

Insistir en otros detalles que propone Farill en la intervención que con todo éxito quirúrgico ha realizado, sería redundante, supuesto que constan detalladamente en su memoria; réstame, pues, felicitarlo cordialmente en esta noche, que debe ser memorable en su vida profesional, y estrechar su mano como académico y como amigo.

Ventajas de la sutura en la operación de la catarata *

Por el Dr. ANTONIO TORRES ESTRADA

La extracción de la catarata es, sin duda, una de las intervenciones quirúrgicas más importantes y de resultados más brillantes; pero al mismo tiempo es de las más delicadas en su ejecución y da todavía, en las manos más hábiles, un gran porcentaje de fracasos si se considera como tales, no sólo los ojos completamente perdidos, sino aquellos resultados mediocres en que el enfermo alcanza una visión muy escasa, que apenas le permite conducirse por sí solo o distinguir objetos grandes, siéndole imposible percibir los pequeños, volver a leer o escribir, y dedicarse a sus antiguas ocupaciones, quedando en definitiva tan inválido como antes de haber sido sometido a la intervención.

Varias circunstancias contribuyen a aumentar los peligros que ensombrecen el éxito de la operación y entre ellas son de tenerse en cuenta las siguientes:

- 1a. La estructura anatómica tan delicada del ojo.
- 2a. La índole misma de la intervención.
- 3a. La técnica operatoria empleada.
- 4a. Factores personales del operador y del paciente.
- 5a. Condiciones locales del ojo y del estado general del paciente.
- 6a. Complicaciones post-operatorias independientes de la mejor técnica y de la mejor ejecución de la operación.

Es perfectamente conocida la estructura anatómica delicada del ojo, y es de tenerse en cuenta la pequeñez del campo operatorio y la de las cavidades y elementos constitutivos del órgano en donde se va a intervenir, como son el limbo esclerocorneal, la cámara anterior, el ángulo iridocorneal, el iris, la abertura pupilar

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 19 de junio de 1940.

y el cristalino mismo, que siendo relativamente pequeño, resulta comparativamente muy grande en relación con dichos elementos y con las vías empleadas para su extracción.

Pero además de esta estructura fina y delicada del ojo, es de tenerse en cuenta que se trata de un órgano hueco, constituido por una envoltura fibrosa que se encuentra sometida a cierta tensión por un contenido más o menos fluido, que es el cuerpo vítreo, el cual ocupa casi la totalidad del órgano, salvo la cámara anterior que está ocupada por el humor acuoso, y gracias a esta presión de los líquidos oculares el ojo toma su forma y consistencia normales.

La envoltura fibrosa, que no es otra cosa que la córnea y la esclera, lleva adosadas membranas tan delicadas como la retina y la coroides, las cuales se encuentran exclusivamente sostenidas y unidas entre sí por la masa constituida por el cuerpo vítreo. Hacia adelante éste se encuentra limitado y sostenido por un diafragma constituido por el cristalino y sus inserciones a los tractus fibrosos que forman la zónula de Zin. Bastará darse cuenta de estas disposiciones anatómicas para comprender el peligro en que está la integridad del órgano cuando este diafragma ha sido destruido, y sobre todo si disminuye la masa del contenido del ojo, con lo cual quedará seriamente debilitado el sostén de la retina y de la coroides.

La operación de la catarata consiste esencialmente en hacer una incisión de cierta amplitud en la envoltura fibrosa del ojo, para dar una fácil salida al cristalino opaco, y para esto es necesario destruir total o parcialmente el diafragma que separa el cuerpo vítreo del humor acuoso. Como se ve, tratándose de un órgano tan delicado, la operación de la catarata resulta una intervención relativamente grave, sin tener en cuenta que esta gravedad se acentúa por diversas causas, que más adelante se exponen.

La técnica operatoria empleada es de gran importancia en el resultado final de la intervención. En la actualidad son dos los procedimientos en uso, y la diferencia fundamental entre ellos radica en la manera de extraer el cristalino. En la extracción total, o cápsulolenticular, el cristalino es extraído entero, sin romper la cápsula, desinsertándolo de sus adherencias con la zónula. En la operación extracapsular, anteriormente llamada método clásico, se

practica una incisión o una excisión de la cápsula del cristalino, a través de la cual son extraídos el núcleo y las masas cristalínianas.

En el primer caso se destruye el diafragma constituido por el cristalino y la zónula, quedando el vítreo sostenido únicamente por su delicada membrana de envoltura, o sea la hialoides, cuya existencia es aún discutida por algunos anatomistas; sin embargo, esta delicada membrana existe, y puede sostener eficazmente el vítreo si permanece intacta, pero si es rota durante el acto operatorio, habrá forzosamente una pérdida de él. Cuando la extracción de la catarata se ha ejecutado desgarrando la cápsula cristalíniana en su pared anterior, persiste en su sitio la cristaloides posterior sostenida por sus adherencias a la zónula, con lo cual resulta que el citado diafragma que sostiene al vítreo no ha sido destruido. Esta circunstancia da mayor seguridad a la extracción extracapsular; pero las ventajas de la extracción total sobre la extracción extracapsular son bastante dignas de tomarse en consideración para sortear los peligros que encierra practicar una intervención más erizada de accidentes y dificultares; por ahora, sólo indicaré que la extracción total proporciona mejores resultados y tiene una secuela post-operatoria menos propensa a complicaciones, lo que no sucede con la extracción extracapsular, cuyos resultados ópticos son inferiores, y tiene un elevado por ciento de ojos perdidos por complicaciones post-operatorias.

