

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

USO DE LOS CORTICOSTEROIDES Y SUS DERIVADOS

EN LAS OPERACIONES OCULARES

OTHMAN NEVIO CORADO ESCRIBA'

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1965

PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION.
- II.- ANTECEDENTES Y OBJETIVOS
- III.- ANATOMIA DE LA REGION (Conjuntiva: Fondos de saco conjuntivales: ESCLERA Y CORNEA.)
- IV.- FARMACOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS CORTICOSTEROIDES Y SUS DERIVADOS.
- V.- MATERIAL Y METODO EMPLEADO. NUESTRA EXPERIENCIA.
- VI. CASOS.
- VII.- SUMARIO.
- VIII.- CONCLUSIONES.
- IX.- BIBLIOGRAFIA.

(1)

CAPITULO I

INTRODUCCION:

El presente trabajo de tesis, es fruto de la experiencia obtenida del estudio realizado durante seis meses, sobre un pequeño grupo de pacientes del Servicio de Oftalmología de Mujeres del Hospital General, que fueron sometidas a tratamiento con Corticosteroides y sus derivados, administrados éstos por inyección subconjuntival, durante el acto operatorio y postoperatorio de intervenciones oculares por catarata y que fueron rigurosamente controlados.

El fin aquí perseguido, es el de hacer resaltar los - beneficios prometedores y halagadores aportados por el uso de dichos fármacos en las operaciones oculares, esperando demostrar con ello, lo indispensable que se hace cada día el empleo de los mismos; particularmente en Cirugía de la Catarata.

CAPITULO II

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

En nuestro medio no se ha escrito ningún trabajo al respecto, siendo éste el primero que se hace en Guatemala. Se cuenta en la exposición y desarrollo de esta tesis, con la experiencia personal de mi asesor Dr. Wellington Amaya - Abad, en estudios realizados desde principios del año 1964.

En Bogotá, Colombia, el Dr. José Ignacio Barraquer ha hecho trabajos similares con Corticosteroides en Cirugía -- Ocular a partir del año de 1964.

En Nueva York, igualmente el Dr. Joseph Katzyn ha empleado los esteroides en análogos trabajos, durante el año de 1964.

OBJETIVOS:

Demostrar que el empleo de los corticosteroides y sus derivados en la Cirugía Ocular ha permitido:

- 1.- Acelerar el tiempo de recuperación postoperatoria.
- 2.- Disminuir el trauma quirúrgico.
- 3.- Acortar el tiempo de hospitalización de los pacientes.

CAPITULO III

ANATOMIA DE LA REGION

CONJUNTIVA: (Fondos de sacos conjuntivales: Esclera y Córnea.)

La Conjuntiva: Así llamada por unir el globo del ojo a los párpados, es una membrana mucosa, dependiente del tegumento externo que reviste la cara posterior de los párpados y la parte anterior libre del globo ocular. Presenta a su estudio:

- 1o) Una configuración exterior
- 2o) Su estructura
- 3o) Sus Glándulas
- 4o) Sus vasos y nervios

Configuración Exterior: La conjuntiva reviste primeramente la parte anterior del globo del ojo. Llegada junto al ecuador se dobla hacia adelante para pasar a los párpados y revestirlos hasta llegar a nivel de su borde libre. - Presenta tres porciones: Primera: La Conjuntiva Palpebral. Segunda: La Conjuntiva bulbar. Tercera: La Conjuntiva del fondo de saco.

- a) Conjuntiva Palpebral: Se adhiere intimamente a la cara posterior de los tarsos y se corresponde más allá de estas cin-

(4)

tas fibrosas con la capa de fibras musculares lisas de los músculos palpebrales de Müller. Es delgada, transparente, de color rojizo y fuertemente arrugada en toda su porción extratarsiana, continuándose en el borde libre de los párpados con la piel.

b) Conjuntiva del fondo de saco: es el repliegue que forma la conjuntiva al pasar del párpado al globo ocular: fondo de saco circular (fórnix), que corresponde sucesivamente por arriba del surco órbito-palpebral superior, por abajo del — surco orbitopalpebral inferior; por dentro y fuera, a las regiones de las comisuras interna y externa. Este fondo de saco oculoconjuntival u oculopalpebral es más profundo en su parte superior y externa que en su parte inferior e interna. Está casi borrado en el ángulo interno del ojo que se halla ocupado por la carúncula lagrimal.

