

PRIMEROS INJERTOS DE CORNEA EN HONDURAS

Por el Dr. José Gómez-
Márquez h.

Subjefe del Servicio de Oftalmología del Hospital General

En un trabajo publicado hace aproximadamente un año en la Revista de la Asociación Médica Hondureña, tuvimos el propósito de hacer una divulgación sobre el injerto de córnea, de manera que el médico general, a quien iba dedicado este trabajo, tuviera una idea cierta de cuáles eran los fundamentos de esta operación, cuáles sus aplicaciones y cuál su porvenir en Honduras. Era nuestra intención, desterrar la idea muy extendida, de que esta intervención era algo así como un juego de magia, y desde luego, inaccesible a nuestro medio. Sin embargo, hasta aquel entonces, nosotros no podíamos más que relatar lo que habíamos leído en numerosos libros y Revistas, sin agregar nada basado en nuestra propia experiencia, ya que, por falta de instrumental quirúrgico, nadie hasta entonces en Honduras había intentado el transpone corneal. Hoy en cambio, nos hemos acogido a estas páginas, para exponer nuestras impresiones sobre el asunto. Queremos ante todo manifestar, que nuestro "record," es aún pequeño y por lo tanto no pretendemos sentar afirmaciones personales rotundas, sino simplemente deseamos que queden plasmadas nuestras impresiones del momento.

Como ya es de todos sabido, la queratoplastia parcial penetrante, consiste esencialmente, en la substitución de una porción de córnea opacificada por otra transparente. Sin entrar en detalles, no haremos más que recordar las causas más frecuentes de estas opacidades: queratoconjuntivitis, queratitis intersticiales, quemaduras o traumatismos de la córnea, etc. Como es lógico, estos ojos, que han conservado su integridad por detrás de la córnea, son aptos para ver, si se consigue substituir la córnea opacificada, que impide la llegada en caudal suficiente de los rayos luminosos. El material de transplante se consigue de ojos enucleados con córneas transparentes, de fetos o de cadáveres frescos. La conservación de estos ojos, se hace simplemente envolviéndolos en una gasa empapada en suero fisiológico y colocándolos en una temperatura de 1° C. aproximadamente.

El tallado de ambos colgajos, tanto el del enfermo como el del donador, se puede hacer mediante dos procedimientos distintos: el circular y el cuadrado. Este último nos ha parecido el más ventajoso y es el que hemos empleado en nuestros casos. El material quirúrgico especial, consistente en un cuchillo gemelar, y unas tijeras anguladas. La primera fase de la operación consiste en la sección del colgajo donador, que es a nuestro juicio el momento más delicado, ya que de su corrección dependerá en gran parte el éxito ulterior.

Tomando con la mano izquierda el ojo donador, se toma con la derecha el cuchillo gemelar, cuyas dos ramas se han colocado previamente a una distancia de 4 a 6 mm., según los casos. Se tiza por medio de él, la primera sección doble, no penetrante, y después otras dos perpendiculares a las primeras, asimismo no penetrantes, con lo cual se ha obtenido un cuadrado sobre la córnea donadora, que abarca en profundidad únicamente el epitelio y una parte del parenquima. A continuación se hace una perforación en uno de los lados así insinuados, por medio de un cuchillo de Graeff y por esta brecha se continúa la sección del cuadrado con cuchillo y tijeras alternativamente. Como hemos dicho ya, este es tal vez el momento más difícil de la operación del injerto corneal: la sección total de los dos primeros lados suele ser bastante fácil; pero apenas el ojo está abierto, empiezan a salir por la brecha los medios intraoculares (humor acuoso, cristalino, vítreo, etc.), constituyendo un obstáculo para la buena visibilidad, factor de primera importancia en este caso; por otra parte, cuando dos de los lados han sido ya seccionados, el colgajo pierde, como es natural, buena parte de sus puntos de sostén, y ofrece mucha movilidad al cuchillo o a la tijera. Si debido a estas dificultades, se lleva a cabo un error en el curso del tallado de los lados, el colgajo resultará irregular en lugar de un cuadrado perfecto como es necesario y entonces no tendremos más que dos caminos: intentar regularizarlo o contentarnos con él; en el primer caso, las dificultades son grandes, debido a lo pequeño del material, aparte de los riesgos de traumatizar el colgajo, favoreciendo su opacificación; en el segundo habrá mala coaptación del colgajo en la brecha que vamos a abrir en el ojo del enfermo, o, lo que es peor, se nos caerá en la cámara anterior del enfermo.