El factor personal del operador es muy importante tratándose de un órgano tan delicado como es el ojo y de una intervención tan grave y difícil de hacer, en la que la menor falta o el más pequeño accidente pueden ocasionar un serio fracaso. En pocas operaciones, como es la de la catarata, la personalidad del operador se destaca de una manera más evidente, al grado que no sería exagerdo decir que cada operador sigue su técnica personal y que esta técnica siempre es el resultado de su experiencia y no pocas veces el de enseñanzas muy lamentables y poco deseables. Por eso cuando un operador ha ejecutado un buen número de extracciones de cataratas se hace más fiel al procedimiento que ha venido empleando, y si adopta algún cambio o modificación es para mejorar su técnica, o para evitar algún accidente o complicación. Lo que se dice del operador puede decirse de todos los ayudantes que di-

recta o indirectamente intervienen en la operación, los cuales deberán estar perfectamente unificados con el operador.

La nerviosidad del paciente, su inconsciencia, su pusilanimitad y su indocilidad, son factores muy importantes que dificultan enormemente la intervención e influyen en el resultado obtenido en ella. En la actualidad mucho se ha logrado con una preparación conveniente del paciente, con las perfecciones aportadas en la anestesia local y en el instrumental y con la quinesia palpebral. La importancia de esta última es capital, porque evita la presión de los párpados sobre el globo ocular en el momento de la operación. Desgraciadamente, el paciente después de varias horas y aun durante varios días de ejecutada la intervención puede estar inquieto, tener delirio, vómitos, tos, disnea, retención de orina y demás molestias que le impiden guardar una quietud relativa, lo que puede determinar alguna complicación post-operatoria grave, como la abertura de la herida ocular con salida o enclavamiento del contenido ocular, hemorragias, infecciones, retardos en la cicatrización, etc., etc. De estas complicaciones la más frecuente es el enclavamiento y la salida del iris y aun del cuerpo ciliar, cuyos resultados son casi siempre fatales para el órgano operado.

Por otra parte, es de tenerse en cuenta el estado general del paciente, habitualmente bastante alterado, así como las condiciones locales del ojo, dependientes las más de las veces de dicho mal estado general, como acontece con la diabetes, las nefropatías, la arteriosclerosis, la sífilis, la tuberculosis, etc., etc. Desde luego, la circunstancia de que un enfermo padezca de catarata es un índice de un organismo decadente, de pocas defensas orgánicas y muchas veces de una aproximación relativa del final de la vida.

Ciertas condiciones del ojo, como son la hipertensión y la hipotensión, son factores muy importantes que agravan grandemente el pronóstico de la intervención. Finalmente, hay casos en que un ojo se pierde a pesar de una buena intervención, de la mejor técnica empleada y del más completo estudio del paciente, por circunstancias no previstas. Citaré como ejemplos la infección propagada por una retención urinaria sobrevenida después de la operación; contusiones en el ojo operado por un movimiento torpe del enfermo al caminar, al agacharse, o al ponerse los anteojos, después de haber sido retirado definitivamente el vendaje; complica-

ciones intraoculares debidas a la reactivación de un proceso inflamatorio antiguo, ya extinguido, con inflamación de la retina y de la coroides, hemorragias y enturbamientos del vítreo, etc., etc.

Todavía a estos accidentes y peligros de la operación de la catarata, que podrían calificarse de inherentes a la intervención misma, cabría añadir otros más o menos fáciles de prever, como son las hemorragias expulsivas de los ojos glaucomatosos; las infecciones graves causadas por un terreno insuficientemente preparado o por un foco infeccioso adyacente y aun distante del ojo, como sería una dacriocistitis, una sinusitis, una piorrea, o infecciones de la piel o de la conjuntiva. Igualmente podría incluirse en este capítulo una intervención torpemente practicada en la que se hubieran cometido graves faltas de técnica. Pero este género de accidentes y peligros hay que atribuirlos directamente a un estudio incompleto del paciente, a omisiones y faltas del operador, las que está en su deber evitar hasta donde le sea posible.

Por la breve exposición que precede, de las circunstancias que dificultan la operación de la catarata, se justificará que se le califique de una intervención delicada y peligrosa, todavía con un porcentaje de fracasos muy elevado, a pesar de los adelantos actuales de la cirugía.

Si arrojamamos una mirada retrospectiva a la historia de la extracción de la catarata, encontraremos que después de que su inventor, el oftalmólogo francés Jacques Daviel, la dió o conoció en 1745, encontró siempre un ambiente desfavorable, y que fué duramente combatida aun por individuos de tanto valer científico como Scarpa y Dupuytren, quienes satisfechos por los resultados inmediatos del abatimiento y la reclinación, no se preocupaban por la suerte del ojo condenado a perderse por complicaciones ulteriores. Fué necesario que transcurriera casi un siglo; que el procedimiento hubiera logrado conquistar adeptos en el extranjero, como Scharp y Adams. en Inglaterra; Richter, Beer y Von Graefe, en Alemania; Casa Amata, en Italia; Maunoir, en Suiza, etc., etc.; para que el procedimiento fuera nuevamente reimportado a Francia, principalmente gracias a los esfuerzos de Desmarres y más tarde a los de Wecker y de Pannas.

El argumento capital por el cual esta intervención ha sido tan

tenazmente combatida en su origen y que ha dado lugar a un sinnúmero de discusiones y modificaciones desde entonces hasta nuestros días, ha sido precisamente: los peligros inherentes a la intervención.

