicos, ni en anisométropes, cuando un ojo tiene una refracción o agudeza cercana a la normal; tampoco operamos con lesiones retinocoroidea marcadas, sobre todo con graves trastornos pigmentarios. Los enfermos más apropiados son los de 20 a 35 años, aunque se pueden operar a cualquier edad por encima de los 20 años cuando sus dioptrías lo indiquen o antes de esa edad en los que la cifra de dioptrías sea igual o superior a los años de su edad.

Nuestra estadística actual comprende 26 casos, de los cuales todos menos 3, tienen mejor o mucha mejor visión que antes de operarse, sin lentes o con lentes débiles; es de hacer notar que los enfermos jóvenes, con menos de 20 dioptrías, mejoran de su refracción a medida que pasa el tiempo. Tenemos un solo caso de desprendimiento de retina, a quien se le hizo una resección escleral y que está por ser reintervenido; el otro es un caso que hizo una reacción iridociclítica seria, que está en franca recuperación; y el tercero es una enferma que nos pidió que la operáramos el segundo ojo, a pesar de nuestra negativa, por tener una mancha negra de Fuchs que contraindicaba la operación.

Creemos que la operación de Fukala, con todas las salvedades hechas, debe ser planteada en muchos de estos enfermos que en realidad es el único medio para aliviarlos de su enfermedad que los lleva en muchos casos a la incapacidad física casi total con graves repercusiones psíquicas.

SECCIONAL DE UROLOGIA

Coordinador: *Dr. Jorge A. Pereyra*

Tema: OBSTRUCCION URETERAL AGUDA

Relator: *Dr. Juan C. Lorenzo*

CONTRIBUCIONES:

El bloqueo ureteral agudo. Consideraciones generales.

Dres. Jorge Lockhart, Germán Schroeder y Héctor Schenone.

Algunos aspectos de la fisiopatología del bloqueo ureteral agudo.

Dr. Germán Schroeder.

Bloqueo ureteral agudo. Sintomatología.

Dr. Héctor Schenone.

Bloqueo ureteral agudo. Tratamiento.

Dr. J. Lockhart.

Oclusión y obstrucción urinaria.

Dr. R. de Surra Canard.

DISCUSION.