

Extracción extracapsular de catarata con capsulorrexis

Dr. Enrique Ariza Henao(*)

Blefarostato Ariza - Barraquer.
Tonómetro Maklakov - Barraquer.
Pinza de recto superior de Osher.
Paracentesis ecuatoriales para I/A.
Colgajo conjuntival con tijeras.
Cauterización con bipolar.
Demarcación longitud del colgajo.
Paracentesis cámara anterior con cuchillito de rubi-diamante.
Visco - elástico en cámara anterior.

Capsulotomía circular continua (capsulorexis).
Nosotros usamos pinza de UTRATA para ésta maniobra pero se puede realizar con el quistiótomo o con otras pinzas de reciente aparición.

Hidro-disección e Hidrodelaminación, hasta que se forme el "anillo dorado" (Golden ring).

Terminación del colgajo con tijera de la longitud que habíamos marcado previamente y que corresponde al diámetro del IOL que vamos a implantar.

Extracción del núcleo mediante la maniobra presión - contra - presión, sin introducir la cánula de irrigación de Anis.

Cierre parcial de la cámara anterior con uno o hasta tres puntos.

I/A bimanual con la técnica Barraquer. Esta técnica presentada por el profesor José Ignacio Barraquer en 1958 ha sido empleada exitosamente durante 37 años y tiene todas las ventajas que hoy le pedimos a las técnicas mecanizadas más sofisticadas, incluyendo el poder limpiar restos corticales en el saco capsular a las 12 y permitir algunas maniobras de fragmentación con un mínimo riesgo de ruptura de la cápsula posterior.

Personalmente conectamos las cánulas a los tu-

Parroquia No. 214 Col. del Valle Deleo. Benito Juárez,
03100 México, D.F.

bos de I/A que tiene nuestro instrumento de FACO y obtenemos un control excelente durante éstas maniobras.

Al final de la I/A se observa el contorno muy claro de la cápsula circular continua.

Llenado del saco capsular y de la cámara anterior con Visco - elástico hasta obtener de nuevo los tres planos: corneal - irideo y capsular.

Se retiran los puntos que cerraban la cámara anterior y se procede a implantar un lente intra-ocular de polimetil - metacrilato, biconvexa y de una sola pieza.

El lente debe inclinarse hasta atrás para que el soporte del mismo pueda descansar en el ecuador del saco capsular y con una cánula ranurada introducimos el soporte superior del lente aprovechando para rotarlo delicadamente.

Miosis con Acetil - colina o carbachol.

Sutura con puntos ajustables 10 - 0 que nos permiten tener un control razonable del astigmatismo post-operario inmediato.

Comprobación con el queratoscopio manual para apretar y aflojar las suturas ajustables.

Se entierran en la esclera los nudos de los puntos de sutura.

Extracción del Visco - elástico con cánula de doble vía. También se puede usar una cánula especial conectada al sistema I/A del FACO.

Finalmente cierre de la conjuntiva con cauterio. Usamos el de campo húmedo Storz o Mentor pero los modelos recientes de microscopios quirúrgicos y algunos equipos de FACO ya tienen su propio cauterio.