La extracción lineal de Von Graefe; la diversidad en la forma, sitio y tamaño de las incisiones y la gran variedad de los cuchillos inventados para practicarlas, no son sino otros tantos capítulos de esta historia, inspirados para remediar los peligros a que hago mención.

Poco falta para que la operación de Daviel cumpla su segundo centenario, y es de admirar cómo desde entonces hasta la fecha. haya quedado fundamentalmente la misma, y lo que es más todavía, algunas innovaciones que se habían aceptado como indispensables, entre ellas la iridectomía y la capsulotomía, tienden cada día a ser suprimidas, para volver al procedimiento original. Sin embargo, si la técnica operatoria en el fondo sigue siendo la misma, mucho han variado las condiciones en que actualmente se practica y muchos son los recursos de orden médico y quirúrgico con que contamos para disminuir, y aun para suprimir, gran parte de los accidentes y complicaciones de que he venido hablando.

Durante el acto operatorio el accidente más común y de consecuencias más graves es la pérdida del vítreo. El ojo que sufre este accidente, si la pérdida es de consideración, tiende a atrofiarse y se complica de despegamientos de la coroides, de la retina o del vítreo. Si la pérdida ha sido pequeña podrá quedar el ojo más o menos útil; pero la visión será muy escasa por lo elevado del astigmatismo post-operatorio, por la desviación de la pupila hacia la cicatriz, por el enclavamiento y organización del vítreo que ocasiona opacidades en el campo pupilar, sin contar con que a la larga queda expuesto a las mismas graves complicaciones que se presentan cuando la pérdida ha sido mayor. Durante la secuela post-operatoria las complicaciones más graves y frecuentes son los enclavamientos y prolapsos del iris, la infección de la herida operatoria y del contenido del ojo, el retardo de la cicatrización, etc., etc. La causa principal de estas complicaciones radica en una deficiente coaptación de los labios de la herida operatoria, o a la dehiscencia de ella provocada por los movimientos del ojo, los esfuerzos del enfermo, la presión de los párpados, traumatismos, etc., etc.

Si analizamos estos dos grupos de complicaciones, veremos que en el fondo tienen una causa común, que es la falta de control de la herida operatoria; en el primer caso, porque no se puede cerrar a voluntad en el momento deseado, y en el segundo, porque no se puede mantener bien cerrada. En efecto, el cirujano que opera una catarata, más bien se preocupa por tener una amplia herida operatoria que facilite la salida del cristalino, sin hacer una fuerte presión, ni otras maniobras que pudieran determinar la ruptura de la hialoides. Con el mismo objeto practica una amplia iridectomía que facilita aún más la extracción del cristalino; pero si en estas circunstancias se presenta una pérdida de vítreo instintivamente trata de cerrar la herida operatoria, para lo cual quita el blefaróstato y cierra el ojo a fin de abatir el colgajo corneal por medio de la presión de los párpados, siendo frecuente ver que en estos tranques de angustia dé por terminada la operación, aun cuando no se haya practicado la extracción de la catarata.

CONTROL DE LA HERIDA OPERATORIA

Puente conjuntival.—De varios recursos se vale el cirujano para ejercer el control de la herida operatoria; uno de ellos consiste en dejar un puente conjuntival entre el colgajo corneal y el globo ocular, lo cual podrá evitar la brusca salida del contenido del ojo, inclusive las grandes pérdidas del vítreo, y permitirá extraer la catarata sin graves riesgos, aun cuando el vítreo se haya comenzado a derramar y aun cuando la catarata esté luxada en pleno vítreo. El puente conjuntival, además de ser una seguridad en el acto operatorio, constituye un recurso admirable para el cierre más perfecto de la herida, evitando la salida y la entrada de líquidos de la cámara anterior y conservando la nutrición del colgajo corneal, dándole la mayor resistencia a la infección y acelerando la cicatrización.

Otro recurso bastante útil para contener la salida del vítreo es la integridad del iris, absteniéndose de hacer la iridectomía clásica.

Suturas.—Ningún recurso es tan efectivo para ejercer el control de la herida operatoria como la sutura practicada entre sus labios; no sólo limita y evita la pérdida del vítreo, sino que per-

mite una perfecta coaptación de los bordes, evitando que posteriormente se abran y se produzca el enclavamiento del iris y demás complicaciones dependientes de dicha causa.

Es curioso que desde Daviel hasta nuestros días se venga ejecutando la operación de la catarata dejando el colgajo corneal que cicatriza por sí solo y sin la aplicación de suturas. Y este hecho es tanto más sorprendente cuanto que la mayor parte de los cirujanos de ojos han sido antes, o al mismo tiempo, cirujanos generales, por lo que era de esperarse que su criterio quirúrgico se reflejara en la cirugía ocular. No se concibe una laparotomía aséptica, una craneotomía, una operación de hernia, ni en general, la abertura de cualquiera cavidad aséptica, sin hacer la sutura final, por planos, de la herida operatoria. En cambio, en la operación de la catarata, teniendo necesidad de abrir una cavidad aséptica, como es la cámara anterior, todavía la mayor parte de los oftalmólogos siguen practicando la intervención sin hacer una sutura. Esto bien mirado constituye una grave falta de técnica, porque la sutura es rigurosamente indispensable, si se obedecen los preceptos de cirugía general.

