

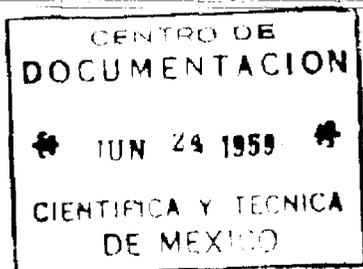
Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LXII

MEXICO, OCTUBRE DE 1931

Núm. 10



TRABAJOS REGLAMENTARIOS

LA OPERACION DE LA CATARATA

POR EL DR. DANIEL M. VELFZ

LA opacidad de los cristalinos habiendo sido en todas las épocas asunto que ha preocupado a enfermos y a médicos por privar de la vista a individuos de todas las edades, por traumatismos, diabetes, senilidad o arterio-esclerosis, como causas principales; ha despertado en todos los tiempos el interés de los cirujanos de los ojos, y la evolución de la operación de la catarata ha tenido tres principales y grandes períodos:

I.—En la era pre-aseptica fué prueba de atrevimiento, de buen juicio y de adelantamiento quirúrgico, el practicar con una aguja fina el *abatimiento* o la *reclinación* del cristalino opaco hacia el cuerpo vítreo, que dilacerado más o menos, permitía a la catarata envuelta en su cápsula, alojarse en la parte más baja del ojo; devolviéndose así, instantáneamente, la vista por medio de esta sencilla operación, que se practicaba en esa época sin anestesia. Dicha operación tenía serios inconvenientes, dependientes unos de la ruptura brusca de la zónula y los ligamentos suspensores del cristalino; otros, de la dilaceración del cuerpo vítreo por acción mecánica, y de la irritación que como cuerpo extraño intra-ocular causaba la presencia y movilidad del cristalino en el cuerpo vítreo cerca de la zónula; condiciones que determinaban generalmente fenómenos de iridocoroiditis, o de despegamiento de la retina, con pérdida parcial o total de la visión y a veces fenómenos simpáticos en el ojo sano. La falta de asepsia en el campo operatorio y en el instrumental era a veces causante de una infección intra-ocular, que

obligaba a practicar en corto plazo la enucleación del globo ocular operado. En un corto número de casos el cristalino opaco luxado hacia la cámara posterior del ojo se reabsorbía, y en esos casos favorables, como la reclinación o abatimiento de la catarata se hacía con su cápsula completa, la agudeza visual con el vidrio corrector de la *afaquia* llegaba a ser igual a la unidad: V-1. Pero a pesar de todo, actualmente no es de recomendarse el procedimiento, por los peligros a que expone, y la cirugía moderna ofrece como vamos a ver en las dos etapas siguientes, mejores procedimientos operatorios para curar la catarata por los métodos clásicos de extracción del cristalino opaco. Tuvo sin embargo el viejo procedimiento de *abatimiento* de las cataratas, de una manera forzada, la ventaja que hoy se trata de realizar con los procedimientos de extracción, esto es, la de extirpar la catarata con su cápsula, en masa, pudiéramos decir, evitándose así la catarata capsular o secundaria, complicación frecuente en la operación de la segunda etapa, la extracción del cristalino, que pasamos a señalar.

II.—Cirujanos geniales como Daviel, dueños de la anatomía y fisiología del globo ocular, estuvieron ya en condiciones de llevar a la práctica la operación de extracción o extirpación de la catarata, a través de una herida practicada en o cerca del limbo esclero-corneano, del tamaño necesario para dar salida a un cristalino escleroso.

La *asepsia*, por una parte, y la anestesia, por la otra, vinieron a ayudar grandemente a la resolución del problema: sacar un cristalino opaco sin traumatismo del ojo y sin dejar salir el humor vítreo. Siendo la salida del vítreo el accidente más temido y frecuente, se discutió en amplitud cuál había de ser el lugar de la incisión esclero-corneal, si sería su forma rectilínea o curvilínea y así también su tamaño; condiciones que se llegaron a realizar con diferentes formas de «cuchillo para catarata,» triangulares (Beer); lanceolares, o de lámina muy angosta, como el de Graefe. El campo pupilar normal o ampliado por la atropina o por una operación (*iritomía* o *iridectomía*) venía a ser un camino natural, o hecho un tanto más amplio para facilitar la salida de la catarata desde su lugar de implantación hasta fuera del ojo. El conocimiento de la constitución anatómica del cristalino, que se supo estar formado por un núcleo contenido en una cápsula libre hacia adelante; pero adherida al cuerpo vítreo hacia atrás, en la *fosa pateralis*, sugirió a los operadores un tercer tiempo para el acto quirúrgico el de la abertura de la cápsula anterior, que se practica con un gancho fino acodado por su uso llamado *cistitomo* o *quistitomo*, pequeño instrumento que rompe crucialmente la cápsula anterior en su porción central, seccionando después los cuatro colgajos resultantes con el mismo instrumento; haciéndose una o más incisiones circulares, lo más cercanas posibles al ecuador del cristalino; pero siempre en la cápsula anterior. La seguridad de esta

