

## SUGESTIONES PARA LA OPERACION DE CATARATA

DR. JOSÉ MARÍA ROVEDA — Buenos Aires — Argentina

Creem que en la cirugía ocular hay un 80% de preparación y 20% de intervención.

Es así que aparte del cuidadoso estudio y preparación previa del paciente, damos gran importancia al campo operatorio.

Las condiciones especiales, de un buen campo aparte por supuesto la fundamental del aislamiento septico han de ser:

- 1.º) dar suficiente amplitud.
- 2.º) no comprimir el globo ocular.
- 3.º) ser lo más sencillo posible. Su lisura, ausencia de tornillos de los distintos blefarostatos o separadores etc. en que queden enredarse las suturas son condiciones fundamentales.

Para ello utilizamos una compresa común, que hace las veces de turbante. Los otros elementos característicos de nuestro campo son: 1.º) una compresa cuadrada de 65 cm. de lado con una perforación central recta por uno de sus lados de unos 7 cm. y en el resto curva que poniéndola con una o otra de sus caras sirve para cualquiera de los dos ojos.

2.º) Cuatro pinzas de campo y 3 pinzas para fijar hilos.

3.º) Nuestro separador de párpado; para el párpado superior utilizamos un gancho bifido y uno curvo simple para el inferior, sin ninguna clase de tornillos ni resortes.

### **Preparación del campo:**

Luego de los preliminares: afeite de cejas, corte de pestañas, limpieza, asepsia, etc., colocamos 1.º una compresa a forma de turbante fijada firmemente con una pinza de campo del lado opuesto al que se va a operar; 2.º) nuestro modelo de compresa es puesta sobre el paciente de modo que el lado recto corresponda ala parte nasal del lado opusto y su terminación curvilínea bordeando los restos del contorno; 3.º) Así adaptada formandose dos pliegues en la parte superior se amoldan a la forma de la cabeza, fijandose con dos pinzas de campo y una tercera por debajo del monton. De este modo tenemos alrededor del ojo un punto de apoyo firme donde se fijam los separadores de párpado.

El lazo para el recto superior preferimos fijarlo con otra pinza independiente del separador del párpado superior.

Ello tiene la ventaja de permitir manejar el globo ocular por intermedio del mismo, aflojando ó estirando el lazo en cierto momento de la intervención. Por ejemplo cuando se entreabre demasiado la herida en la operación de catarata podemos aflojar el lazo.

Para aislar la nariz se puede colocar todavía el ángulo de otra compresa cubriendo su dorso que fija con una pinza de campo permite una buena respiración al quedar abierta por su parte inferior.

Las ventajas de este campo son el manejo aislado de cada párpado superior a la separación que nos dan los blefarostatos. Con respecto a otras formas de lograr este mismo fin como los puntos de sutura o los separadores mosquito de Castroviejo creemos mejores nuestro tipo de separadores por ser su colocación mas simples y por no presentar tornillos u otras irregularidades que molestan las suturas.

**La anestesia** debe ser muy amplia combinando las ventajas en la aquinesia del Vant Lint con el O'Brien y anestesiando asimismo los párpados.

Nada más agradable que la operación en que el globo puede ser manejado a voluntad por el cirujano, con el mayor silencio por parte del enfermo.

La retrobulbar la hacemos con 2 cc. de novocaina Bayer al 5% con corbasil y como realizamos la incisión generalmente a pica y tijera no encontramos inconveniente en que se haga una hipotomía marcada. Por el contrario ella dá una gran seguridad vitrea.

El empleo de alcohol, curare u otros medios, no creemos que deban recomendarse sino solo como recurso de exepción. Es siempre mejor utilizar medios de control fácil y al alcance de la mayoría.

**La incisión**, la hemos analizado detalladamente en varios trabajos de orden histórico crítico. Aconsejamos luego de hacer un pequeño volante conjuntival, realizarla así:

1.º) Efectuar la incisión a pica en la parte lateral y sólo para dar entrada a la tijera. Es decir, que en vez de tratar de realizar la mayor parte de la incisión con el cu chillo lanceolar, como con él no

se logra la inclinación deseada, reducimos su intervención al mínimo. Por eso usamos kerátomos angostos y de bordes paralelos como el de Berens o el de Castroviejo. Este tipo de instrumentos además de la parcentesis pequeñas, hacen esta con los bordes paralelos (facilitando la entrada de la tijera). La paracentesis con estos kerátomos tiene también menos oblicuidad, porque como gracias a su menor ancho penetran fácilmente, producen menor arrastre laminar.

La penetración en la parte lateral tiene dos ventajas, una principal de orden anatómico y otra de comodidad operatoria.

