

NUESTRA TECNICA ACTUAL DE LA CATARATA (1957) *

Dr. ALEJANDRO SALLERAS — Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN:

Hemos creído de interés traer a la consideración de este Congreso, una actualización de la técnica que empleamos en la catarata, fruto de nuestra experiencia en más de 1.500 facoerisis realizadas en los últimos 10 años.

En una primera serie, (280 casos) efectuamos el procedimiento de Castroviejo con colgajo conjuntival, incisión a pica y tijera, suturas previas córneo-esclero-conjuntivales y extracción con la pinza cruzada del mismo autor.

En la segunda serie, (uns 300 casos) hicimos incisión en plena córnea con pica y tijera, lo que evita los hipemas post-operatorios, colocando dos puntos de sutura córneo-corneales con agujas de Vogt-Barraquer e hilo de Kalt. Comenzamos además a usar la ventosa.

En la tercera serie, (unos 400 casos) introdujimos la premedicación que mencionaremos más adelante, suprimimos la aquinesia del facial y la anestesia retrobulbar suplantándolas, como lo hace Barraquer Moner, por la aquinesia general y curarínica y la anestesia local por instilación de cocaína, reemplazando además la pica por el cuchillo de Graefe, suturando finalmente con seda virgen de Barraquer.

Este último proceder, ha sido modificado en nuestra última serie, que sobeposa las 500 operaciones, ya que aumentamos la premedicación, hacemos aquinesia del facial a lo Van Lint, **no hacemos** retrobulbar salvo en casos excepcionales (ojos muy hundidos, cuando sospechamos que la zónula es muy dura, o cuando

* Apresentado no IV Congresso Sul Americano Meridional de Oftalmologia — Montevideu, Abril, 1957.

debemos efectuar simultáneamente maniobras muy dolorosas sobre el iris). El resto de la técnica es prácticamente igual a la efectuada en la tercera serie.

PREMEDICACIÓN:

Con la premedicación que efectuamos a todo paciente que va a ser operado de catarata, buscamos desconectarlo del medio ambiente por medio de medicamentos de acción compleja que actúan a nivel del sistema nervioso vegetativo produciendo una neuroplejia y disminuyendo además el metabolismo basal. Esta última característica los hace muy útiles en las anestias potencializadas de Laborit y en la hibernación artificial de Huguenard. Mediante la asociación de diversos agentes farmacológicos, llevamos a nuestro paciente a un estado crepuscular tal, que muestra indiferencia por el ambiente, hipoestesia, relajación muscular, somnolencia, hipotermia y estabilización neurovegetativa. La acción central de algunos de estos medicamentos puede interpretarse como lo hace Lassner como una interrupción sináptica entre la corteza y el diencefalo realizando en esta forma una «lobotomía farmacológica que pone en reposo los centros superiores». El paciente, sumergido en este estado de vida de ritmo más lento, recuerda al de los animales hibernantes en estado de hibernación, y puedo soportar impune e indiferentemente agresiones quirúrgicas que en seres al estado normal desencadenarían reacciones neurovegetativas y quinésicas intensas. Esa desconexión central y periférica, que se consigue con los medicamentos del cocktail lítico usado por Huguenard para su ya célebre hibernación artificial, coloca al paciente en un estado quirúrgico ideal.

Los medicamentos empleados por nosotros son los siguientes: Fenegan, Luminal, Ampliactil, Demerol y Diparcol.

El FENERGAN, antihistamínico de síntesis, es un derivado de la tiodifenilamina y posee una poderosa acción hipnógena y anti-alérgica, siendo un ganglioplégico débil; tiene además acción sedante y antiemética.

El AMPLIACTIL o LARGACTIL (4560 R. P.), es un derivado de la fenotiazina (cloropromazina), con una acción neuropléjica poderosa sobre el sistema simpático y parasimpático, es además antiespasmódico, sedante, hipnótico y anticonvulsivo. Posee también acción antipirética e hipotermizante, y al descender el metabolismo basal es de suma utilidad en la hibernación artificial.

El DEMEROL, analgésico y antiespasmódico, tiene una acción muy semeiante a la de la morfina con atropina.

El DIPARCOL, (2937 R. P.) es una dietilamino-2'metil-N-dibenzoparatiiazina, muy empleada para el tratamiento del Parkinsonismo. Además de tener propiedades comunes a las drogas antes mencionadas sobre el sistema nervioso vegetativo, tiene poderosa acción relajante sobre el sistema muscular.

