

La Técnica de la Succión en la Catarata

(1) *Por el Dr. TOMAS R. YANES*

Desde el momento que no existen medios médicos capaces del restablecer la transparencia perdida del cristalino, es necesario practicar su extracción para hacer recuperar- la visión abolida por la catarata.

La técnica quirúrgicas que con este objeto se realizan son de dos grupos: las que extraen el núcleo o pacificado del cristalino, y las que extirpan también la cápsula que lo envuelve. Las primeras constituyen las llamadas extracciones *extracapsulares* y las segundas las *intracapsulares* o *in toto*. Estas últimas intervenciones, más recientes, a su vez comprenden tres grandes grupos: 1°—L & que actúan por expresión, previa ruptura del ligamento suspensor del cristalino (Smith, Wright, etc.) 2°—Las que extraen la catarata por medio de pinzas (Kalt, Arruga, Verhoeff, etc.) y 3°—Las que utilizan dispositivos de succión (Barraquer, Lijó Pavía, Argañaráz, Dimitri, etc.).

Haremos algunos comentarios sobre estos asuntos, sin referirnos a las ventajas e inconvenientes; de las operaciones intra y extracapsulares, que daría una extensión extraordinaria al tema. A pesar que aún el 90 por ciento de oculistas efectúan las intervenciones extracapsulares como práctica habitual, se debe más que nada a la dificultad que tienen de desprenderse de técnicas rutinarias, que por otro lado le han proporcionado éxitos señalados, sin que haya razón por qué en estos momentos las operaciones intracapsulares no se practican con más frecuencia, para dejar limitadas las extra-capsulares a los casos complicados.

Los riesgos operatorios de las extracciones totales estriban en que no se puede en modo alguno efectuarse una intracapsular sin prepararse convenientemente, pues *si* no se toman las precauciones quirúrgicas indispensables se tropiezan con grandes inconvenientes. Una operación extracapsular podrá no requerir una aquinesia perfecta del orbicular, ni una inyección retrobulbar, ni puntos previos de sutura., ni fijación del recto superior, ni otros pequeños detalles, y se efectuará en dos o tres minutos con estadísticas más o menos satisfactorias. Pero quien pretenda efectuar una intracapsular sin tomar todas las medidas profilácticas de pérdida de vitreo, hernia del iris, etc., acabará por dejar el procedimiento y volver al primitivo extracapsular.

Las técnicas por expresión parece que han de ser abandonadas por lo relativamente brutales: y expuestas. Las que utilizan distintas pinzas son más ventajosas, con el inconveniente de la frecuente ruptura de la cápsula, que imposibilita, en ocasiones, conseguir una verdadera intracapsular. Las que usan dispositivos de

(1) Trabajo de la Convención.

frucción, tampoco eliminan la posibilidad de ruptura capsular, pero esta se produce con mucho mejor frecuencia.

Desde hace varios años utilizamos de modo habitual la técnica al vacío por parecemos más seguro y menos expuesta, incluyendo "a las operaciones extracapsulares, que si bien es verdad que tienen , menos riesgos operatorios, exponen a más complicaciones posteriores. Pero como en medicina no se puede ser dogmático hay que . aceptar que los procedimientos por pinzas darán mejores resultados *en* ciertos operadores, ya que existe una cuestión que pudiéramos llamar temperamental; habrá cirujanos que serán siempre mejoras operadores con pinzas que con las ventosas y viceversa. :-). Entre los dispositivos de succión se encuentran los que la realizan con la boca, con motor de vacío y con jeringuillas de distintos tipos.

La principal dificultad de succión por la boca estriba en la falta de control de la fuerza aspiratriz, por lo que la técnica está casi abandonada.

Con las jeringuillas de succión, pueden en todo momento conseguirse fuerza de presión variable y suficiente para extraer, catarata. Sin embargo, el procedimiento original de Barraquer realizando el vacío por medio de un motor, es a todas luces superior, y el que siguen casi todos los oculistas que realizan de m rutinario las técnicas de succión. Los dispositivos de jeringuilla aparentemente sencillos y de menos exposición, tienen un inconveniente capital: todos carecen de reserva de vacío, que al perderse obliga a cargar nuevamente la jeringuilla, (lo que sucede lo mismo con una de 20 ce. que de 500 ce.) y además, para que la catarata se adhiera a la ventosa, se hace necesario que ésta se aplique directamente sobre aquélla, tocándola, pues de lo contrario se pierde el vacío por el espacio comprendido entre la ventosa y catarata, y aún en el caso de que ésta quede adherida, lo estará siempre con una presión menor que la necesitada y que se había calculado previamente.

Con el vacío de motor no pasa esto, ya que no es necesario tocar el cristalino, pues cuando estamos lo suficientemente cerca del mismo, hacemos conectar el aparato, lo que hace que la catarata se levante, introduciéndose dentro de la copula de la ventosa, y una vez aplicada, la presión obtenida corresponde exactamente a la que habíamos determinado con el manómetro. Además el vacío en constante producción produce cierta deformación en la catarata, que se alarga en su eje antero-posterior reduciéndose su circunferencia, lo que facilita el desprendimiento del ligamento suspensor. Por otro lado, al estar el motor constantemente funcionando, se produce cierta succión vibratoria (entiéndase que no decimos vacío vibratorio) y que no puede ser negada sino por quien nunca haya efectuado la técnica de Barraquer. Una vez aplicada la ventosa no debe precipitarse la extracción, sino esperarse un poco, ya que con la ligera oscilación que siempre se produce en el extremo de la ventosa, por ser imposible mantenerla en inmovilidad absoluta, se consigue en ocasiones desprender el cristalino de sus ligamentos. En caso necesario, se le imprimen movimientos intencionales.

La extracción de la catarata por la técnica original de Barraquer modificada por Green, dándole una vuelta de 180 grados, que la hace salir por su cara inferior, con una maniobra que controla la pérdida vitrea y tomando desde el comienzo los cuidados profilácticos de posibles accidentes (punto corneo escleral, aquinesia bulbar y del orbicular, fijación del recto superior, etc.), con perfecto control de la presión a ser utilizada en cada caso, ha de dar los resultados más satisfactorios, y acabará por hacer abandonar las técnicas de jeringuillas que son todas inadecuadas, inseguras y expuestas, y que al fracasar en definitiva producen una sensación de desconfianza en los dispositivos de succión, cuando la causa reside en la no utilización de la técnica adecuada.

—Boletín del Colegio Médico de Camaguey.—