Recuerdo que hace 10 años, cuando un cirujano general presenciaba por primera vez una extracción total de catarata, que yo había ejecutado haciendo un amplio puente conjuntival, me preguntó extrañado los motivos por los que no hacía suturas. Le di la respuesta de acuerdo con las ideas admitidas, diciéndole que el colgajo corneal se adaptaba perfectamente y que el puente conjuntival valía tanto como ellas.

Pocos meses más tarde adoptaba el uso de las suturas en la operación de la catarata y entonces me convencí de que estaba en un error respecto de la supuesta coaptación de los bordes de la herida, y pude darme cuenta de que con las suturas los resultados eran muy superiores; que la ejecución de la intervención se convertía en una operación fácil y segura, y que alejaba por completo de mi ánimo todo temor, toda preocupación y ese estado angustioso que experimenta el operador cuando practica esta intervención tan peligrosa y delicada.

HISTORIA DE LA SUTURA CORNEAL

La historia de la sutura del colgajo corneal no es tan reciente. Las primeras tentativas se remontan al año de 1867, en que Wilhams, de Boston, practicó por primera vez la sutura corneoescleral, aproximando por puntos separados los bordes de la herida operatoria al final de la intervención. Fué hasta el año de 1891 cuando Suárez de Mendoza publicó los resultados obtenidos en una serie de 38 casos, en los que practicó la sutura del colgajo corneal con las características fundamentales que en la actualidad presenta, es decir, ser previa a la incisión operatoria, y ejecutarse entre la córnea y la esclera.

Más tarde en 1904, Kalt, en París, comunicó los resultados de una sutura corneoescleral, basada en 50 observaciones. El autor perseveró en sus trabajos y el año de 1910 hizo una nueva comunicación comprendiendo 2,000 observaciones. La sutura de Kalt ha servido de base a la mayor parte de las que han venido después, y, en vista de la intensa propaganda que este oftalmólogo hizo de ella, fué generalizándose poco a poco.

Como la introducción de la sutura corneal en la técnica operatoria de la catarata vino a coincidir en cierto modo con la aceptación sistemática de la extracción total, que por entonces se hacía sin suturas, surgió a partir de esta época un perfeccionamiento y un auge de los métodos de extracción total.

En estos últimos tiempos, dichos métodos se van ejecutando cada vez más, y algunos de ellos que antes se habían considerado como exclusivos de sus autores, como es la facoerisis, han entrado en la práctica corriente de muchos oftalmólogos. En la actualidad no se concibe un método de extracción total sin suturas, y éstas se consideran como un tiempo obligatorio en la técnica.

Diversas son las maneras de hacer las suturas del colgajo corneal, o corneconjuntival en la operación de la catarata. Se dividen en córneo-esclerales y conjuntivales, según que la sutura se haga tomando las láminas más superficiales de la córnea y de la esclera o simplemente que se practiquen en el colgajo conjuntival.

* Existe una gran variedad de suturas; pero no me referiré sino a las más importantes, haciéndolo brevemente y en el orden cronológico con que se han presentado.

Suturas córneo-esclerales

Sutura de Williams, de Boston.—El autor hacía uno o varios puntos separados en los bordes de la herida, sin que las puntadas penetraran a la cámara anterior. El procedimiento no pudo generalizarse debido a que, según se ha dicho, el autor practicaba las suturas al final de la operación, y dada la estructura del ojo, órgano membranoso, hueco, con un contenido flúido, las maniobras lo exprimían y lo maltrataban, y era motivo de provocar pérdidas de vítreo y accidentes que podrían no haberse presentado en el curso de la intervención; por estos motivos el procedimiento no tuvo más trascendencia, quedando exclusivo del autor. (Fig. 1).

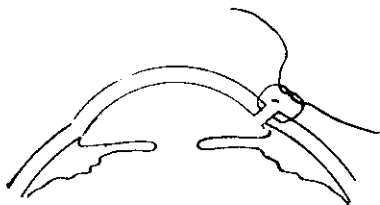


Fig. 1.—Sutura de Williams.

Sutura de Suárez de Mendoza.—Es la misma de Williams, pero el autor tuvo la idea feliz de hacerla previa a la incisión operatoria, con lo cual quedaron eliminadas todas las desventajas y marcó un progreso definitivo en esta maniobra, que le permitió hacerla de uso corriente. Para practicarla, el autor hacía previamente en la parte más alta del limbo esclerocorneal, en una extensión no mayor de 4 milímetros, un pequeño surco o herida superficial que no interesaba más allá del espesor de media córnea. En seguida hacía pasar un hilo, tomando ambos bordes de la herida y los disponía de manera que no fueran divididos al momento de hacer la queratotomía. Después practicaba ésta, haciendo que el fino del

cuchillo pasara por el fondo del surco ejecutado previamente. (Fig. 2).

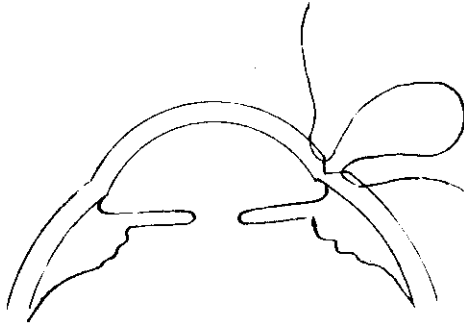


Fig. 2.—Sutura de Suárez de Mendoza.