Este colgajo es conservado en una gasa empapada en suero fisiológico hasta el momento de su trasplante. En este momento se repiten las mismas maniobras sobre la córnea leucomatosa, es decir, el trazado con el cuchillo gemelar, del cuadrado no penetrante. Ahora se colocan las suturas previas, que habrán de mantener posteriormente el injerto. Hay que hacer notar, que esta sutura, no fija dilectamente de borde a borde, el injerto al resto de la córnea, sino que constituye una especie de malla, con puntos de sostén en la córnea del enfermo, y que impiden que el injerto se salga de su sitio. Queremos aclarar aquí, que la sutura del Dr. Castroviejo, con todo y ser muy ingeniosa, tiene el inconveniente, a nuestro juicio, de ser una sutura continua, lo cual presenta la gran desventaja, que si durante el acto operatorio se tiene la desgracia de seccionar un punto (o se suelta espontáneamente), cosa que creemos le puede suceder aún al cirujano más hábil, se desbarata toda la sutura; por otra parte, esta sutura constituye durante toda la operación una maraña inextricable, que hace perder mucho tiempo. Nosotros, ante estas dificultades, decidimos variar en ciertos puntos la sutura. Desde luego, que no tenemos en estos momentos suficiente literatura, para saber si esto que se nos ha ocurrido, ha

sido ya ensayado previamente por otros, pero en todo caso nos ha dado buenos resultados. Esta sutura consiste, en cuatro puntos en U, diagonales cruzados que se anudan separadamente. La coaptación que nos ha dado, en los casos empleados nos ha parecido excelente con la inmensa ventaja de obstaculizar en menor grado los tiempos de la operación. En las figuras 1 y 2 mostramos una y sutura.

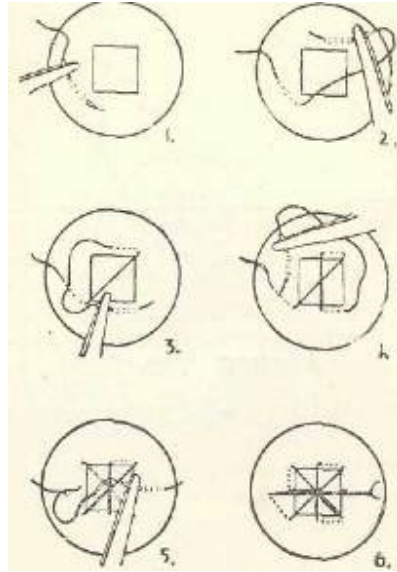


Figura No. 1

El paso siguiente consiste en la liberación del cuadrado trazado precedentemente sobre la córnea por medio del cuchillo gemelar, y que, como ya dijimos, no era penetrante. La primera brecha se abre en uno de los lados por medio de un cuchillo de Graeff, siendo este momento particularmente difícil, puesto que con facilidad se pueden herir las estructuras retrocorneales, ya que, debido a la opacidad de la córnea, el cuchillo penetra en lá cámara anterior a ciegas. Acto continuo se introducen por este orificio unas tijeras especiales y se continúa la sección del cuadrado. Este tiempo, aunque delicado, se ve facilitado por el hecho de poder prender el colgajo que se está escindiendo con unas pinzas de garfio ya que no importa, como es natural, traumatizarlo. Es corriente encontrar sinequias posteriores, las cuales es preciso desprender antes de continuar la operación, y es aconsejable, llevar a cabo una amplia iridectomía, ya que uno de los peligros del post-operatorio es el glaucoma que sobreviene frecuentemente. En el curso de esta resección del colgajo opaco las tijeras deben colocarse casi paralelas al plano corneal, lo cual permite dar un bisel a la córnea, a