La razón anatómica, es que como ya hemos recordado, el biselado y por consiguiente la cuña corneana, escondida bajo la esclerótica, es mayor arriba y abajo, y es preferible pues tratar de efectuar mejor la incisión con la tijera en la parte superior, perjudicando menos su incorrección lateral, al ser tallado con keratomo.

La razón mecánica operatoria, es que resulta más cómoda la penetración por la parte lateral (generalmente derecha) y que luego introducida la tijera se puede terminar la incisión sin retirar la misma, en un solo tiempo en todo el limbo superior.

2.º) Terminar la incisión en el limbo superior a tijera, colocando a esta perpendicular a la superficie corneana, y a ser posible hastabistando algo el corte, con la parte más profunda mas periférica. Si esto se alcanza a conseguir aunque solo sea en la parte superior, resulta un cierre mejor que de otra manera, por aproximarse a la inclinación anatómica de la unión de la córnea con la esclerótica. Además en esta forma con una ligera tracción de la conjuntiva, el adosamiento de los dos bordes es excelente. El aumento tensional que eventualmente pudiera presentarse en el postoperatorio también contribuiría a cerrar mas la incisión, y hacer menor el riesgo de enclavamiento aún pequeños, aparte las buenas suturas.

Aunque solo se consigna un corte perpendicular a la superficie corneana, siempre es preferible que ello sea así en la parte superior del limbo, mas fácil de entreabrirse. Además, hace la incisión útil a su propósito, pues es mayor el espacio que brinda a la extracción.

La tijera a emplearse debe ser desde luego de puntas muy delgadas, de las llamadas en pico de pato, derivadas de la primitiva tijera de Arlt, pero curvada y de preferencia a resorte, como la de Wescott. Así la incisión se podrá efectuar a pequeños cortes con la orientación deseada.

**La iridectomía periférica o iridotomía**, la realizamos una vez terminada la incisión. La correcta realización de ésta, facilita la toma irídea en la raíz.

En algunos casos realizamos dos iridectomía periféricas, para que quede una a cada lado del punto central.

En pacientes indíciles, muy ancianos, ó en la menor duda de cualquier complicación, se debe hacer iridectomía total.

Es muy importante eliminar el narcisismo quirúrgico del que opera, para dar las mejores seguridades al operado.

**Las suturas**, deben ser corneoesclerales. Cuando hacíamos hace ya varios años, la técnica de Castroviejo, penetrando la esclera antes de la paracentesis, y luego de ella la córnea, alguna vez que accidentalmente cortamos los hilos subimos de pasarlos de nuevo con la cámara anterior abierta. — En esas circunstancias comprobamos que era mucho mas simples y correcto efectuar corrientemente las suturas de ese modo y pasar en dirección de la córnea a la esclera. — El afrontamiento es así perfecto entre los bordes de la incisión. Esta (la incisión), es importante en la ubicación correcta de las suturas. Es fácil colocar también las suturas corneoesclerales luego de la incisión a cuchillete, pero con el bisel que el mismo deja, la presa, especialmente la escleral, es menor.

Es claro que para estas suturas se requiere instrumental adecuado. Usamos primero las agujitas atraumáticas Davis & Geeck, en sus varios modelos: 256-243-242, con seda 6 o 7 ceros. Pero luego la sustituimos por agujas enebrables muy finas de Grieshaber en los modelos apropiados de Vogt, Kalt etc. que son las mejores.

También se pueden usar con bastante éxito las de otras marcas y modelos, como las de Müller tipo de Kalt etc. La aguja de muy buena punta y filo, es decir de fácil penetración en córnea y esclera permite ubicar la sutura donde se desea.

Es necesario disponer de porta agujas y pinzas adecuadas. Nosotros usamos el porta agujas de Kalt, el de Arruga o el de Sourdille, es decir todos de mango largo y punta fina. Creemos muy importante insistir en que estos instrumentos deben tomarse como lapicero. Ello dá delicadeza en los movimientos de su extremo funcional.

En cuanto a las pinzas para la sutura corneo escleral, usamos una de dientes muy finos y procidentes, como si fuera una pinza de fija-

ción de Elschning en miniatura, que hicimos construir a Bagó hace ya varios años.

Con estos elementos, y efectuado el corte en la forma que anotamos, resulta muy fácil colocar los tres puntos corneo esclerales previos a la extracción, que se completan posteriormente con otros 2 o 4 conjuntivales intermedios, según se ve en esquema, luego de sacar la catarata y anudar los puntos previos.

Con una sola agujita y sutura hacemos casi siempre todos los puntos, pues al pasar en el sentido indicado (de córnea a esclera) basta dejar una vez pasado apenas unos pocos cms. de hilo, lo suficiente para anudar, lo que simplifica el campo.

