

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA**

IRIDECTOMIA PERIFERICA EN OPERACION DE CATARATA

TESIS

**PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS POR EL BACHILLER GUILLERMO ESCOBEDO
CASTILLO, EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA COMO MEDICO Y
CIRUJANO.**

**ASESOR: DOCTOR WELLINGTON AMAYA A.
REVISOR: DOCTOR JOSE MIGUEL MEDRANO**

GUATEMALA OCTUBRE DE 1965.

INDICE

INTRODUCCION	Página No. 1
ANTECEDENTES	Página No. 2
ANATOMIA	Página No. 3
FISIOLOGIA	Página No. 9
OBJETIVOS	Página No. 11
MATERIAL Y METODOS	Página No. 11
a) INSTRUMENTAL	Página No. 11
b) METODOS QUIRURGICOS	Página No. 11
CLASIFICACION EN GENERAL	Página No. 13
A- Primero Iridectomía	
Segundo Iridotomía	
Tercero Iridodíalisis	
B INDICACIONES	Página No. 14
RESULTADOS	Página No. 17
DISCUSION	Página No. 17
SUMARIO	Página No. 17
APENDICE	Página No. 18
BIBLIOGRAFIA	Página No. 26

INTRODUCCION

La cirugía del iris en la operación de catarata ha de tener como finalidad primordial establecer una comunicación periférica y permanente entre la cámara posterior y anterior, en la zona correspondiente a la incisión, con el fin principal de evitar el prolapso del iris y las consecuencias del bloqueo pupilar. Fué Albert Von Mooren en 1864 quién añadió la iridectomía a la operación de la catarata. (1)

No existiendo una comunicación periférica entre ambas cámaras, en un normal, en el operado si es necesario, porque es posible que la incisión filtre en el período post-operatorio, haciendo por tal motivo menos profunda la cámara anterior y el iris, de acuerdo con la dinámica del humor acuoso tiende a aplicarse sobre la zona que filtra y a formar sinequias. Un grado más avanzado sería la incarceration de la base del iris y en un último término, la hernia del mismo. Esto no sucede si se practica una iridectomía periférica, puesto que el humor acuoso pasa libremente a través de la iridectomía y el iris se mantiene separado de la incisión. Es más en el post-operatorio la pupila puede quedar bloqueada por una hernia del vitreo hacia la cámara anterior, especialmente si la hialoides está íntegra. En este caso si no existe iridectomía periférica el humor acuoso pasa con dificultad hacia la cámara anterior y se puede producir su aplastamiento y un bloqueo del ángulo con glaucoma secundario. (3)

Por otra parte, si ha quedado afre en la cámara anterior, este puede producir un bloqueo pupilar imposibilitando la circulación del humor acuoso. Esto no ocurrirá si se ha practicado una iridectomía periférica y esta se mantiene permeable. Finalmente la iridectomía periférica puede corregir una hipertensión ocular a la vez que se opera la catarata o bien estar destinada a evitar el estallido del esfinter en determinados casos o extirpar sinequias extensas (6)

Por lo tanto, se considera que la cirugía del iris tiene una máxima importancia en la operación de catarata.

ANTECEDENTES

La Iridectomía es un tiempo operatorio que fundamentalmente se emplea con el objeto de evitar complicaciones hipertensivas secundarias.

Diferentes autores: Vial D, Moema, Kency, Joaquín Barraquer etc. han insistido sobre la importancia desde el punto de vista operatorio de la catarata, y de la dinámica del humor acuoso. (8)

En Guatemala se emplea de rutina, siendo excepcional que no se realice quizá en ocasiones por dificultades técnicas.

El Doctor Wellington Amaya A. presentó en el Congreso Médico en Noviembre de 1964 una comunicación referente a los resultados de la Iridectomía Periférica en la cirugía de la catarata. El autor considera los resultados altamente satisfactorios, y lo aconseja en todos aquellos casos en que la indicación operatoria lo determine.

Fuera de este trabajo no se encontró otra publicación en nuestro medio.

ANATOMIA DEL IRIS

El iris es una membrana de color, saturada en la cámara anterior detrás de la córnea inmediatamente delante del cristalino. Su nombre deriva de la comparación entre sus tintes variables y matizados y los de la banda del Arco Iris. (13)

FORMA Y DIMENSIONES

El iris es una membrana discoidea que presenta en un centro un agujero circular móvil: La pupila e inserto por otra parte, por su circunferencia mayor, en la línea de la unión de la esclerótica con la córnea. Mide de 12 a 13 milímetros de diámetro, con un espesor que varía de 0.3 a 0.6 milímetros; siendo menor en la inserción periférica que en el borde pupilar. En un corte transversal el iris tiene la forma de una maza cuyo ensanchamiento corresponde a la pupila. Constituye el diafragma del aparato óptico.