De esta irregularidad del fondo de saco conjuntival — resulta que su línea de contacto con la esclerótica no es — paralela a la circunferencia corneal, sino que se aleja más o menos de ésta circunferencia según los puntos que se miran. Así tenemos que el fondo de saco oculopalpebral dista de la córnea:

Hacia arriba.	10 milímetros
Hacia abajo.	8 "

(5)

Hacia afuera. 14 Milímetros

Hacia adentro. 7 "

Los repliegues y surcos señalados en la conjuntiva palpebral son más profundos y numerosos en la porción comprendida entre el tarso y el fondo de saco.

c) Conjuntiva ocular o bulbar: Más delgada todavía que las dos porciones precedentes, esté en contacto sucesivamente con la esclerótica (porción esclerotical) y con la córnea (porción corneal).

Porción esclerotical: Es la esclerótica, la conjuntiva pasa por delante de los tendones de los cuatro músculos rectos. - Delgada y transparente, deja ver en toda su extensión el color blanco de la membrana subyacente. Está unida a la esclerótica por una capa de tejido celular laxo que se confunde insensiblemente con la parte anterior de la cápsula de Tenon. Esta capa celular subconjuntival o epiesclerotical posee en el adulto cierta cantidad de vesículas adiposas, pequeñas masas grasas, que dan a la región que ocupan un color amarillento, depositándose con cierta predilección a lo largo del meridiano horizontal en el lado interno y en el lado externo del ojo.

Porción Corneal: Llegada a la córnea, la conjuntiva se ad-

hiere intimamente al contorno de esta membrana y forma allí, en la línea de soldadura esclerocorneal, una zona circular, de estructura particular y de reacción patológica especial designada con el nombre de limbo conjuntival o anillo conjuntival. Pasado el limbo y por encima de la córnea, la conjuntiva pierde su corion, no siendo otra cosa que la capa epitelial anterior de la córnea, reforzada por la lámina elástica anterior.

Porción del ángulo interno: En esta región del ángulo interno del ojo, la conjuntiva ocular presenta dos formaciones especiales: Primero: la carúncula lagrimal y segundo: El pliegue semilunar.

- a) Carúncula lagrimal: Es una pequeña eminencia rojiza, en forma de pezón situada en el espacio que interceptan entre sí las porciones lagrimales de los dos párpados. Su base descansa sobre la conjuntiva, formando cuerpo con ella. Su parte libre está en parte cubierta por el párpado inferior, siendo visible cuando se atrae este hacia abajo y afuera. La carúncula lagrimal está constituida esencialmente por una masa de 10 a 12 folículos pilosos, provistos de glándulas sebáceas de donde salen algunos pelos rudimentarios ocasionalmente visibles a simple vista. A estas glándulas pilosebáceas se añaden a uno y otro lado algunas glándulas sebáceas sin relación alguna con los folículos pilosos.

b) **Pliegue Semilunar:** Situado por fuera de la ~~cornea~~ ~~corneola~~, es - un pequeño pliegue de la conjuntiva bulbar, en forma de media luna vertical con la concavidad dirigida hacia afuera. Es constante y más o menos desarrollado según los individuos, siendo más pronunciada cuando el ojo se dirige hacia afuera y atenuándose cuando el ojo se desvía hacia adentro.

Estructura de la conjuntiva: como todas las mucosas se compone de dos capas: Primera: una profunda, el corion o dermis. Segunda: una superficial, o capa epitelial.

- 1) **Dermis o corion:** consta de dos capas: una superficial o adenoide, así llamada por comprobarse en ella linfocitos; otra profunda o fibrosa.

La capa superficial está formada de mallas finas apoyadas en numerosos capilares y de fibras elásticas siendo - esta capa a nivel del limbo de disposición papilar.

La capa profunda es de 6 a 10 veces más gruesa, ofreciendo fascículos conjuntivos más voluminosos, encontrándose en ella nervios, vasos y algunas glándulas.