Sutura de Kalt.—Siendo difícil hacer pasar el cuchillo en el fondo del surco practicado en el procedimiento de Suárez de Mendoza, sin dividir los hilos, Kalt ideó alejarlos un poco de los bordes operatorios para hacer la queratotomía en un solo tiempo y sin peligro de cortarlos. El autor colocaba sobre la parte alta de la córnea una sutura vertical, como a un milímetro abajo del limbo, y otra en las láminas más superficiales de la esclera como a 1½

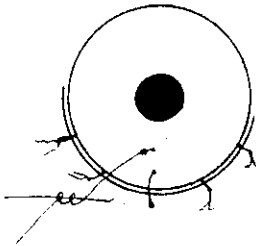


Fig. 3.—Sutura de Kalt.

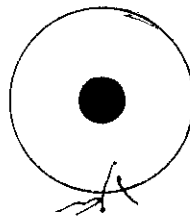


Fig. 4.—Sutura de Gómez Márquez.

milímetros arriba de él, siendo esta última en dirección transversal y formando con la dirección de la primera una figura en T. (Fig. 3).

Sutura de Gómez Márquez.—Es una variante de la anterior. El autor hace un nudo en la porción del hilo que atraviesa las ca-

pas más superficiales de la córnea y después practica la sutura escleral en dirección también vertical u horizontal, en cuyo caso toma la forma de una Gama o L invertida. Como el autor talla un colgajo córneo-conjuntival extenso, completa la sutura con varios puntos accesorios distribuidos en toda la extensión de la herida operatoria. (Fig. 4).

Sutura de Liégard.—Una modificación importante a la sutura córneo-escleral ha sido realizada por Liégard, quien introduce la aguja en la córnea; en dirección transversal y después hace la sutura escleral en la misma forma, frente a la anterior. Tiene la ventaja de ser más fácil de practicar, da una mejor coaptación de los bordes y evita el desalojamiento del colgajo corneal hacia un la-

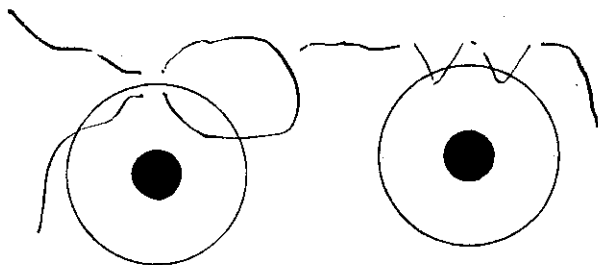


Fig. 5.—Sutura de Liégard. Fig. 6.—Sutura de Olmos.

do, de cuyo defecto adolece la sutura de Kalt, si no ha sido bien ejecutada. (Fig. 5).

Sutura de Olmos.—Es digna de mencionarse la sutura que hace poco dió a conocer entre nosotros el doctor Ernesto Olmos, la que tiene una forma de W. Dicha sutura se cierra como si fuera un surjete, jalando ambos hilos cuyos cabos deja libres y sin anudar. (Fig. 6).

Suturas conjuntivales.—Hay otra variedad de suturas en la operación de la catarata que se practican tomando los bordes de la herida conjuntival y es indispensable para efectuarlas tallar un colgajo córneo-conjuntival suficientemente amplio.

Ya he señalado la sutura de Gómez Márquez como una combinación de varios puntos separados practicados en el borde del colgajo conjuntival, con una sutura córneo-escleral. (Fig. 4).

Sutura de Nugent.—Nugent, de Chicago, quien hace la extracción de la catarata por medio de un erisifaco de su modelo, practica previamente una sutura en surjete entre los bordes de la herida conjuntival, bajo la misma idea del Doctor Olmos. (Fig. 7).

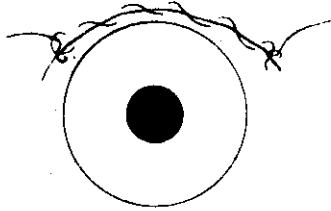
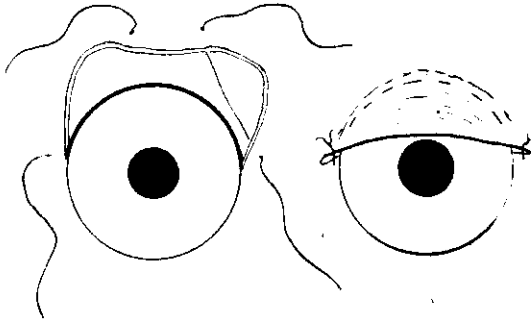


Fig. 7.—Sutura de Nugent.

Sutura de Van Lint.—El autor ha preconizado el recubrimiento de la herida corneal por el deslizamiento de un colgajo conjuntival, previamente disecado, cuyo procedimiento puede combinarse con una puntada córneo-escleral y así lo he visto practicar a Rolling en el servicio del Cook County Hospital de Chicago. (Figs. 8 y 9).



Figs. 8 y 9.—Sutura de Van Lint.

VENTAJAS DE LAS SUTURAS

Al mencionar los diversos peligros de la operación de la catarata y las varias maneras que hay para ejercer un control eficaz de la herida operatoria para evitarlos, creo haber demostrado suficientemente las ventajas de la sutura; sin embargo, el procedimiento puede tener algunas pequeñas deficiencias y desde luego

es de hacer notar la superioridad de la sutura córneo-conjuntival sobre la sutura conjuntival. La primera es más firme y permite una mejor coaptación del colgajo corneal, siendo raros y de poca importancia los enclavamientos del iris que aún se pueden presentar. En cuanto a la sutura conjuntival no permite una coaptación perfecta de la herida, es menos resistente y queda expuesta a abrirse, dando salida al contenido del globo ocular. Tiene la ventaja sobre la anterior de ser más fácil de ejecutar, y algunos operadores creen que los tejidos del ojo la toleran mejor; pero en verdad esta idea es simplemente teórica. En 9 años que vengo practicando la sutura córneo-escleral, no he visto ninguna reacción de intolerancia por parte de la córnea, ni reacción del ojo por la presencia de los hilos, lo que es debido a los pocos nervios del tejido corneal, los cuales después de atravesarlo se distribuyen en un rico plexo debajo del epitelio corneal; a cuyo plexo se debe la exquisita sensibilidad de este epitelio. En cambio, es más frecuente observar la intolerancia en la sutura conjuntival, debido a que los hilos se eliminan por sí solos y una vez libres en la cavidad conjuntival pueden obrar como un cuerpo extraño irritando el epitelio de la córnea.

