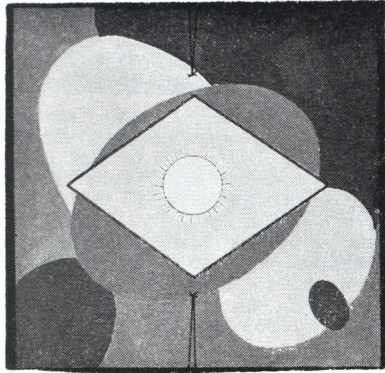


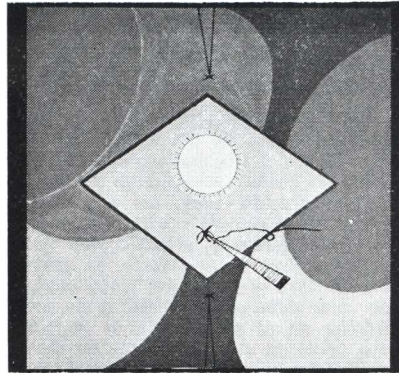
SECUENCIAS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DE LA CATARATA SENIL EN NUESTRA PRACTICA Y SUS COMPLICACIONES

ROQUE BELLIDO TAGLE, M. D.

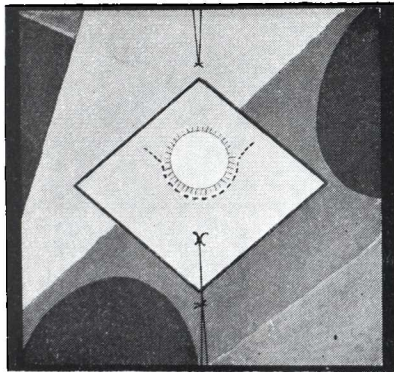
Lima, Perú



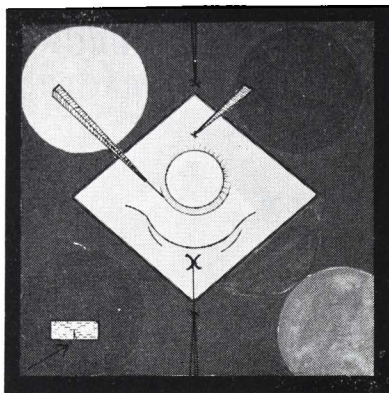
1—Se aprecia los dos puntos para la abertura palpebral a dos o tres mm del borde de estos y en su parte central. Observamos la dilatación pupilar a base de midriáticos tipo atropina, neosinefrina o tropicamida.



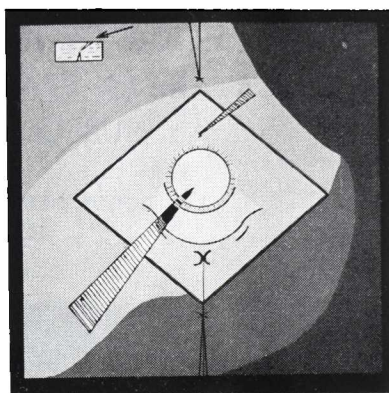
2—En esta vista estamos tomando el recto superior a través de la conjuntiva y se está pasando un hilo para ejercer acción sobre este músculo y así conseguir la luxación del globo ocular hacia abajo.



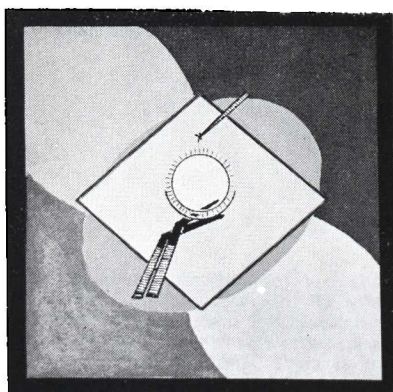
3—Los puntos separados que están marcados en esta figura y que ocupan el semicírculo del limbo esclero-corneal y los laterales ligeramente oblicuos, indican el corte conjuntival que se debe hacer.