- 2) **Capa epitelial:** Esta capa caracteriza con sus variaciones los diferentes puntos de la conjuntiva; el epitelio es cilíndrico en la parte palpebral, es pavimentoso estratificado en la región anterior de los fondos de saco; por el contrario la conjuntiva bulbar presenta de seis a ocho capas de células y la disposición pavimentosa se acentúa en el limbo.

En estas dos variedades se diferencian en las capas más superficiales células de tipo caliciforme o células de mucina. Glándulas de la conjuntiva: Existen tres grupos: 1) glándulas acinosas, 2) glándulas tubulosas y 3) glándulas utriculares.

Las glándulas tubulosas son formaciones aberrantes -- análogas a las glándulas lagrimales, están situadas en la mitad interna del fondo de saco y constituyen dos grupos -- principales: las glándulas acinosas del fondo de saco superior o glándulas de Krause (35 a 40 en el párpado superior y solamente 6 a 8 en el párpado inferior) y las glándulas acinosas tarsoconjuntivales o glándulas de Ciaccio, situadas en el tarso encima de las glándulas de Meibomio.

Las glándulas tubulosas o glándulas de Henle: situadas en la porción de la conjuntiva comprendida entre el borde adherente de los tarsos y el fondo de saco oculoconjuntival; siendo su existencia todavía muy discutida.

Las glándulas utriculares o glándulas de Manz: se encuentran junto a la circunferencia de la córnea.

Vasos y nervios de la conjuntiva:

Arterias: muy numerosas forman dos territorios: Palpebral y ciliar.

- 1) El territorio palpebral comprende a la vez la conjuntiva -- palpebral, la conjuntiva del fondo de saco y la mayor parte de la conjuntiva bulbar, regado por las diferentes arterias

que se distribuyen por los párpados principalmente arterias palpebrales y accesoriamente la lagrimal, la supraorbitaria, la nasal, la infraorbitaria, la temporal superficial y la transversal de la cara.

- 2) El territorio ciliar, más pequeño, comprende la porción de la conjuntiva ocular que rodea la córnea alimentado por las arterias ciliares anteriores.

Venas: Las venas de los párpados se distribuyen en dos zonas: a) Zona palpebral y b) Zona ciliar.

Las venas procedentes del territorio palpebral se dirigen en parte a las venas de los párpados, en parte a los troncos venosos tributarios de la oftálmica y de aquí a la facial y la temporal superficial.

Las venas que proceden del territorio ciliar terminan en las ciliares anteriores y por ellas en la vena oftálmica. Linfáticos: forman dos redes: una red superficial, colocada en la parte superficial de la dermis y una red profunda, situada en el tejido conjuntivo submucoso. Se dividen en - externos (destinados a los ganglios parotídeos) e internos - (para los ganglios submaxilares).

Los nervios: Proceden: por fuera, del lagrimal; por dentro del nasal externo; los de la porción corneal de los nervios ciliares. Terminan por extremidades libres y también por - unos engrosamientos especiales llamados corpúsculos de ---- Krause (9-10)

CAPITULO IV

FARMACOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS CORTICOSTEROIDES Y SUS DERIVADOS.

Uno de los temas de mayor interés médico hoy en día es el de la naturaleza y aplicaciones de las llamadas hormonas corticosuprarrenales o esteroides como se denominan más comúnmente.

El desarrollo de la cortisona y del ACTH y el empleo de los mismos en el tratamiento de ciertas enfermedades de los ojos, ha sido indudablemente una de las más recientes contribuciones de la Oftalmología. En ningún otro campo de la medicina, se han obtenido efectos tan beneficiosos y sorprendentes con estas hormonas como en el tratamiento de la inflamación y alergia en las afecciones oculares.

FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SUPRARRENALES Y HORMONAS CORTICOADRENALES.

Las glándulas suprarrenales con sus múltiples funciones son de enorme importancia siendo órganos esenciales para la vida así como sus derivados corticoadrenales. La remoción de las glándulas suprarrenales puede ocasionar la muerte en corto tiempo debido a la perturbación del metabolismo

del agua y electrolitos al menos que una sustitución terapéutica de hormonas sea dada. Así observamos en los animales adrenalectomizados mueren en pocos días con hipotensión, astenia, hipotermia, disminución del metabolismo basal, hemoconcentración hipoglicemia, trastornos gastrointestinales, debilidad muscular, perturbaciones electrolíticas, retención de productos nitrogenados, leucopenia, eosinofilia y aumento de la pigmentación de la piel. (3-6)

Los corticosteroides son compuestos cristalinos aislados de la corteza adrenal que tienen la propiedad de mantener la vida de los animales adrenalectomizados o que permiten la regulación de las perturbaciones provocadas por la insuficiencia adrenal.

