

COMPLICACIONES TARDIAS POCO FRECUENTES EN LA CIRUGIA DE LA CATARATA SENIL

Dr. JAIME SOLARES-ZAMORA

Cochabamba, Bolivia

El propósito de este breve trabajo es el de poner en evidencia algunas complicaciones de la cirugía de la catarata que, sin tener nada de novedoso, no aparecen mencionadas en la literatura oftalmológica, muy probablemente porque no se les ha dado importancia en razón de su poca gravedad.

No nos proponemos en él adelantar hipótesis etiopatogénicas por cuanto hemos empezado a poner atención en estas complicaciones recientemente y no hemos reunido aún el número suficiente de observaciones para profundizar su estudio. Nos reduciremos, por tanto, a su enumeración y a recomendar algunas normas de tratamiento.

La más frecuente de estas complicaciones es la *ptosis palpebral*. Adopta dos formas: a) una temporal o pasajera, y, b) una definitiva.

La forma temporal puede durar desde varios días hasta meses. En un primer momento parece ligada al estado inflamatorio post-quirúrgico y disminuye evidentemente al mejorar aquel. Posteriormente suele disminuir paulatinamente hasta desaparecer.

En la forma definitiva, todo ocurre como en la pasajera; no existe ninguna señal, ni siquiera la intensidad de la ptosis que diferencie, en comienzo, ambas formas. Luego, en tanto que la primera desaparece, la segunda queda estacionaria. Su grado es variable y, en general, de mediana intensidad: el párpado suele cubrir un poco menos de media córnea. La función del elevador aunque conservada se encuentra algo disminuida, sobre todo con relación al otro ojo.

JAIME SOLARES-ZAMORA

Aun cuando hemos estado buscando algunas explicaciones etiopatogénicas, no dejaremos escrito nada sobre ellas por las razones señaladas en el comienzo de este trabajo.

En cuanto al tratamiento de la ptosis: en general no requiere ninguno en tanto su magnitud no sea tal que interfiera la visión, resultando incluso ventajosa cuando no es muy marcada, y cuando cubre la iridectomía o iridectomías periféricas si son grandes, o cuando se la hizo en sector.

Si la ptosis es muy marcada o cuando, por descentración de la pupila interfiere la visión, se puede corregir el defecto quirúrgicamente teniendo en cuenta las normas que rigen en estos casos.

En el post-operatorio inmediato las pomadas con corticoides y los anti-inflamatorios por vía general, pueden ser de utilidad.

La segunda complicación más común es la *neuritis* supra y/o infraorbitaria, siendo la supraorbitaria, con mucho, la más frecuente. Se caracteriza por la presentación de dolores más o menos intensos periorbitarios con irradiación posterior y hemicránea. Como el examen ocular no revela otra cosa que un ligero aumento de la congestión conjuntival, el diagnóstico surge al individualizar el tipo de dolor y al encontrar, a la presión, los puntos supra y/o infraorbitarios muy sensibles. Cuando dichos puntos no son dolorosos se puede pensar más en una neuralgia que en una neuritis.

El tratamiento es bien conocido: Vitamina B 1, B 6, y sobre todo B 12, en dosis elevadas. Generalmente utilizamos 250 mg. de Tiamina, 100 mgs. de Piridoxina y 10.000 mcgrs. de hidroxocobalamina, en inyección I.M., diaria durante 6 a 8 días, según la intensidad y duración del dolor. Resulta útil agregar, además, analgésicos anti-inflamatorios asociados a corticoides (Celestagesic, de Schering, por ejemplo).

Otra complicación tardía poco frecuente, es la presencia de una *cámara baja permanente*, aunque no demasiado aplastada.