4—Aquí se ve cómo la conjuntiva está replegada hacia la parte superior del fornix, fuera del verdadero campo operatorio. El globo del ojo debe ser fijado con una presión hacia las seis a tres mm del limbo esclero-corneal. El primer corte que estamos practicando, debe ser hecho con el cuchillete en forma vertical sobre el plano del globo ocular. Este corte debe ser continuo y sin profundizar en el espesor de la incisión, como se ve en el ángulo superior derecho y debe ir para el ojo derecho, de izquierda a derecha y para el ojo izquierdo. También de izquierda a derecha para los que no son ambidestros.

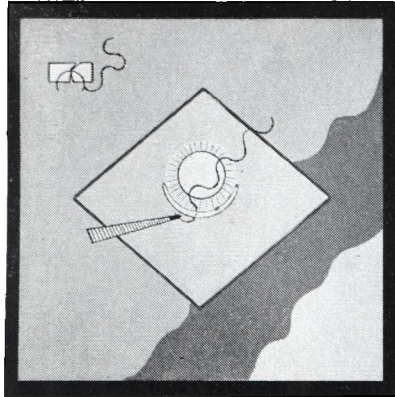


5—En esta figura apreciamos cómo el cuchillete o la lanza en forma plana y paralela al globo ocular termina con el segundo corte, de profundizar la incisión, en una extensión de tres o cuatro mm. En el ángulo inferior de esta vista, se aprecia hasta donde llega el segundo corte, atravesando toda la incisión, de esta forma hemos obtenido un bisel de ajustamiento, tanto en el borde corneal como en el escleral.

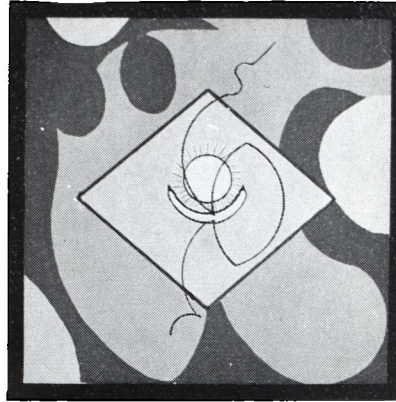


6—En esta toma apreciamos la terminación de la incisión con las tijeras de córnea de José Ignacio Barraquer. La incisión debe llegar de X a II; no hay inconveniente de hacerla de IX a III, para no repetir los hilos de abertura palpebral y la del recto superior. Comenzamos a no considerarlos en los próximos diapositivos. Está sobreentendido que estamos marcando solamente en forma clara y amena los momentos más resaltantes de la intervención quirúrgica de la catarata senil.

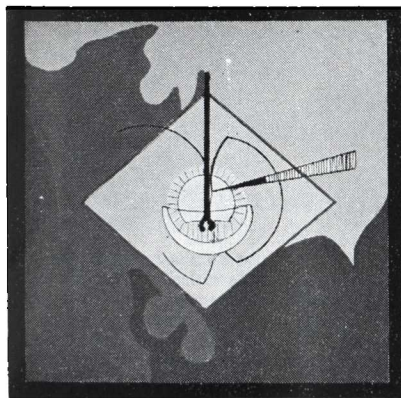
SECUENCIAS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA



7—Hecha la abertura corneo-escleral, procedemos a pasar un hilo en el centro de la incisión, que deberá tomar en lo posible la parte media de ambos biseles, como en el pequeño esquema que se encuentra en el ángulo inferior derecho de la figura. Este punto es muy importante como veremos en las secuencias a seguir.

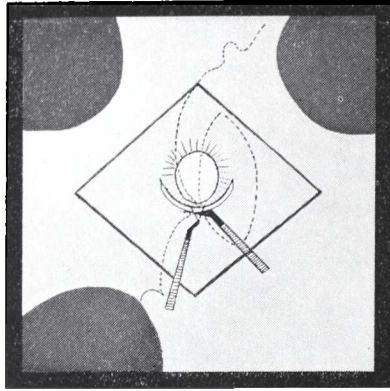


8—Aqui se aprecia la lazada que preparamos para dejar el campo de abertura libre.