Estructura Química: La estructura química de los corticosteroides u hormonas corticoadrenales es semejante a la de las hormonas sexuales; así encontramos que algunos esteroides corticales tienen propiedades androgenicas o estrogénicas y viceversa; que algunos preparados hormonales sexuales, producen ligeros cambios parecidos a los esteroides corticales.

Los corticosteroides se clasifican en tres grupos de acuerdo con su acción predominante:

- 1) Los mineralocorticoides, entre los cuales están la desoxicorticosterona y la aldosterona, que están en íntima relación

con la regulación del agua y electrolitos.

- 2) Los glucocorticoides, entre los que tenemos la cortisona y la hidrocortisona cuyo efecto predominante es sobre el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Poseen también efectos antiinflamatorios.
- 3) Los androgenos que están relacionados con el desarrollo de las características del sexo, pero que en realidad su función fisiologica en general no es muy conocida. (1-5)

De estos grupos de hormonas adrenales, los glucocorticoides son los de mayor interés en la Oftalmología.

ESECTOS DE LOS GIMCOCORTICOIDES:

En Oftalmología son empleados por sus efectos antiinflamatorios y antialergico, pero también producen otros efectos metabólicos y fisiologicos. El mecanismo del efecto antiinflamatorio se desconoce. Cualquiera que sea la acción, es muy cierto que hay una inhibición de la reacción inflamatoria-exudación, infiltración celular y dilatación capilar. Los glucocorticoides afectan el metabolismo de las proteínas, grasas y carbohidratos, promueven la glucogenesis que ocasiona a menudo hiperglicemia y glucosuria. La reabsorción tubular de sodio aumenta y la reabsorción del potasio disminuye, de este modo hay retención de sodio y excreción de potasio.

Los glucorticoides inducen a un balance negativo de nitrógeno, excreción urinaria de creatina y aumento del ácido úrico. La linfopenia y el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos ocurre después de la administración de glucorticoides. El tiempo de coagulación venosa disminuye, pero un fenómeno tromboembólico puede resultar.

La secreción de ACTH es inhibida y la función de la glándula adrenal es deprimida. La función tiroidea es inhibida. La función muscular del esqueleto disminuye, debido quizá al aumento de la pérdida del potasio y en parte por la alteración en el metabolismo de las proteínas. El sistema nervioso central se perturba, presentándose euforia, psicosis y alteraciones en el patrón electroencefalográfico — pueden hallarse. La producción de anticuerpos disminuye. — Puede ocurrir también un aumento de secreción de ácido gástrico y pepsina.

El uso prolongado de glucorticoides puede ocasionar un síndrome de Cushing, con retención de agua y sal, trastornos mentales, hipertensión, sudores, debilidad general, desgaste de los músculos esqueléticos, osteoporosis con fracturas, — tromboflebitis, equimosis, acúmulos grasos, una tardanza en la cicatrización de las heridas, irregularidades menstruales, acné, facies lunar, hipertrichosis, trastornos digestivos, aumento de azúcar en la sangre, hipopotasemia, insuficiencia adrenal, úlcers pepticas, debilidad en la función re-

(14)

nal, balance negativo de nitrógeno, debilidad a la resistencia de las infecciones y retardo en el crecimiento de los niños. Entre los efectos oculares se incluye también una debilidad a la resistencia de las infecciones (especialmente las infecciones de virus y fungosas) posiblemente esto ocasione una tardanza en la cicatrización de las heridas papiledema, párpados edematosos y formación de catarata. (1)

Se han descrito casos de Glaucoma (no comprobada) -- después de una prolongada administración de glucocorticoides.