Cuando a raíz de haber adoptado la sutura en la operación de la catarata, me vi obligado a prescindir del puente conjuntival, al que era tan afecto por los buenos resultados que me había proporcionado, para lo cual tuve que sustituirlo por una puntada Liégarð practicada en el centro de la córnea, pude darme cuenta de que no daba una perfecta coaptación de los bordes de la herida, ni mucho menos un cierre hermético que permitiera la pronta formación de la cámara anterior, lo que ocasionaba la formación de pequeños enclavamientos del iris, el retraso de la cicatrización de la herida y muy frecuentemente la infiltración del colgajo corneal.

No satisfecho con estos resultados y teniendo la experiencia de haber logrado suprimir con el puente conjuntival todos estos accidentes, menos el enclavamiento del iris, concebí la idea de hacer en vez de una sutura central de Liégarð, dos laterales, para tallar entre ellas el puente conjuntival. Con esto buscaba nuevamente la nutrición y defensa del colgajo corneal, al mismo tiempo que reforzaba el cierre de la herida operatoria. Desde entonces ca-

si he suprimido por completo los enclavamientos del iris, de lo cual nació la técnica de sutura que por varios años he venido empleando, y como los resultados que he obtenido con ella son más satisfactorios que los obtenidos con las suturas clásicas, he creído conveniente someterla a la alta consideración de esta H. Corporación.

METODO PERSONAL

Se usan dos hilos de seda negra y fina, ensartados cada uno con dos agujas de sutura corneal, y con ellos practico las dos suturas de Liégard entre las 10 y las 11 por un lado, y entre la 1

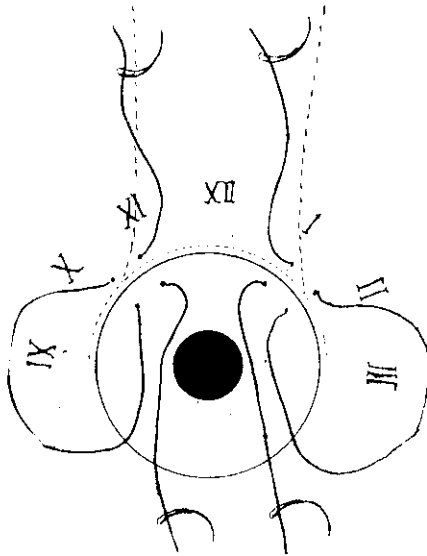


Fig. 10.—Método "Torres Estrada".

y las 2 por otro. Un detalle importante de técnica es hacer la sutura corneal en ambos lados, de abajo hacia arriba, sostenido el globo ocular abatido por medio de una pinza de fijar, haciendo una presa bien firme sobre el tendón del recto superior. De esta manera la aguja penetra con toda seguridad y facilidad en el tejido corneal. En seguida se toma el cabo libre que lleva su correspondiente aguja y estando aún sostenido el ojo de la manera indica-

da, se hace enfrente de la sutura corneal la sutura escleral, cuidando que su dirección y tamaño coincidan perfectamente entre sí. Un detalle importante es hacer la sutura tomando no menos de 3 milímetros de tejido corneal y escleral. (Fig. 10).

En seguida se disponen los hilos en forma conveniente para no ser divididos al practicar el colgajo córneo-conjuntival, según indica la figura 11 que es más clara que cualquier descripción.

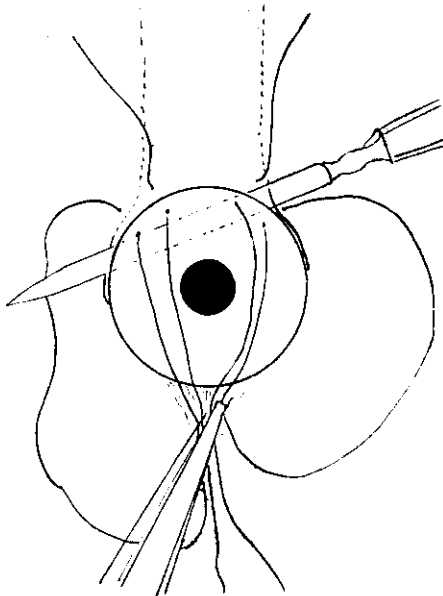


Fig. 11.—Método "Torres Estrada".

Terminada la sección de la córnea, se talla un puente conjuntival, lo más amplio posible, cuidando no cortar las asas del hilo antes de penetrar a la esclera; pero si durante la maniobra de tallar el colgajo conjuntival se interpone alguno de los cabos, después de haber salido del espesor de la esclera, no tendrá importancia la sección de ellos, porque siempre quedará una pequeña porción de 2 ó 3 milímetros, tamaño suficiente para ser tomada con

la pinza, y poder jalar el hilo la cantidad necesaria para anudarlo después con el cabo de la sutura corneal. (Fig. 12).