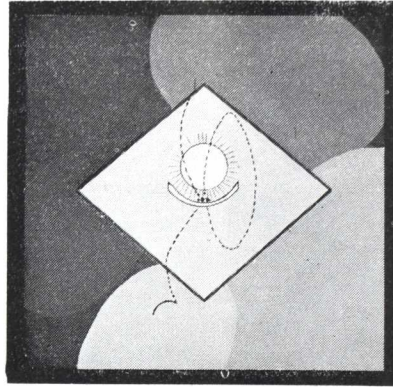


9—En la figura que tenemos al frente, el ayudante toma el hilo que corresponde al punto corneal para abrir el campo. El cirujano con el RBT, extiende el iris hacia las VI para practicar una toma basal de este, con la pinza angular "colibrí de Pierse".

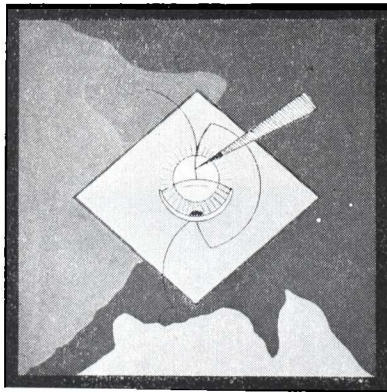
ROQUE BELLIDO TAGLE



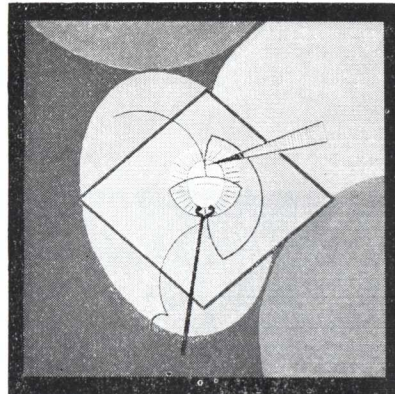
10—Ya hemos tomado el iris con la pinza colibri y procedemos al corte aplicando las tijeras de iris, paralela a la incisión corneo-escleral.



11—En esta lámina se aprecia cómo queda la iridectomía periférica, preferentemente basal, y la disposición que debe seguir manteniendo el hilo del punto central.

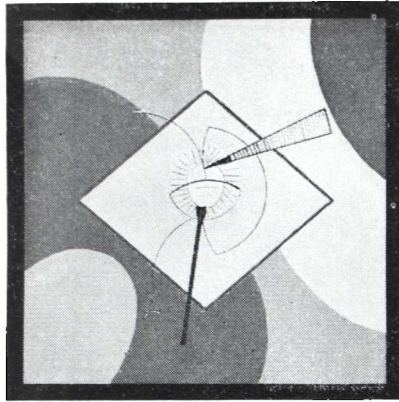


12—El ayudante levanta la córnea tomando solo el hilo de sutura que corresponde a este.

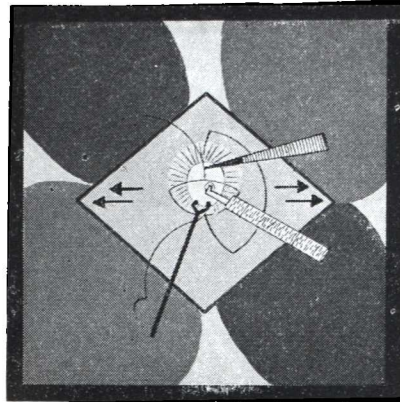


13—Aquí vemos cómo el cirujano toma el RBT y reclina el iris hacia la esclera con el extremo de sus dos pies esféricos, bien juntos o separados, según convenga. De esta forma presentamos un campo libre para la aplicación del crio-extractor, sin peligro de que este tome parte del iris o del endotelio corneal.

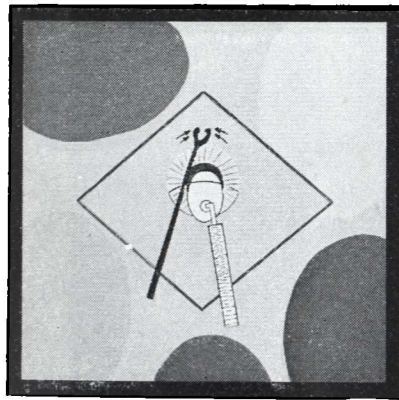
SECUENCIAS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA



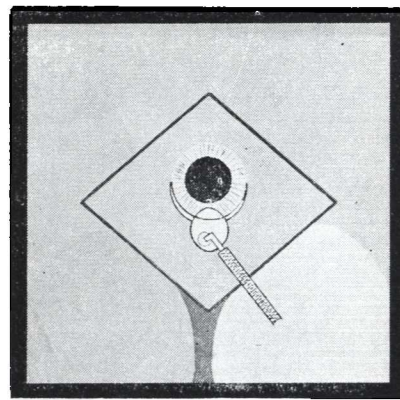
14—El RBT, como ustedes ven en su otro extremo, tiene un labio tipo separador, que a gusto del cirujano puede servir para reclinar el iris, en lugar de los pies esféricos.



