

Comentario al Trabajo del doctor Daniel M. Vélez

Dr. Torres Estrada.—El asunto de extraer la catarata en su cápsula entraña un problema muy serio y las razones en pro y en contra las ha expuesto bastante bien el maestro Vélez, sobre todo en lo que se refiere al acto quirúrgico; pero existen aun algunas otras razones que se refieren a la secuela post-operatoria y que son tan importantes, o más que las señaladas por el doctor Vélez y que vienen a apoyar en cierto modo la extracción intracapsular de la catarata. Dos son las complicaciones más frecuentes que se presentan posteriormente en esta operación y son: fenómenos inflamatorios y la formación de catarata secundaria. En efecto, desde hace mucho tiempo se ha venido observando la necesidad de operar las cataratas cuando han llegado a su período de madurez completa y también que, si se operaban sin estar maduras, se presentaban complicaciones consistentes en iritis e iridociclitis, cuya gravedad a veces es tan grande para provocar la pérdida del ojo. Por estudios recientes se ha llegado a conocer que las globulinas del cristalino obran provocando una reacción específica, bautizada con el nombre de endoftalmitia-faco-anafiláctica. Otras veces la presencia de las masas cristaliniánas puede provocar simplemente un proceso inflamatorio en el cual pueden intervenir las taras del individuo, que en tratándose de cataratosos son siempre bastantes y dignas de tomarse en consideración, por habérselas con individuos viejos, diabéticos, albuminúricos, hepáticos, etc., que facilitan el desarrollo de la infección. Sin duda la complicación más frecuente es la catarata secundaria y la razón es obvia; recuérdese que el cristalino está formado por fibras que no son sino celdillas altamente diferenciadas, que en su inmensa mayoría han perdido sus núcleos y las cuales provienen de las celdillas que constituyen el epitelio cristaliniánico; solamente las fibras más periféricas, hacia el ecuador del cristalino, presentan algunos núcleos y las celdillas del epitelio en dicho lugar, tiene un poder regenerativo de la fibra cristaliniánica bastante activo. Cuando el cristalino está afectado de catarata, se verifica la opacificación de las fibras cristaliniánicas y a medida que la opacificación se generaliza disminu-

ye el poder regenerativo de las celdillas en cuestión. Cuando la opacidad se ha terminado todas las celdillas han degenerado, han perdido sus núcleos y han perdido por completo su poder regenerativo. Este estado es el que corresponde al de la catarata madura; pero si en vez de esperar la madurez de la catarata para extraerla, se interviene cuando todavía existen algunas celdillas de la cápsula capaces de proliferar y regenerar la fibra cristalina, el resultado será que una vez extraído el núcleo del cristalino, proliferen dichas celdillas para constituir lo que se conoce con el nombre de catarata secundaria, que es una membrana opaca, cuya estructura se asemeja a la del cristalino, más o menos gruesa y que se interpone en el campo pupilar, tomando a veces adherencias con el iris por el proceso concomitante de iritis e iridociclitis.

El deseo muy justificado de evitar estas complicaciones ha dado lugar a pensar en la extracción del cristalino en su cápsula, o a emplear instrumentos capaces de eliminar por arrancamiento una buena porción de dicha membrana. Mediante el uso de la pinza capsular ya antes Knapp y algunos otros operadores que habían logrado extraer el cristalino casualmente al hacer el arrancamiento capsular, pudieron observar que en los enfermos así operados la secuela post-operatoria era admirable, circunstancias que hicieron a Smith, Barraquer, Elschnig, Kalt y muchos otros oftalmólogos, que en la actualidad practican la extracción intracapsular, hayan tratado de eliminar por este procedimiento las complicaciones post-operatorias a que antes me he referido; sin embargo, como lo ha hecho notar juiciosamente el maestro Vélez y lo hemos podido confirmar por la película que se acaba de proyectar, esta operación tiene peligros enormes y graves, siendo el principal de ellos la pérdida de vítreo, debido a las tracciones que sobre la hialoides ejerce el cristalino al ser extraído y que pueden provocar la ruptura de la membrana y con ella la salida del vítreo. La pérdida de vítreo es siempre una complicación muy grave: Mecánicamente por su interposición en los labios de la herida retrasa la cicatrización y expone grandemente a la infección; es causa de astigmatismos exagerados por la retracción cicatricial tan grande que se forma y que a veces deforma la córnea y el globo ocular mismo; la cámara anterior no toma ni sus dimensiones ni su forma normales y esto es también otro motivo de alteraciones graves en la refracción, además el vítreo reemplaza en una buena parte al humor acuoso y siendo estos de índice de refracción desiguales, origina una deformidad en las imágenes que se forman en la retina.

Por otra parte, debido a un proceso de inflamación y de esclerosis el vítreo sufre la formación de una opacidad estriada cuyas radiaciones parten de la cicatriz y de cuyo proceso pueden derivar complicaciones graves cuando la retracción del vítreo es exagerada, tales como el despegamiento

de la retina y la desviación de la pupila hacia la cicatriz operatoria. Por lo anterior se ve cuán terrible es la complicación consistente en la pérdida de vítreo y de aquí que se hayan ideado algunas maniobras para eliminarla del acto quirúrgico de la operación de la catarata; la más usada es la paralización temporal de los párpados mediante la inyección de novocaína en los troncos nerviosos del facial hacia la cercanía de los párpados. Hace más de seis años vengo usando sistemáticamente en todos mis operados la técnica de Van Lindt, encontrándome cada vez más complacido de sus resultados. Si en lugar de buscar medios para eliminar en nuestras operaciones la pérdida de vítreo adoptamos procedimientos que nos ponen en condiciones de tenerla frecuentemente, equivale a exponernos deliberadamente a obtener mayor número de fracasos. No existe por lo tanto, una verdadera ventaja en el método de extracción intracapsular sobre el extracapsular clásico combinado con la iridectomía, pues las complicaciones de este último son menos de temerse, más fáciles de remediar y pueden evitarse hasta cierto punto, preparando convenientemente a nuestros enfermos. En lo que se refiere a sus taras orgánicas, en la película que acabamos de observar hay dos operaciones, una perfectamente hecha y sin embargo, se ve al final un poquito de escurrimiento de un líquido negruzco, que bien puede ser sangre o pigmento del iris; hicieron la reposición del iris con la espátula y la aplicación de una pomada, como tiempo final, pero en la segunda operación, se ve apenas extraída la catarata con la ventosa, retiran el gancho operador de los párpados y no reponen el iris ni hacen ninguna «toilette» y en un momento se ve un reflejo brillante que denota hubo una pérdida de vítreo y lo confirma el apresuramiento con que terminaron el acto operatorio.

El método que habitualmente practico para la extracción de la catarata es la extracción combinada con capsulotomía, en lo cual coincido con la técnica que tan sabiamente ha defendido el maestro Vélez y los únicos puntos en que difiere son; que en vez del colgajo conjuntival clásico, dejo un punto conjuntival entre el globo ocular y el colgajo corneal para la mejor nutrición de éste. El otro punto en que difiere es la ejecución sistemática de la aquinesia a que antes me he referido. Una vez más felicito al maestro Vélez por haber traído un asunto de tanta trascendencia y por haberlo tratado con toda la sensatez que le dicta su experiencia y conocimientos en el asunto.