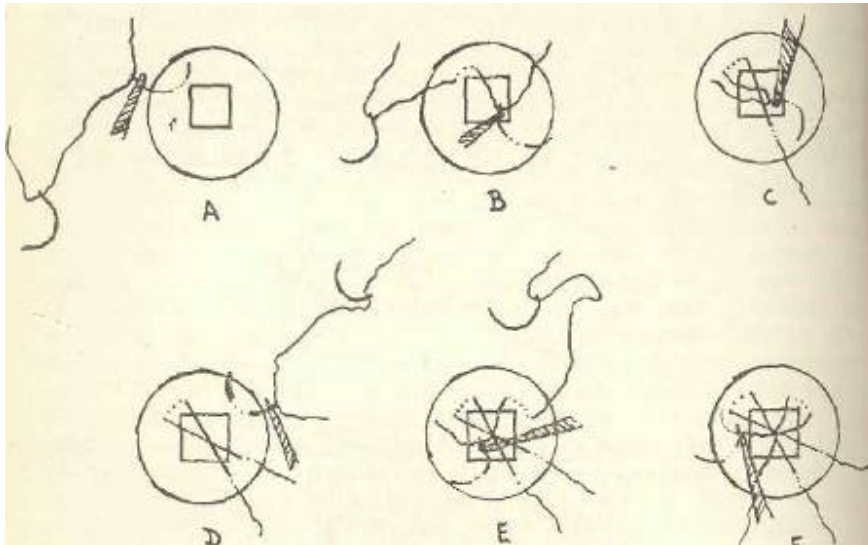


Figura No. 2

expensas de su cara anterior, de tal manera que el cuadrado dejado libre es mayor visto por la cara anterior que por la posterior. Esta maniobra tiene por objeto, evitar *que el* injerto caiga en la cámara anterior. Ya tenemos pues, una brecha abierta en la córnea del enfermo, con las suturas puestas previamente; quedando ahora colocar el injerto sobre la misma, lo cual se hace fácilmente con una espátula. Si no ha habido errores en el curso de los tiempos anteriores, la coaptación debe ser buena. La operación se termina, apretando las suturas dejadas sueltas precedentemente. Una vez hecho esto, el colgajo queda fijado en la forma que muestra la Fig. 2. F (con la sutura empleada por nosotros.)

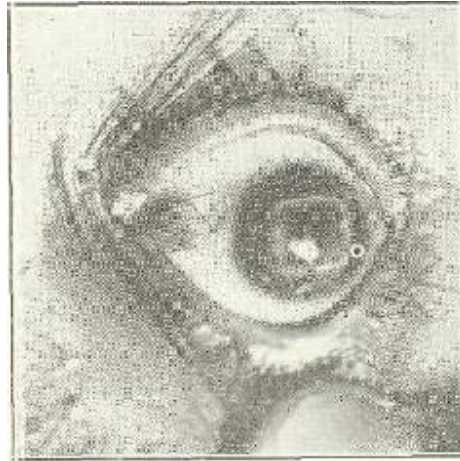
Terminada la intervención, no hay más que esperar el post-operatorio, en el curso del cual se van resolviendo los interrogantes que tenemos ante nosotros. En efecto, aquí, no basta como sucede en la mayor parte de las operaciones, usar técnica correcta para obtener buenos resultados, cosa que es precisamente la mejor recompensa que se puede dar a un cirujano. Una serie de factores que no están directamente relacionados con el acto quirúrgico, pueden ser o no favorables y con ello hacer del caso un triunfo o un fracaso. Aquí reside la parte decepcionante de la operación. Vamos a pasar revista someramente a estos factores imponderables:

a) El esfácelo o no del injerto. Ignoramos la frecuencia de este accidente en la literatura existente; nosotros hemos tenido la suerte que ella no suceda.

b) La opacificación inmediata o no del colgajo. Tampoco lo hemos observado.

c) La infección. Esto, lógicamente, podría ser frecuente, pues como se comprenderá, el injerto que colocamos no es accesible a la antisepsia y es por ello un albur que siempre hay que correr. Hemos tenido la suerte de no tener esta complicación.

d) La opacificación tardía del colgajo. Lo hemos visto en un caso. En otros, por el breve tiempo transcurrido, no podríamos hacer ninguna afirmación.



Fotografía que muestra uno de los ojos operados por el autor en los que se consiguió una buena transparencia de injerto

e) Los brotes de glaucoma secundario, que no hemos visto por el momento, pero que según nos han informado colegas de otros países, es bastante frecuente.

f) Los astigmatismos corneales intensos, que pueden ser un serio obstáculo para una buena visión.

Como se ve, el camino a recorrer en la queratoplastia parcial penetrante, es arduo y recubierto de obstáculos, pero sin embargo, lo empezamos a recorrer con la ilusión puesta en mejorar el estado de algunos de nuestros ciegos.