15—Aplicamos el crio-extractor sobre la cápsula cristaliniiana entre el Ecuador y el polo superior, y hecha la toma se hacen movimientos de vaivén como indican las flechas.

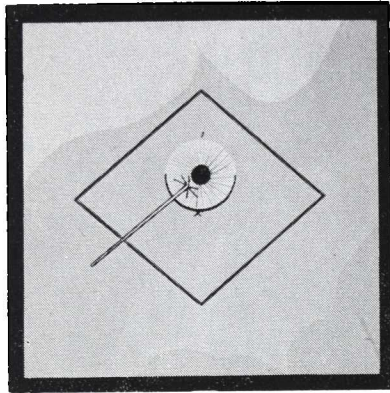


16—Cuando apenas se ha conseguido la semiluxación del cristalino, se retira el RTB y con sus dos pies esféricos, se ejerce una presión sobre el limbo esclero-corneal hacia las VI. De esa forma el cristalino termina por luxarse y se desliza hacia el exterior.

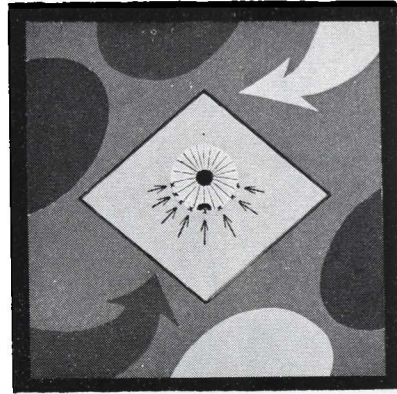


17—En esta lámina se ve cómo la porción corneal no está levantada y el cristalino deja por completo su lecho.

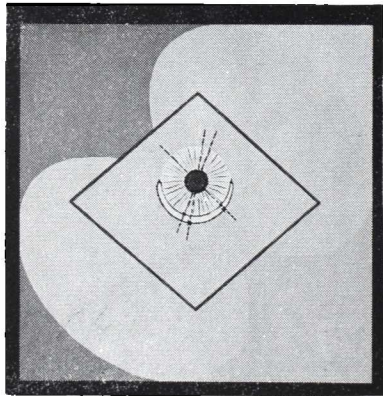
ROQUE BELLIDO TAGLE



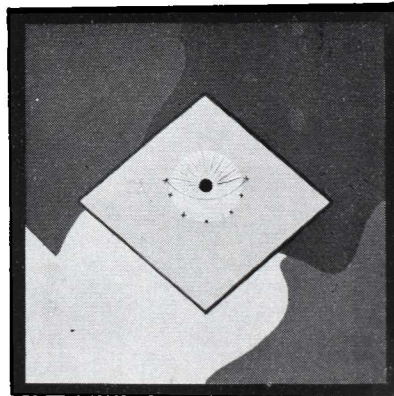
18—Se procede a anudar el punto central de la incisión que nos había acompañado en toda la operación hasta este momento. Inmediatamente con una cánula de cámara anterior N° 25, aplicamos una solución de acetilcolina. Su acción miótica se hace presente y la cámara anterior queda rellena. Esta maniobra nos facilitará la aplicación de los demás puntos.



19—Puntos de sutura complementarios bien radiales.

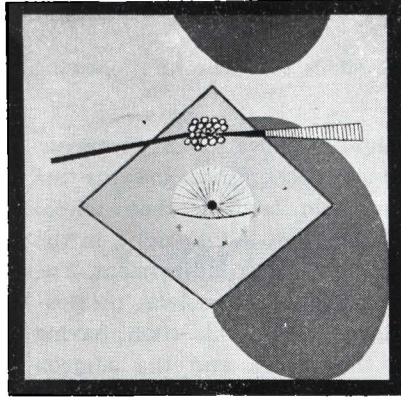


20—En esta lámina ustedes, notarán, si no son tomados los puntos de sutura coincidentes tanto en la parte escleral como corneal. Veremos aparecer un repliegue corneal de lo más desagradable. En cambio cuando son coincidentes, la sutura será perfecta.