Administramos la premedicación de acuerdo con el siguiente esquema:

12 horas antes de la intervención: 1 ampolla de Fenergán de 0,05 g. intramuscular y 0,10 g. de luminal por boca.

1 y $\frac{1}{2}$ horas antes de la intervención por vía intramuscular: 1 ampolla de Ampliactil (0,025 g.); 1 ampolla de Fenergán (0,05 g.); 1 ampolla de Demerol; 1 ampolla de Diparcol. Además por vía bucal dosis variables de Luminal, según la edad, el peso, el estado mental del paciente y la importancia de la intervención.

La premedicación que damos hora y media antes de la intervención es la misma mezcla «M» que emplean Laborit y Huguenard para la inducción de la hibernación artificial, con la diferencia que la hacemos por vía intramuscular en vez de endovenosa, agregándole Luminal por boca y Diparcol.

DILATACIÓN DE LA PUPILA:

Muy importante cuando se opera con ventosa, la conseguimos mediante la instilación una hora antes de la intervención de dos gotas de homatropina al 2%. Si media hora antes de la operación

la midriasis no es óptima, colocamos un algodón bañado en adrenalina al 1°/oo en el fondo de saco conjuntival superior. Si este también fracasara, inyectamos adrenalina con hialuronidosa subconjuntival.

ANESTESIA:

Con la premedicación antes mencionada, basta la anestesia local por instilación de Cocaína al 4 y 10% para efectuar una facoerisis sin mayores riesgos. Dicha instilación la realizamos a razón de una gota por minuto desde 15 minutos antes de la intervención, primero al 4 y luego al 10%. Este fármaco nos proporciona satisfactoria anestesia de la córnea, de la conjuntiva y del iris, contribuyendo además a mantener la midriasis deseada.

AQUINESIA:

Una abundante infiltración de unos 10 a 15 cm³ de xylocaína al 2% con o sin epinefrina a nivel de los rebordes externo e inferior de la órbita, produce una aquinesia excelente del orbicular. Conviene destacar aquí, la importancia de llegar con la infiltración bien por encima de la cola de la ceja, para tomar también algunos filetes aberrantes del facial.

La aquinesia de la musculatura extrínseca del globo, se consigue en casi todos los casos, con la premedicación. Si ésta no fuera suficiente, lo que es excepcional, practicamos una inyección retrobulbar bien posterior de 0,5 cc. de anestésico.

SEPARACIÓN DE LOS PÁRPADOS:

Como pasamos un lazo por debajo del recto superior, éste nos sirve para mantener separado el párpado y al mismo tiempo produce un cierto grado de exoftalmía, muy necesaria cuando se opera sin retrobulbar, pues el ojo está a menudo muy hundido en la órbita, lo que dificulta las maniobras operatorias. El párpado inferior es retraído por medio de un separador de Roveda.

INCISIÓN CORNEAL:

Previa fijación del globo a nivel del recto inferior mediante la pinza de Barraquer-Lloveras, que tiene la ventaja de permitir «levantarlo», efectuamos la incisión con cuchillo de Graeffe, penetrando a un milímetro por delante del limbo, **en plena córnea**, y saliendo a la misma distancia del limbo, a nivel del sector nasal, para luego continuarla a la misma distancia del limbo, **sin tallar colgajo conjuntival**. Esta incisión corneal pura, tiene la enorme ventaja de mantener el cuchillo relativamente alejado del iris y del cristalino, lo que hace muy difícil su lesión. El ayudante debe tener siempre a mano una jeringa con aguja sin punta cargada con solución fisiológica, para reformar la cámara anterior si ésta se vacía precozmente y el iris tiene tendencia a anteponerse al cuchillo. Esta incisión, permite pasar las suturas en tejido resistente, consiguiéndose un afrontamiento casi perfecto. Con ella, los enclavamientos del iris y los hipomas, son más que excepcionales.

SUTURAS PREVIAS:

Colocamos siempre dos suturas previas a la extracción en los meridianos de las 11 y 1 horas que unidas entre sí, constituyen un lazo de seguridad. Usamos preferentemente agujas de Grieshaber 81/7 enhebradas, en seda virgen de Barraquer Moner.