Los más recientes glucocorticoides: Metylprednisolona, triamcinolona y dexametasona son mucho más potentes en sus efectos antiinflamatorio que la cortisona y la hidrocortisona y así mismo la actividad de inducir a la agravación de úlcera péptica o reaparición de ésta por medio de la terapia de esteroides, disminuye con estos nuevos compuestos. (1)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS EN LAS ENFERMEDADES OCULARES

Los glucocorticoides son muy efectivos en un gran número de enfermedades de los ojos, incluyendo las siguientes:

Dermatitis de contacto de los ojos
y conjuntiva
Blefaritis y conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis vernal
Queratitis y Conjuntivitis flictenular
Queratitis no específica
Queratitis alérgica
Queratitis intersticial
Queratitis de la acne rosacea
Escleroqueratitis
Queratitis superficial punteada
Queratitis tuberculosa
Queratitis discáforme
Ciertas quemaduras químicas de la córnea
Úlcera corneal marginal recurrente
Pemfigo ocular
Lesiones mucocutaneas conjuntivales
Iritis e iridociclitis
Coroiditis o uveitis no específicas
Algunas formas de uveitis posterior
Uveitis postquirúrgica

coide. Preparaciones locales de los nuevos glucocorticoides son efectivos en el tratamiento de las enfermedades oculares externas y en las enfermedades inflamatorias del segmento anterior del globo. La inyección subconjuntival de solución o suspensión de corticosteroides produce concentración acuosa de la droga por períodos prolongados. Es recomendable después de una cirugía intraocular en pacientes — que sufren de uveítis. (7) Se prefiere usar soluciones — que suspensiones de corticosteroides para inyecciones subconjuntivales, ya que el agente suspensor, carbometilcelulosa de sodio se absorbe muy lentamente y puede permanecer debajo de la conjuntiva por varias semanas.

Para las enfermedades del segmento posterior del globo, del nervio óptico, o de la órbita, el sistema de administración de los glucocorticoides o el ACTH puede usarse.

A pesar que el escoger una droga en particular, es una decisión personal, la tendencia es usar compuestos diferentes a la cortisona o hidrocortisona para impedir retenciones de sal originadas por estas drogas.

Las dosis de glucocorticoides deben ser individuales — a cada paciente empleandose una dosis minima en el tiempo — más corto a los efectos que así se desea obtener. Si la — enfermedad bajo tratamiento es aguda y severa una dosis diaria de 200 mg. a 600 mg. de cortisona o su equivalente de—

berá ser usada. La dosis debe ser reducida dentro de dos o tres días, ya que complicaciones serias se desarrollan con altas dosis. Las reducciones deberán gradualmente disminuirse por un período de días o semanas dependiendo sobre todo del tiempo del tratamiento. Si las lesiones oculares no son serias, una dosis inicial de 100 mg. a 200 mg. de cortisona o sus equivalentes pueden ser empleados. Una reducción gradual de la dosis debe aplicarse lo más pronto posible. En desordenes leves una dosis de 100 mg. de cortisona es suficiente. La dosis intramuscular de ACTH es de 40 unidades U.S.P. a 50 unidades U.S.P. en cuatro dosis divididas. Una dosis mayor de más de 100 unidades U.S.P. puede darse si no se obtiene una respuesta satisfactoria con pequeñas cantidades.

Para usos intravenosos 20 a 40 unidades U.S.P. son disueltos en 500 a 1,000 ml. de dextrosado al 5% y dadas en período de 8 a 11 horas.

La dosis intramuscular de forma purificada de gel de ACTH es la misma que la regular de ACTH. Las inyecciones se dan a intervalos de 24 horas. Cuando una terapia de largo tiempo es necesaria, es importante mantener al paciente con dosis pequeñas. Frecuentemente la dosis de corticosteroides en terapia continua puede ser reducida si los esteroides locales son usados conjuntamente con la droga por la vía sistémica. Siempre que la terapia prolongada sea nece-

saría el paciente debe ser periódicamente observado para — que cualquier medida terapéutica pueda ser tomada inmediatamente al presentarse cualquier complicación por el uso prolongado de los esteroides adrenales.

CONTRAINDICACIONES DE LOS CORTICOSTEROIDES

Son relativas. Se consideran contraindicados en enfermedades renales (glomerulonefritis crónicas) desórdenes cardiovasculares (insuficiencia cardíaca congestiva); tuberculosis, tromboflebitis, osteoporosis, diabetes melitus, hipertensión arterial, síndrome de Cushing, psicosis endógenas, úlcera péptica activa, e infecciones en general que no puedan ser controladas por terapia de drogas.