Comienza a vislumbrarse el problema desde los primeros días del post-operatorio en los que, a pesar de haberse reconstituido rápidamente la cámara anterior, esta no tiene la profundidad que corresponde a la afaquia. Por lo común dicha profundidad aumenta algo hasta el 12º o 18º día (época de aparición de nuestros casos de atalamia), en que, de pronto, disminuye dicha profundidad. En estos casos la administración de Diamox y otras medidas de cuidado, solo logran aumentar muy poco la profundidad de la cámara, que queda definitivamente baja sin complicaciones ulteriores. Ni

COMPLICACIONES TARDIAS POCO FRECUENTES

el examen del segmento anterior, ni la gonoscopia, ni el biomicroscópico del vítreo, revelan alteración alguna, aparte de un ángulo más estrecho de lo que corresponde a un afáquico y del desprendimiento posterior del vítreo, prácticamente constante en los operados de catarata. La Po. se mantiene en cifras perfectamente normales o ligeramente bajas. Como el problema no tiene consecuencias, no exige tratamiento alguno.

Una última complicación tardía es la *queratitis punteada* superficial. Se suele presentar cuando ya se ha dejado el ojo sin apósito; en nuestra técnica, a la 4ª semana, después de quitar los puntos de sutura córneo-esclero conjuntivales.

Se revela por persistente irritación conjuntival, fotofobia y epifora ligeras, y al examen biomicroscópico por el típico salpicado gris epitelial.

Como dicha complicación parece ligada a una disminución de la secreción de lágrimas —comprobable con el test de Schirmer— y a una fragilidad epitelial, el tratamiento consiste en la utilización de lágrimas artificiales juntamente con colirio corticoide-antibiótico en vehículo oleoso (Scherosona o Ultralan, por ejemplo). En un caso rebelde hemos asociado esta medicación a un colirio de I.D.U. y a la administración “per-os” de Vitamina C. No tenemos aún experiencia con los inhibidores de la colagenasa (Penicilamina, E.D.T.A. Cisteína).

Por lo común la complicación pasa en el término de 1 a 2 semanas sin dejar huella.

Para concluir, deseamos expresar que esta comunicación preliminar será completada, posteriormente, con el estudio de las probables causas etiopatogénicas de las complicaciones mencionadas, y con la presentación de los correspondientes porcentajes de frecuencia.

RESUMEN

Se presenta y describe cuatro complicaciones tardías o poco frecuentes en la cirugía de la catarata o no mencionadas corrientemente en la literatura, que son: 1) ptosis palpebral; 2) neuritis o neuralgia periorbitaria (trigeminal); 3) cámara anterior persistentemente baja; y 4) queratitis punteada superficial. Se concluye con la descripción de los tratamientos utilizados por el autor en estas complicaciones.

JAIME SOLARES-ZAMORA

SUMMARY

Four late or rarely frequent complications in cataract surgery are presented and described, which have not been mentioned correctly in the literature. They are:

1. Palpebral Ptosis.
2. Periorbitaria (trigeminal) Neuralgia or Neuritis.
3. Persistently low Anterior Chamber.
4. Superficial dotted Keratitis.

The author ends by describing the treatments used in these complications.

J. M.

BIBLIOGRAFIA

- ARRUGA, H.: *Cirugía Ocular*. 518-562. Salvat Editores S. A, Barcelona, 1963.
- BARRAQUER, J.: *Extracción Intracapsular del Cristalino*. 317-404. Soc. Oftal. Hisp. Amer., 1962.
- BARRAQUER, J., TROUTMAN, R. C., RUTLLAN, J. y BINKHORST, R. D.: *Cirugía del segmento anterior del ojo*. Vol. I, 343-425, Gráficas Typus, Barcelona, 1964.
- BLASKOVICS, L. y KREIKER, A.: *Cirugía de los ojos*. 435-448. Salvat Editores, Barcelona, 1952.
- CASTROVIEJO, R.: *Complications of Cataract Surgery*. Am. J. Ophthal., 58, 1964.
- FASANELLA, R. M.: *Prevention et Traitement des Complications de la Chirurgie Oculaire*. 166-172. Masson et Cie, Paris, 1960.
- GUILLAUMAT, L., PAUFIQUE, L., SAINT MARTIN, R. SCHIFF-WERTHEIMER, S. et SOURDILLE, G. P.: *Traitement Chirurgical des Affections Oculaires*. Tome I. 154-166, Doin et Cie Paris, 1957.
- SPAETH, E. B.: *The Principles and Practice of Ophthalmic Surgery*: 664-668, Lea and Feibiger, Philadelphia, 1944.