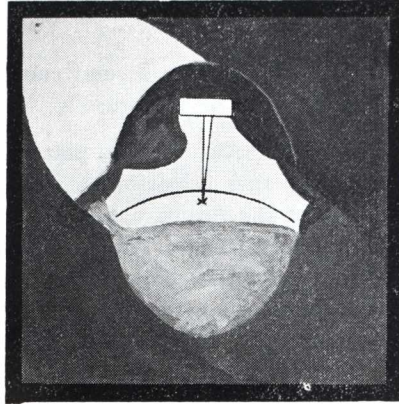


21—Terminadas las suturas practicamos el recubrimiento conjuntival en forma de casquete con dos puntos en los extremos.

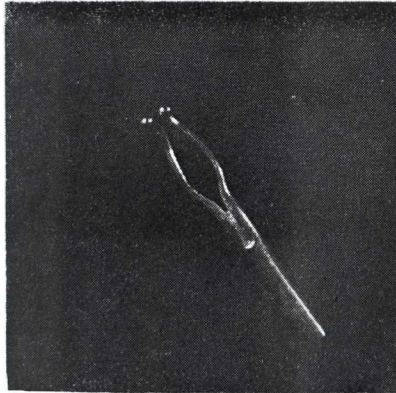
SECUENCIAS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA



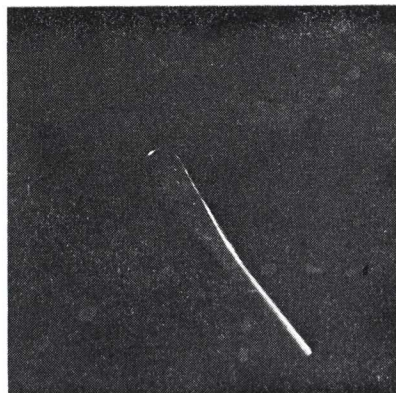
22—Procedemos a practicar un pellizcamiento con la pinza en una porción de la conjuntiva del fondo del saco inferior y aplicamos con una aguja N° 23, de bisel corto, una solución corticoidea de depósito. Esta maniobra es de suma importancia y estamos seguros que muchas complicaciones postoperatorias se han evitado con ella, como la queratitis bullosa, congestión escleral y ciliar, etc.



23—El ojo operado queda ocluido con ambos párpados manteniéndose esta oclusión con el hilo que al principio habíamos aplicado en el centro del borde del párpado superior. Este hilo se fijará sobre el borde orbital inferior en su parte media, con una cinta adhesiva.



24—Retractor de iris, visto de frente.



25—Retractor de iris, visto de perfil.

ROQUE BELLIDO TAGLE

SUMMARY

The author presents several sub-realistic slides made by him, showing the surgical steps he prefers:

A superior rectus stitch is placed. The pupil is under 9 mm. mydriasis. A conjunctival flap is performed; the conjunctiva is pushed towards the upper part of the fornix, out of the operating field itself. A corneo-scleral flap is practiced using a knife, moving the knife from left to right, in the left as well as in the right eye, obtaining thus a bevelled adjustment. The flap is finished using Barraquer cornea scissors. A corneo-scleral previous stitch which joins both bevelled edges is placed. Using this stitch, having previously made a loop, the assistant lifts the cornea and the surgeon performs a peripheric iridectomy. The iris is grasped using a Piersse colibri forceps. Next, the author pulls the iris towards the sclera using a separator of his design. Using the previous stitch, the assistant lifts the cornea and the surgeon performs the cryoextraction of the cataractous lens with swaying movements. Once the lens is sub-luxated, the iris retractor is removed, pressing the limbus at 6 with retractor. Next, the previous stitch is tightened and acetilcholine is instilled into the anterior chamber to reform it. Once the sutures are placed, a cap-like conjunctival sheathing is fixed with two stitches placed at the ends of the conjunctival flap.

At the end of the operation, a long-action corticoid solution is injected.

J. M.