

PROTOSCOLOS DE LOS ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA

El documento que se muestra a continuación es reflejo del Protocolo Oficial de las bases actuales de la cirugía de cataratas que la Sociedad Canaria de Oftalmología debatió y acordó en sesión realizada en el marco del Congreso de la Sociedad Canaria de Oftalmología (2004), basado en la bibliografía presentada y en los usos y preferencias de sus miembros previamente recogidos a través de una encuesta (1). Durante la sesión se dieron a conocer los resultados de esta encuesta, que fueron posteriormente debatidos punto por punto por expertos en la materia, con libre intervención de los especialistas asistentes, hasta obtener el consenso necesario para el desarrollo de cada uno de los apartados que conforman el protocolo que transcribimos a continuación:

El Panel de discusión y de análisis bibliográfico estuvo constituido por los siguientes especialistas: Abreu Reyes JA, Aguilar Estévez J, Amigó Rodríguez A, Álvarez Marín J, Cabrera F, Castellano Solanes J, Ferrando Gómez R, Goás Iglesias de Ussel J, Henríquez de la Fé RF, Herrera Piñero H, Manrique de Lara A, Martínez Barona-Garavito F, Pérez Álvarez J, Pérez Silguero D, Pérez Silguero MA, Piñana Darías C, Rosario Cedrés D.

Protocolo de la cirugía de la catarata

Protocol for the cataract surgery

PÉREZ SILGUERO D, AMIGÓ A, PÉREZ SILGUERO MA,
GOÁS IGLESIAS DE USSEL J, ENRÍQUEZ DE LA FE F

RESUMEN

La facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) a través de una incisión pequeña, autosellable es la técnica actual de primera elección en la cirugía de la catarata. La única maniobra profiláctica antiinfecciosa de eficacia demostrada es el lavado o instilación de los fondos de saco minutos antes de la intervención con povidona yodada al 5%. La anestesia tópica es la técnica de elección en esta cirugía, combinada o no con lidocaína intracamerular. La medida de la potencia dióptrica corneal se puede realizar por medio de queratómetro manual, automático, o topógrafo corneal. La medida de la longitud axial ocular se realiza bien mediante ecógrafo ultrasónico por método de contacto (el más extendido) o inmersión, así como mediante interferometría óptica. Se aconseja el uso de antibióticos tópicos durante 6 días tras la cirugía. Los corticoides tópicos se consideran necesarios durante al menos los primeros 7 días. No existe evidencia científica de que la bilateralidad esté asociada a un mayor número de complicaciones. La cirugía bilateral es una alternativa válida a la cirugía unilateral, y la decisión dependerá del criterio propio del cirujano y del consentimiento por parte del paciente.

ABSTRACT

Phacoemulsification with implantation of intraocular lens by means of a small self-sealing incision is nowadays' best choice for cataract surgery. The only antiinfectious prophylactic

technique which has proved to be effective is the instillation of povidone-iodine-5% in the cul-de-sac some minutes before surgery. Topical anesthesia is the best option for this surgery and it can be combined or not with intrachamber lidocaine. Measurement of the cornea refractive power can be carried out by means of a manual or automatic keratometer or using a corneal topographer. Measurement of eye axis length can be achieved by means of contact (the most spread method) or immersion ultrasound or by using optical interferometry. The use of topical antibiotics is recommended during 6 days after surgery. Topical corticoids are necessary at least during the first 7 days. There is no evidence of the relation of bilateral surgery with a higher number of complications. Bilateral cataract surgery is a valid alternative to unilateral surgery. The choice depends on the surgeon's criteria and on the patients's consent.

1. TÉCNICA UTILIZADA EN LA CIRUGÍA

La facoemulsificación de la catarata con implante de lente intraocular (LIO) es la actual técnica de primera elección. En casos complicados algunos cirujanos encuentran más seguridad en la técnica con la extracción extracapsular. En cualquier caso, se debe disponer en quirófano del material quirúrgico suficiente y necesario para la realización de ambas técnicas, por si fuera necesaria la reconversión de la primera en la segunda durante el acto quirúrgico. Asimismo se recomienda tener acceso inmediato al material de vitrectomía anterior, necesario para la resolución de algunas complicaciones. La técnica intracapsular se considera abolida y sustituida por otras técnicas (lensexomía vía pars plana) en casos seleccionados.

3. PROFILAXIS ANTIINFECCIOSA

La única maniobra profiláctica de eficacia demostrada es el lavado o instilación de los fondos de saco minutos antes de la intervención con povidona yodada al 5%. No hay evidencia científica que avale el valor de otras medidas, como la antibioterapia tópica desde días previos, añadir antibióticos al líquido de infusión, povidona yodada al final de la cirugía, o antibióticos tópicos o sistémicos intraquirúrgicos.

4. ANESTESIA UTILIZADA

La anestesia tópica es la técnica de elección en esta cirugía, combinada o no con lidocaína intracameral (0,1-0,2 ml al 1%). La infiltración periocular en sus diversas modalidades, conserva un cierto papel en ciertos casos, dependiendo de la preferencia y experiencia de cada cirujano. La anestesia general debe reservarse para casos extremos donde exista imposibilidad de colaboración del paciente (Down, demencia, Parkinson, oligofrenia...). En casos de alergia puede utilizarse la crioanalgesia.

5. TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO

La catarata se considera cirugía mayor ambulatoria. El tiempo mínimo de estancia tras la cirugía dependerá de lo que considere oportuno el anestesista, que debe estar disponible o localizable durante el acto quirúrgico, no siendo necesaria su presencia física en el mismo. Consideraciones de carácter administrativo, social o médico (ciertas complicaciones locales o sistémicas) podrían aconsejar el ingreso del paciente.

6. INCISIÓN

La actual incisión de la catarata es tunelizada, autosellable (lo más extendido es en

córnea clara, pero también puede ser escleral). Por lo general no precisa sutura. Sus dimensiones oscilan entre 2,7 y 4 mm, con tendencia actual al menor tamaño incisional. El emplazamiento de la misma suele ser vía temporal u oblicua, pero otras consideraciones pueden hacer variar su posición si así lo estima el cirujano. Por lo general se utiliza una paracentesis de servicio.

7. USO DE VISCOELÁSTICOS

Es aconsejable utilizar siempre algún tipo de viscoelástico. Aunque no absolutamente necesaria, la combinación de viscoelásticos cohesivos y dispersivos es la tendencia más aceptada para la mayoría de casos.

8. CAPSULORREXIS

Obtener una capsulotomía circular continua es el objetivo deseable en la actual cirugía de la catarata. Se considera óptimo intentar obtener un tamaño ligeramente menor que el de la óptica implantada, pero consideraciones como la experiencia del cirujano, tipo de catarata o tipo de técnica aplicada pueden aconsejar variar levemente su diámetro.

9. MANEJO DEL NÚCLEO

Son muchas las técnicas descritas para acometer el núcleo, debiendo usar cada cirujano la que considere más adecuada según su experiencia, tipo de catarata, grado de debilidad zonular... Las más utilizadas son las que se agrupan en el concepto de división por cuadrantes y las que aplican diferentes modalidades de uso del «choper».

10. LENTES INTRAOCULARES

El material acrílico y la silicona son los componentes de la lente intraocular de primera elección. La medida de la potencia dióptrica corneal se puede realizar por medio

de queratómetro manual, automático, o topógrafo corneal. La medida de la longitud axial ocular se realiza bien mediante ecógrafo ultrasónico por método de contacto (el más extendido) o inmersión, así como mediante interferometría óptica.

Las fórmulas elegidas para el cálculo más aconsejadas son la teóricas de última generación (Holladay 1 y 2, SRK/T, Hoffer Q). El tipo de LIO más implantadas son las de material acrílico hidrofóbico y las de silicona. También se implantan lentes acrílicas hidrofílicas, y en desuso se consideran las rígidas de polimetilmetacrilato (aunque pueden tener algunas aplicaciones).

11. LIO ALTERNATIVA

Ante la pérdida de apoyo capsular suficiente durante la cirugía, puede implantarse una LIO de apoyo angular, una LIO suturada a sulcus (plegable o no), o LIO clampada o suturada a iris. Se aconseja evitar en lo posible las de apoyo angular en jóvenes. Posponer el implante secundario puede resultar ventajoso en ciertas circunstancias.

12. TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO

Se aconseja el uso de antibióticos tópicos durante 6 días tras la cirugía, con una posología de 4 veces al día. Las quinolonas son el fármaco de elección. Combinadas con aminoglicósidos se eleva el espectro de acción. El aumentar el periodo de tratamiento dependerá de la evolución y de los criterios del oftalmólogo.

La antibioterapia oral no ha demostrado su eficacia en cirugías no complicadas, utilizándose por algunos cirujanos (ciprofloxacino) durante 7 días en casos seleccionados (rotura de cápsula posterior, cirugías más largas de lo habitual, inmunodepresión...).

Los corticoides tópicos se consideran necesarios durante al menos los primeros 7 días, 4 veces al día, variando esta posología dependiendo de la evolución postquirúrgica.

Se aconseja el uso de AINES tópicos desde el mismo día de la cirugía en casos de especial riesgo de desarrollar EMQ (diabéticos con retinopatía, cirugías intraoculares previas...), manteniéndolos un mínimo de dos meses.

13. CIRUGÍA BILATERAL CONSECUTIVA

La cirugía bilateral consecutiva de la catarata de manera rutinaria es una realidad en muchos centros de Canarias desde hace 5 años (de un total documentado de 164.831 LIOs implantadas en 2004 en la Comunidad Autónoma de Canarias 5.715 (34%) lo fueron en régimen de bilateralidad consecutiva), y se ha convertido en práctica habitual de muchos centros regionales, nacionales e internaciona-

les. No existe evidencia científica de que la bilateralidad esté asociada a un mayor número complicaciones, sí existiendo numerosas series publicadas avalando que la bilateralidad no es causa per sé de mayor número de complicaciones en la cirugía de cataratas. La cirugía bilateral es una alternativa igual de válida que la unilateral, y la decisión dependerá del criterio propio del cirujano y del consentimiento por parte del paciente claramente informado de las ventajas y riesgos de la cirugía bilateral consecutiva de cataratas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goás Iglesias de Ussel J, Amigó Rodríguez A, López Villar J, Henríquez de la Fe F, Pérez Silguero M. Tendencias actuales de la cirugía de la catarata en Canarias. Arch Soc Canar Oftal 2004; 15: 9-15.