IRIDOTOMIA:

Si bien la dejamos de usar durante un tiempo, hemos comprobado que es imprescindible. La efectuamos pequeña y bien periférica. Cuando no la hacíamos observamos con demasiada frecuencia, la instalación de un glaucoma por bloqueo pupilar consecutivo a una hernia vítrea, grado que cede fácilmente a la atropinización y al tratamiento con Diamox. En algunos casos no diagnosticados precozmente, se pueden producir sinequias irido-vítreas haciéndose el proceso irreversible, obligando a efectuar tardíamente una iridectomía o una ciclodiálisis.

EXTRACCIÓN:

Somos partidarios de la ventosa de Barraquer, pues obtenemos un porcentaje mucho mayor de intracapsulares que con la pinza. La ventosa deberá introducirse por debajo de la porción inferior del iris, sin apoyarla sobre el cristalino, pues al hacer la contrapresión con el ansa éste se introduce en la ventosa, momento en el que deberá hacerse el vacío. Nos da mucho resultado hacer la extracción con el ansa sin traccionar del cristalino más que lo necesario para poner tensa la zónula y permitir su rotura con ésta. Algunos cirujanos, tiran demasiado de la ventosa cuando han roto la zónula inferior y al ser su parte superior resistente, la cápsula se desgarrar frecuentemente quedando adherida a la zónula superior. **Insistimos, que con nuestra técnica la ventosa sirve de guía en la extracción, siendo el ansa el instrumento que hace la extracción.**

MIOSIS:

Inmediatamente a la extracción, y antes de anudar los hilos colocados con anterioridad, instilamos acetilcolina diluída al 1/20, en la cámara anterior originando así una miosis puntiforme en la mayoría de los casos.

AJUSTE DE LOS HILOS:

Seccionado el lazo que une los puntos previos, se obtienen 2 suturas que se anudan por separado.

COLOCACIÓN DE LOS PUNTOS COMPLEMENTARIOS:

Anudados los dos puntos previos, colocamos tres punto complementarios córneo-corneales en los meridianos de las 10, 12 y 2 horas, anudándolos inmediatamente.

REPOSICIÓN DEL IRIS:

Aún cuando la pupila está miótica reponemos ocasionalmente el iris cuidando que el repositor no tome contacto con la hialoides

para evitar su rotura. Al reponer el iris, frecuentemente aparece la iridotomía que permanecía oculta por detrás del espolón escleral.

RESTITUCIÓN DE LA CAMARA ANTERIOR:

Consideramos este tiempo como uno de los más importantes, pues el restituir prontamente el oftalmotono impide la aparición de complicaciones precoces (desprendimiento coroideo) o tardías (desprendimiento de retina), imposibilita las sinequias anteriores y su frecuente consecuencia el glaucoma secundario, y lo que es aún más importante, permite verificar si el cierre de la herida es perfecto, para, en caso contrario, colocar más puntos de sutura hasta obtener el cierre deseado.

VENDAJE:

Previa colocación de una pomada de eserina para mantener la miosis aceticolínica, y de una pomada de aureomicina para conservar la asepsia conjuntival, colocamos un vendaje monocular sin protector.

REPOSO:

El paciente deberá guardar reposo en cama hasta la primera cura que efectuamos a las 24 horas. Después de ésta, en la que no colocamos ningún medicamento, si el curso postoperatorio es sin inconvenientes, le permitimos levantarse. A los 4 días, o antes, abandona la internación si la visión del otro ojo le permite deambular por sí solo. Si el ojo es único o la visión del otro no es útil, no lo damos de alta hasta el 7.º día.

COMENTARIO:

En conclusión, creemos que los beneficios derivados del empleo de la técnica que hemos descripto en éste aporte, son los siguientes:

- 1.º — El empleo de una premedicación que hace innecesaria la anestesia local por infiltración.

- 2.º — La incisión corneal permite pasar las suturas en tejidos resistentes y hace desaparecer ciertas complicaciones como los hipemas y enclavamientos a pesar de la movilización precoz que empleamos.
- 3.º — Aconsejamos el uso de la ventosa como guía de la extracción, mientras que el instrumento activo es el ansa.
- 4.º — Consideramos de suma importancia la restitución de la cámara anterior al finalizar la intervención, pues ella permite verificar el cierre de la herida y evita graves complicaciones postoperatorias (sinequias, glaucoma,, desprendimiento coroideo y de retina).
- 5.º — Permite el vendaje monocular y la deambulación precoz.