Los glucocorticoides administrados ya sea local o sistémicamente son contraindicados relativamente en infecciones herpéticas de la córnea. La gravedad de queratitis herpética simple es más grande en pacientes que reciben corticosteroides. La presencia de un virus infeccioso en los ojos, — a excepción de herpes zoster y queratitis superficial puntada es una contraindicación a la terapia de corticosteroides. Los corticosteroides no deben ser usados si hay presencia de fungus infecciosos. Así como tampoco en infecciones bacteriales si la actividad de la bacteria no se controla con antibióticos.

(20)

En la dosis generalmente empleada, los corticosteroides no interfieren en la cicatrización de las heridas después de una cirugía ocular. Pacientes cirugías oculares no son contraindicaciones a la terapia con esteroides. (1)

CAPITULO V

MATERIAL Y METODO EMPLEADO

- 1) Metilprednisolona y Dexametasona en dosis de 0.5 de c.c. - por vía subconjuntival.
- 2) Acetato de Hidrocortisona y Triamcinolona por vía local.

NUESTRA EXPERIENCIA

Empieza a principios del mes de Febrero del año de -- mil novecientos sesenta y cuatro, con la inyección subconjuntival de los fármacos arriba mencionados y posteriormente con la aplicación de ungüentos oftálmicos a base de los compuestos ya indicados, acetato de hidrocortisona y triamcinolona, en todos los pacientes así estudiados y observados.

CAPITULO VI

CASOS

No. 1:

M.R.G. de 55 años. Hist. Clín. No. 01887-65.

Diagnóstico: Catarata madura O.I.

Operación: Extracción de catarata O.I. 10. de Marzo de 1965.

Metil-prednisolona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.-

No. 2:

R.E.V. de 55 años. Histo. Clín. No. 04001-64.

Diagnóstico: Catarata madura O.I., incipiente O.D.

Pterígiones internos bilaterales.

Operación: Extracción de catarata O.I. 10 de Marzo de 1965.

Metil-prednisolona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.-

No. 3:

D.C.G. de 68 años. Hist. Clín. No. 03538-65

Diagnóstico: Catarata madura O.D., Incipiente O.I.

Operación: Extracción de catarata O.D. 15 de Marzo de 1965.

Metil-prednisolona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.-

No. 4:

(23)

C.H. de M. de 65 años. Hist. Clín. No. 08384-64.

Diagnóstico: Catarata madura O.D.

Operación: Extracción de catarata O.D. 9 de Julio 1965.

Metil-prednisolona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.-

No. 5:

M.T.O.L. de 42 años. Hist. Clín No. 13790-64

Diagnóstico: Catarata madura O.D.

Operación: Extracción de catarata O.D. 9 de Julio de 1965.

Metil-prednisolona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.-

No. 6:

A.G.R. de 22 años Hist. Clín No. (5997-65.

Diagnóstico: Catarata A.O.

Operación: Extracción de catarata nuclear O.I. 14 de Julio 1965.

Metil-prednisolona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.-

No. 7:

M.D. de L. de 60 años Hist. Clín. No. 02736-65.

Diagnóstico: Catarata madura O.I.

Operación: Extracción de catarata O.I. 19 de Julio de 1965.

(24)

Dexametasona por inyección subconjuntival en dosis de --
0.5 de c.c.-

No. 8:

N.S.O. de 61 años. Hist. Clín No. 11952-65.-

Diagnóstico: Catarata madura O.D., Catarata en evolución O. I.

Operación: Extracción de catarata O.D. 21 de Julio de 1965.

Dexametasona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 -
de c.c.-

No. 9:

V.B.V. de 66 años. Hist. Clín No. 07944-55.

Diagnóstico: Catarata madura O.I., Incipiente O.D.

Operación: Extracción de catarata O.I. 23 de Julio de 1965.

Dexametasona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 d. c.

No. 10:

M.R.F. de 77 años Hist. Clín. No. 02800-56.

Diagnóstico: Catarata madura A.O.

Operación: Extracción catarata O.D. 2 de Agosto de 1965.