operación está en abrir ampliamente la cápsula anterior, respetando la integridad total de la cápsula posterior, que queda adherida al cuerpo vítreo. La ventana circular practicada en la cápsula anterior permite efectuar la salida del cristalino, comunicando a la lente un movimiento de báscula por medio de presiones y contrapresiones suaves y prudentes; libre ya la catarata de sus adherencias naturales (*ligamento suspensor del cristalino*), se insinúa por el campo pupilar y finalmente, sale por entre los bordes de la herida esclero-corneana. Sucede que a veces quedan fragmentos de cápsula, restos de masas cristalínianas y la cápsula posterior, que vienen a ser causantes de opacidades secundarios (*catarata secundaria*.) quitan la perfección de la vista y obligan a una nueva operación (*discisión o arrancamiento capsular*).

Para obviar este inconveniente, que constituye el principal defecto de la operación de la catarata por el procedimiento de Daviel y sus derivados, los operadores de nuestros días, llegando al máximum del atrevimiento pero también de la habilidad, concibieron y han logrado practicar las operaciones que yo reuno ahora en un tercer grupo, o sea la extracción total del cristalino con su cápsula.

III.—Efectivamente, preocupándose sobre cualquier otra ventaja, de extraer totalmente el cristalino con su cápsula, a fin de dar desde luego una mejor visión a los operados sin correr el peligro de la formación de una catarata secundaria, primeramente, el coronel Smith (de la India Inglesa) y posteriormente, Barraquer, (de Barcelona), se dieron a buscar, realizar y perfeccionar un procedimiento de extracción total del cristalino opaco con su cápsula y así lo han realizado, no sin algunos tropiezos a pesar de la notoria habilidad quirúrgica de ambos operadores.

El coronel Smith realiza hábilmente la operación haciendo los primeros tiempos como en la intervención clásica, hasta la discisión, que no llega a practicar; pues en su lugar toma el cristalino por su cara anterior con una pinza fina de ramas curvas en la extremidad de las cuales y del lado de la convexidad hay tres o cuatro ganchitos agudos, que hacen presa de la cápsula y capas subyacentes, fijando bien el cristalino para poderle imprimir movimientos que permitan romper sus adherencias a la zónula (*ligamento suspensor*) y luxar la catarata. Fijada ésta por la pinza, es conducida por ella, imprimiéndole los movimientos necesarios para hacerla salir por la herida esclero-corneana entreabierto por la misma pinza, sin necesidad de ejercer las presiones y contrapresiones que en la extracción clásica llenan un tiempo equivalente al descrito.

La habilidad de Smith consiste principalmente: 1º en hacer prehensión del cristalino con firmeza; pero sin hundirlo en el cuerpo vítreo; 2º en luxarlo sin dilacerar el cuerpo vítreo, y 3º en comunicar a la catarata un

movimiento de báscula y extraerla, sin que los labios de la herida se cierren dificultando la salida; todo ello hecho con firmeza; pero a la vez muy delicadamente; pues la pinza con sus agudos ganchitos rompe la cápsula y desgarrar algunas de las capas subyacentes del cristalino, si al pretender sacarlo, hay alguna resistencia y, por último, en muchos casos también hay salida de una porción del cuerpo vítreo; pues al desprenderse o luxarse el cristalino opaco de la fosa que lo aloja en el vítreo, este tejido semilíquido, queda sin sostén hacia adelante y fácilmente hace hernia por la herida esclero-corneal.

Por tanto, en el procedimiento de Smith, con el objeto de obtener una pupila limpia y negra, se expone al ojo a un traumatismo mayor y a la pérdida del humor vítreo, complicaciones que siempre hay que temer, porque exponen a la hipotonía y al despegamiento consecutivo a la retina. La habilidad operatoria del coronel Smith y de sus discípulos está perfectamente reconocida, y sin duda, ella ha salvado a gran número de operados que han alcanzado un resultado feliz; pero no hay que olvidar en el caso que no la habilidad máxima, sino la media, de los operadores de los ojos, es la que conviene tomar en cuenta, sobre todo, en los principiantes, que desde luego no pueden realizar proezas quirúrgicas al estilo de las de Smith.

Barraquer, preocupado así también de resolver el mismo problema que abordara Smith, es decir, dar la mejor agudeza visual al ojo y evitar la catarata secundaria, ideó y puso en práctica asimismo la operación de extracción del cristalino en masa con su cápsula, empleando no ya como Smith la pinza, sino una pequeña *ventosa* que por medio del *vacío* viniera a adherir al aparato el cristalino, lo luxara y después, por un movimiento de báscula, lo *extrajera*, entreabriendo con la propia extremidad del aparato, que lleva la ventosa y a ella adherida la catarata los labios de la herida, como lo vamos a ver en la película que tengo el honor de presentar a esta Honorable Academia, y en el desarrollo de la cual me tomaré la libertad de hacer algunos comentarios.