Esta sutura es la más anatómica de cuantas se hallan propuesto, — Los distintos e ingeniosos tipos de puntos en U etc., algunos de intrincado recorrido, si se analizan, no llenan tan meticulosamente el principio básico del exacto afrontamiento.

**La extracción:** Si observamos y ejecutamos varias formas de extracción, surjel a enseñanza de utilizarlas de manera electiva.

Es el objeto de este comentario, el ordenar la manera en que creemos más lógico proceder a la extracción, aprovechando la mejor parte y oportunidad de cada técnica.

En general efectuamos la toma inferior con pinza. Usamos la pinza de Arruga de cabeza pequeña, y seguimos en líneas generales la técnica de Elsching; Extracción intracapsular por tracción, desde el borde inferior del cristalino, ayudándose con presión, y haciendo ejecutar la versión del mismo al salir.

Pero si terminada la incisión se observa precidencia del plano iridocristalino, quedando poca cámara anterior, o basta observándose natural tendencia del cristalino a salir, efectuamos la extracción intracapsular directa (sin versión) con toma del cristalino en su parte superior, con la pinza capsular de traves y efectuando contratracción con el gancho, de forma de facilitar la ruptura de la zónula superior. Esto puede o no ser precedido de presión en la parte baja; si esta se efectúa, acentuando la natural posición hasta producir la ruptura de la zónula inferior, antes de la toma alta, habríamos realizado la extracción a la manera de Kirby.

La principal ventaja de esta forma alta, con extracción directa consiste en no aumentar el volume intraocular, con las maniobras que requiere la versión en las circunstancias indicadas, lo que aumenta los peligros de ruptura de la hialoides. Pero de no hacer fácil procedencia el cristalino, creemos mas eficiente la versión, para las extracciones corrientes.

Para estar preparados indistintamente, para cualquiera de las dos formas de extracción utilizamos un gancho, que en uno de sus extremos termina en forma curva con punta abotonada, semejante al de Blaskovics y Arruga, mientras que por el otro lo hace de manera acodada en ángulo (semejante a un 7)), como el que usa Kirby, y que este autor dice haber copiado de un gancho de estrabismo de Green.

La ventaja de este instrumento consiste en que auna en una sola pieza, todo lo que debemos tener en la mano izquierda durante el difícil momento de sacar la catarata. Alíás cuando la extracción se realice con versión, (utilizando el extremo curvo), en los últimos momentos de la salida del cristalino es muchas veces util girandole en la mano, utilizar el extremo angulosos para desmontar el iris que dificulta la salida (si la versión no ha sido muy correcta), o para ayudar a terminar de romper las fibras zonulares superiores.

Esto es por lo que se refiere al lugar de las tomas con pinzas, que en nuestra opinión sigue siendo el instrumento mas preferible en términos generales para este efecto. Pero en los casos que la pinza sea incapaz de hacer presa en la capsuloides será necesario recurrir a métodos distintos. Para este caso creemos muy útil las ventosas de los modelos más simples, como la de Perez Llorca, que debe tenerse a mano aún cuando se use la ventosa como recurso y no como un método, caso para la cual serian siempre preferibles los modelos más perfeccionados.

En las cataratas difíciles de tomar, si no recurrimos a la ventosa es conveniente la toma alta, pues aparte de su grand volume por su intumescencia que dificulta la versión, por ser fácil de romper su cápsula, es preferible si este accidente ocurre, que sean en su parte alta o media, y no en la inferior. De esta forma es más fácil tomar en otro tiempo la cápsula y extraerla.

En estos casos de ruptura capsular, ya sea por las causas aludidas, o cuales quiera otras, es bueno no desanimarse y recordar que hay autores que como Horvath tienen métodos para la extracción total

de la catarata, en los que extraen primero el núcleo, y luego en un segundo tiempo la cápsula.

Por consiguiente, producido esto que para nosotros será un accidente, procederemos como ellos tratando de extraer toda la cápsula. Se ve en ella que la pinza penetra en el bolsillo capsular con sus ramas decostado, una por arriba y otra dentro del mismo, haciendo así amplia presa, como requiere la débil condición de esta membrana. La pinza de Horvath, de extremos absolutados especialmente realizada para este fin, o una de Arruga de extremos gruesos son las más apropiadas. Cuando la cápsula comienza en su salida a verse entre los labios de la incisión conviene hacer una nueva amplia presa con otra pinza capsular, tirando ahora de esta última, para hacer otra nueva toma más abajo, de modo de nunca hacer gran tensión en la cristaloides de tan laxa condición, que si tiene que transmitir nuestras tracciones, se romperá en vez de desprenderse íntegra de la zónula, como es nuestro deseo.