Dexametasona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.

No. 11:

H.P.P. de 77 años. Hist. Clín. No. 01531-65.

Diagnóstico: Catarata hipermadura O.I.

Operación Extracción de catarata O.I. 11 de Agosto de 1965.

Dexametasona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 de c.c.

(25)

No. 12:

E.G.G. de 65 años. Histo. Clín. No. 09926-65.

Diagnóstico: Catarata madura O.I., catarata en evolución OD.

Operación: Extracción de catarata O.I. 13 de Agosto de 1965.

Dexametasona por inyección subconjuntival en dosis de 0.5 -
de c.c.-

CAPITULO VII

SUMARIO

Este trabajo se basa en la experiencia del Dr. Wellington Amaya Abad, obtenida através de la aplicación rutinaria de corticosteroides y sus derivados, durante un año, en el Servicio de Oftalmología de Mujeres del Hospital General, - en el acto operatorio y postoperatorio de pacientes intervenidos quirúrgicamente por Catarata.

Se presentan 12 casos del uso de los Corticosteroides y sus derivados en la Cirugía Ocular de pacientes que fueron rigurosamente controlados, no habiendo encontrado ninguna - complicación que sea desfavorable al empleo de los mismos.

Se describe dentro del grupo de los Corticosteroides, la farmacología y fisiología de los Glucocorticoides, por - ser éstos los de mayor interés a la Oftalmología por sus efectos antiinflamatorio y antialérgico; destacándose dentro de los Glucocorticoides más recientes: la Metilprednisolona, Dexametasona y Triamcinolona, por ser mucho más potentes en su efecto antiinflamatorio que la cortisona y la hidrocortisona.

En el presente estudio se emplearon en dos grupos de ----

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES:

Del estudio de esta serie de pacientes, llegamos a --
las siguientes conclusiones:

- 1o. El uso de los Corticosteroides y sus derivados en la Cirugía Ocular, es aconsejable, salvo que haya contraindicaciones Médico-quirúrgicas.-
- 2o. El efecto anti-inflamatorio y antialérgico de los Corticosteroides y sus derivados es beneficioso en esta clase de intervenciones.-
- 3o. No hemos encontrado complicaciones hipertensivas o retardo de la cicatrización.-
- 4o. El uso preferencial de los corticosteroides y sus derivados por vía local nos parece adecuado y suficiente en las operaciones oculares.-

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ellis, Philip P. & Donn L. Smith. Handbook Of Ocular Therapeutics And Pharmacologi. Salt Louis, C. V. Mosby Company, 1963. pp. 20-7.
- 2.- Gaddum, J. H. Farmacología, tratado moderno....Barcelona, Ed. Reverté. 1955 pp. 47-69.
- 3.- Goodman, Louis S. & Alfred Gilman. Bases farmacológicas de la terapéutica. 2a. ed. México. Uteha, 1957 pp. 1858-1914.
- 4.- Guatemala. Hospital General. (Archivos del Hospital General; 1964-65).
- 5.- Lederle Laboratories. Estudios seleccionados sobre la terapéutica con Esteroides. N. Y. Cyanamid Internacional. A division Of American Cyanamid -- Company. (s. f.) 31 p.
- 6.- Monson Malice, Carlos Manuel. Manual de Terapéutica - Farmacológica. Guatemala. Ed. Escolar Piedrasanta. 1958. pp. 152-171.
- 7.- Nano, Héctor M. y Humberto A. Pérez. Uveitis. Buenos Aires, Librería L. V. Zanetti, 1962. pp.

301-309.

8.- Gay, Leslie N. Experiencias con los esteroides en el tratamiento del asma bronquial y de afecciones oculares. The West Virginia Medical Journal 54 - (2); Febrero 1958. (Aparecido en Notas Médicas 13 (2) pp. 38-46. Febrero 1959.

9.- Testut, L. y Latarjet. Compendio de Anatomía Descriptiva. 22ava. ed. Barcelona, Salvat Ed. 1959. pp. 556-561.

10.- - - - -

Tratado de Anatomía Humana. Vol. 111. Meninges-sistema Nervioso Periférico, Organos de los Sentidos.....9a. ed. Barcelona, Salvat, Ed. 1959. pp. 702-729.