Barraquer confiesa haber tenido algunos fracasos en los primeros centenares de las operaciones que llegó a ejecutar usando de tal aparato; pero habiendo pasado ya de un millar el número de operados de cataratas por su método, ha adquirido, sin duda, una gran destreza en la ejecución operatoria, y de todos los puntos del Globo van los oculistas a Barcelona, para ver operar al profesor Barraquer, cuya habilidad salva brillantemente los escollos de su procedimiento.

Personalmente he practicado como unas ocho veces el procedimiento de Smith para extraer el cristalino con su cápsula por medio de la pinza, y como unas seis veces el de Barraquer, utilizando la *ventosa*. En las primeras operaciones (las de Smith,) he tenido alguna pérdida del vítreo, sin conse-

cuencias ulteriores, afortunadamente; habiendo seguido con entera regularidad la técnica recomendada por el autor; quedando convencido de que dicha técnica es difícil, sobre todo, para un oculista principiante, y que expone a accidentes si no es practicada con gran habilidad, lo cual reclama mucha práctica. En las operaciones por el método de Barraquer practicadas en compañía de mi hábil y experimentado maestro el doctor Fernando López, ambos luchamos con estas dos dificultades principales: 1ª la exacta aplicación de la ventosa sobre la cara anterior del cristalino, en el momento mismo de abrir la llave que comunica el mango portador de la ventosa con el tanque en el cual se ha hecho previamente el vacío; aplicación que de no hacerse exactamente tal como se requiere, da lugar a la absorción del humor acuoso sin fijar la catarata, y 2ª la dificultad de mantener por otra parte, cuando se logra adherirla, la catarata a la ventosa, por todo el tiempo que demanda el movimiento de báscula estando entreabiertos los labios de la herida, que tiene que quedar bien abierta para dar paso al grosor de aparato, mango portador de la ventosa y el cristalino a ésta adherido.

Nos pareció siempre tanto al doctor López como a mí, que con el procedimiento de Barraquer era necesaria una gran habilidad y que se exponían mucho los ojos tratando de obtener las dos ventajas que ya he señalado; una pupila bien negra y con muy buena agudeza visual y no correr el peligro de la catarata secundaria; esto último un tanto remoto, y exponiéndose a sortear muy serias dificultades en el momento operatorio, y tanto mi maestro como yo pensamos que los procedimientos de Smith y de Barraquer, admirables en las manos de sus autores no eran de recomendarse como métodos de elección, para los alumnos de oftalmología ni para oculistas jóvenes tampoco.

En resumen, la clásica extracción de la catarata, con amplia keratotomía, con iridectomía limitada (*esfinterectomía*), con amplia cistitomía, central y periférica, y con suaves movimientos de presión y contrapresión bien combinados para ejecutar el movimiento de báscula y sacar el cristalino opaco; es sin duda, el procedimiento de elección para todos los oculistas, hábiles y no hábiles, experimentados y no. El procedimiento es fácil de dominar por un operador que ha practicado varias veces el método en el cadáver y, por tanto, será el método de elección en cuanto a la técnica se refiere.

Ahora bien, tocante a los resultados, si la catarata sale completa por haberse practicado la operación en catarata madura (*completamente opaca*), la agudeza visual, con buenos cristales correctores, es frecuentemente igual a la unidad; si la catarata no está madura y acaso después de operada, cupiera la duda de no haberse sacado todo el cristalino, quedando masas que se opacaran más tarde, en tales casos convendría recurrir al lavado de la cá-

mara anterior, sea con el inyector de Wecker, sea con la jeringa de Panas. Tal ha sido la práctica por mí seguida corrientemente, y obrando así es como he logrado que la pupila quede limpia y bien negra, la mayor parte de las veces.

El procedimiento clásico, se queda la cápsula posterior adherida y como resguardo del vítreo, dando así una gran seguridad. La cápsula posterior no siempre se opaca y si algunos restos de cápsula anterior, después de la cistotomía o masas cristalínianas llegan a opacarse, prefiero hacer un arrancamiento capsular, operación más fácil, más completa y menos peligrosa que la discisión de la catarata secundaria, que como operación ulterior se practica algún tiempo después de la primera, la de la extracción, y que causa un traumatismo al *mínimum* a esos ojos y les da una magnífica agudeza visual.

Por tanto, para terminar, si yo llegase, señores Académicos, a tener la opacidad de mis cristalinos, cosa no difícil, si vivo algunos años más, yo le pediría a uno de mis más hábiles discípulos, que me operara por el procedimiento clásico de que ya he hablado.

DANIEL M. VELEZ.