El puente conjuntival después será desbridado con tijeras hacia la parte alta, a fin de tener un espacio suficientemente amplio para terminar las maniobras operatorias. Igualmente si hay algunas bridas que limiten el acceso a la cámara anterior, serán cuidadosamente divididas. Hecho lo anterior, se preparan las suturas para ser anudadas en el momento deseado.

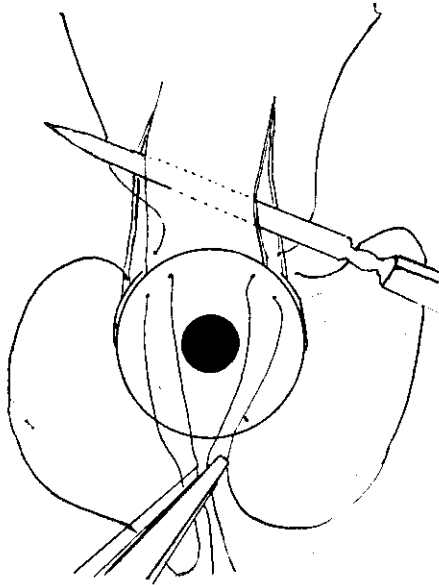


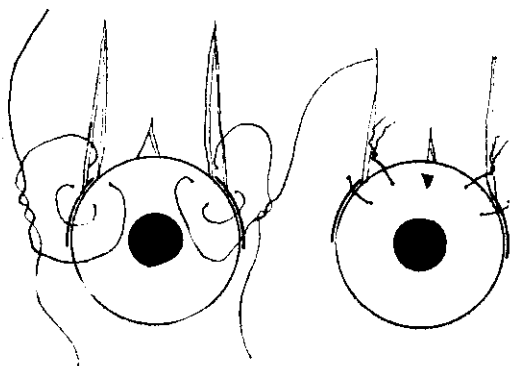
Fig. 12.—Método "Torres Estrada".

Practico las más de las veces una iridectomía pequeña y periférica, según la técnica de Hess, maniobrando debajo del puente conjuntival, o haciendo un pequeño ojal en su parte media adherente al limbo. Después vienen los tiempos de la extracción de la catarata que hago en la actualidad por medio del erisífacio sin válvulas de mi modelo personal, o bien con alguna pinza capsular modelo de Arruga, de Kalt o de Elchnig. Prefiero el uso de las pinzas en los ojos ligeramente hipertensos, en las cataratas de los

miopes y en todos aquellos en que las pérdidas de vítreo es casi segura. (Fig. 13).

Terminada la extracción se cierran los nudos, cuidando de hacer una aproximación correcta de los bordes y se termina la maniobra de extracción haciendo la reposición del iris, etc., etc. (Fig. 14).

No siempre la extracción de la catarata es tan fácil como la descripción de ella y pueden presentarse algunos de los accidentes mencionados anteriormente. El más frecuente y al mismo tiempo el más importante es la pérdida del vítreo; puede presentarse an-



Figs. 13 y 14—Método "Torres Estrada".

tes de la extracción del cristalino, durante la extracción o después de ella.

La pérdida más común, la más abundante y la más difícil de contener, es la que se presenta durante las maniobras de extracción. Todas ellas son fácilmente contenidas con la técnica que antes he descrito.

Desde luego, dicho puente detiene la salida brusca del cristalino y éste, como si fuera un tapón, detiene a su vez la salida del vítreo, y da tiempo para practicar algunas maniobras a fin de contener la pérdida. La primera maniobra que ejecuto cuando el vítreo se presenta durante la extracción, es soltar el cristalino que

viene adherido a la pinza o al erisifaco, dejándolo abocado a los labios de la herida operatoria. (Fig. 15).

La circunstancia de practicar dos suturas córneo-esclerales permite limitar a voluntad la abertura de la herida operatoria cerrando alguna de ellas, en cuya maniobra el cristalino ya abocado a la herida, o luxado debajo del puente, es empujado hacia el lado opuesto sin dejar de contener el vítreo. Durante estas maniobras, un ayudante deprime convenientemente el colgajo en el sitio donde

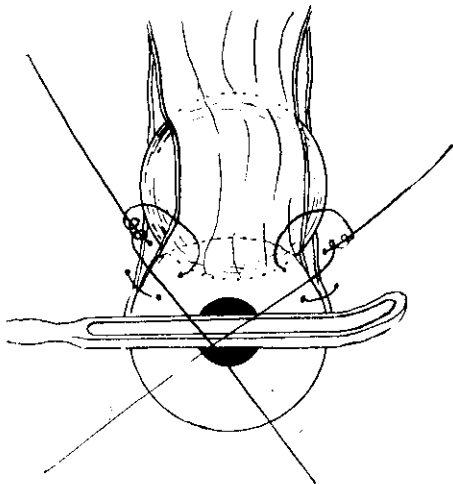


Fig. 15.—Método "Torres Estrada".

el vítreo asoma y de esta manera la contensión es más efectiva. (Fig. 16).

Finalmente se cierra la otra sutura al mismo tiempo que el cristalino se expulsa fuera del puente, ayudando la maniobra con una espátula o un gancho de estrabismo. (Fig. 17).

Cuando el vítreo ha comenzado a salir antes, o cuando se trata de extraer una catarata luxada, es preferible introducir el asa de Taylor atrás del cristalino, para abocarla a la herida operatoria, siguiendo la misma técnica para extraerla metódicamente, evitando la pérdida del vítreo.

Es muy conveniente usar en la operación de la catarata, una lupa binocular, que da una visión clara de muchos detalles que pa-

san inadvertidos a la simple vista. Desde luego es fácil apreciar que es completamente errónea la idea de que el colgajo corneal se adapta correctamente por sí solo, porque esto es lo que parece a la simple vista; pero observando con la lupa binocular se verá re-

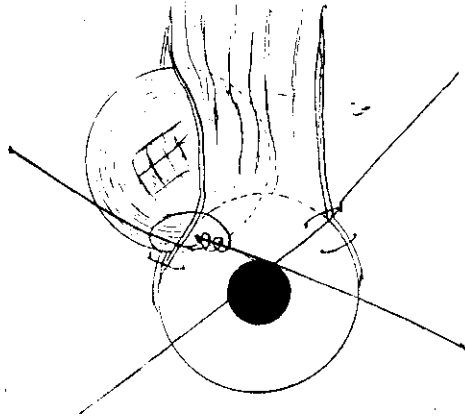


Fig. 16.—Método "Torres Estrada"

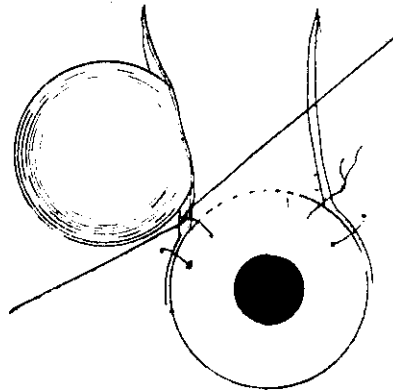
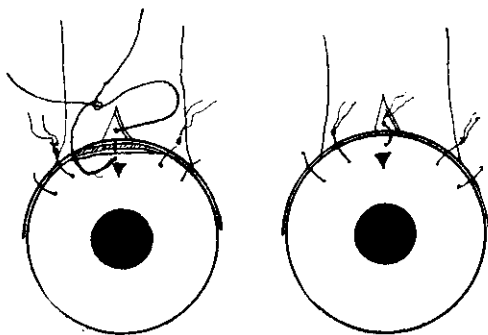


Fig. 17.—Método "Torres Estrada".

traído y la herida operatoria entreabierta. De la misma manera es fácil darse cuenta que, a pesar de las dos suturas córneo-esclerales, muchas veces se pueda ver en algunas partes la herida entreabierta y con los labios ligeramente vertidos. A veces en la parte alta

del colgajo, debajo del puente y entre las dos suturas que practico, es posible apreciar un ligero estiramiento de los tejidos que deja la herida entreabierto en este lugar, cuya circunstancia me ha dado la explicación del por qué, en algunos casos de extracción total, sin pérdida de vítreo, he tenido una pequeña desviación de la pupila hacia arriba, debido a un pequeño enclavamiento del iris. (Fig. 18).

Para remediar estos pequeños defectos, últimamente completo la sutura poniendo uno o dos puntos accesorios en los lugares donde se hace necesario; pero de todos ellos el que es más indispensable es el de la dehiscencia antes mencionada. Desde que la practico no he vuelto a observar más desviaciones de la pupila y los resultados han sido más perfectos.



Figs. 18 y 19.—Método "Torres Estrada".

Esta sutura consiste en un punto separado practicado sobre el colgajo corneal y el borde de la incisión escleral, para lo cual practico un pequeño ojal en el puente conjuntival, o aprovecho el que antes había practicado para hacer la iridectomía periférica. (Fig. 19).

Hace algunos años, refiriéndose a la extracción extracapsular de la catarata, decía Terrien: "La operación de la catarata es la incisión". La verdad de este enunciado se ha podido comprobar por todos los cirujanos, porque a una incisión más perfecta ha correspondido siempre una operación más feliz. Parodiando a Terrien podríamos decir que la extracción intracapsular de la cata-

rata es la sutura del colgajo corneal; porque mientras más perfecta se haga, más perfectos serán los resultados.

Estoy muy lejos de pensar que la técnica que he descrito sea la más perfecta y que, por lo tanto, es la que deban emplear los demás oftalmólogos. Al comunicarla aquí, no he traído más que la exposición sincera de la manera que he ido formando una expe-

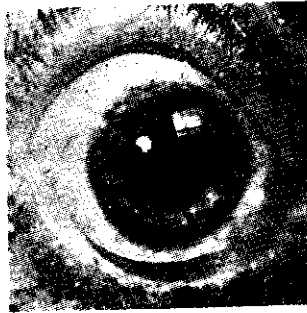


Fig. 20.—Caso de catarata operada por el Método "Torres Estrada".

riencia personal en esta delicada intervención, hasta haber alcanzado una técnica, tal vez en apariencia un poco difícil, pero que me ha dejado plenamente satisfecho por sus buenos resultados. La figura 20 corresponde a una fotografía que ilustra un caso con magnífico resultado óptico y operatorio.

A propósito de medicina social *

Por el Dr. CARLOS S. JIMENEZ

Para poder comprender el alcance que tiene el concepto de la Medicina Social, es preciso hacer consideraciones sobre la estructura de la sociedad en su integración y funcionamiento.

Todo conglomerado social es considerado como un conjunto de sectores que ejercitan su acción para el bienestar, progreso y engrandecimiento del propio conglomerado. Cada uno de sus componentes debe realizar una labor de producción en consonancia o co-

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 13 de julio de 1940.