ESTRUCTURA DEL IRIS

El iris tiene un espesor aproximado de 300 micras esta constituido por un tejido propio: el estroma, cubierto por delante del lado de la cámara anterior por un endotelio y por detrás por el epitelio posterior retinal.

A) El estroma es de naturaleza mesodérmica, contiene fibrillas laxas no agrupadas en fascículos, más numerosas alrededor de los vasos. La presencia de fibras elásticas es puesta en duda por numerosos autores. Entre los vasos, particularmente numerosos y en medio del tejido propio se encuentran: (2)

1o. cromatóforos

2o. células

3o. un músculo liso: el esfínter

4o. nervios.

Los cromatóforos son células estrelladas cargadas de granos de pigmento, más abundantes en los rubios que en los morenos. Algunos autores hacen de estas células una especie de músculo celular difusos, y han demostrado que las superficies de

estas células están en relación directa con filetes nerviosos abundantes.

Las células-acumulaciones son las células pigmentadas desprendidas del epitelio retinal y emigradas al estroma.

El aparato muscular del iris corresponde: un esfínter y un músculo dilatador.

El esfínter del iris o pupilar, de origen ectodérmico, formado embriones lógicamente por el epitelio retinal, es un músculo dispuesto en forma de anillo aplanado que rodea la pupila. Está más próximo a la cara posterior que a la anterior. Este músculo anular constituido en el hombre por fibras lisas, no se mueve libremente en medio de un estroma de débil densidad, porque cada porción de músculo se adhiere fuertemente al tejido ambiente por vasos y trabéculas conjuntivas radiadas. Este hecho explica por qué después de resecado un segmento del iris la porción restante continúa estando animada con movimientos. Mide de 1 a 1.3 milímetros de anchura, su espesor no excede de 0.1 milímetro en el borde pupilar y llega a 0.25 milímetros en el borde opuesto. Tiene por función contraer la pupila, y llega a 0.25 milímetros en el borde opuesto. Tiene por función contraer la pupila (Fuchs, Mawas Woght). (7)

B) ENDOTELIO Está constituido por células planas de tipo seroso.

C) EPITELIO POSTERIOR . Dilatador del iris. La parte posterior del iris está constituida por una capa pigmentada que alcanza un sexto del espesor total. Es absolutamente esencial despigmentar esta capa para estudiarla histológicamente. La parte posterior está constituida por una capa epitelial, homóloga de la retina, formada por células cilíndricas cargadas de pigmento. Delante de esta hoja la capa anterior está representada esencialmente por el músculo dilatador del iris. Después de haber quitado el pigmento de la capa posterior del iris, se evidencia en esta capa un estrato de fibras-células de disposición radiada, que presenta

todas las reacciones del tejido muscular liso. Se trata de un músculo epitelial de origen ectodérmico, que se extiende hasta la circunferencia mayor del iris por su lado periférico, pero se detiene siempre del lado central a alguna distancia del borde pupilar. Este músculo dilatador, extremadamente delgado (3 micras en miosis y 6.5 micras en midriasis), es mucho más extenso que el esfínter, por eso predomina sobre este último (Magitot). Bernes ha descrito puentes de comunicación entre el músculo ciliar y este músculo dilatador. Examinaremos, al tratar de los nervios del iris, la inervación tan importante desde el punto de vista anatómico y fisiológico de los dos VASOS Y NERVIOS DE LA MEMBRANA IRIDOCOROIDEA:

1o. Arterias. Las arterias de la membrana iridocoroides proceden de tres orígenes distintos

2o. de las ciliares cortas posteriores

2o. de las ciliares largas posteriores

3o. de las ciliares anteriores.

A) Arterias ciliares cortas posteriores: Las arterias ciliares posteriores, en número indeterminado, pero siempre muy numerosas (siete u ocho por término medio) atraviesan la esclerótica alrededor del nervio óptico y llegan así a la lámina fusca. Prosiguiendo entonces su trayecto corren en sentido meridiano entre la esclerótica y la coroides y van a ramificarse en esta última (arteria corioidea) desde su parte posterior hasta la ora serrata. Estas arterias forman, como hemos visto antes, un plano intermedio entre la capa de los capilares, que están situados debajo de ellas y la capa de las venas, colocadas más superficialmente.

Durante su trayecto las ciliares cortas posteriores emiten algunos ramos para la cara interna de la esclerótica.

Al atravesar la esclerótica algunas de las arterias ciliares cortas posteriormente suministran varias colaterales, que se anastomizan entre sí formando alrededor del

nervio óptico, en plano tejido escleral, un anillo arterial más o menos completo que Zinn, desde mucho tiempo había señalado con el nombre de anillo vascular escleral (círculo de Zinn) se denomina también círculo de Haller o círculo del nervio óptico.(2)

b) Arterias ciliares largas posteriores: Las arterias ciliares largas posteriores en número de dos solamente, una interna o nasal y la otra externa o temporal, atraviesan la esclerótica un poco por delante del orificio que da paso al nervio óptico. Luego marchan de atrás adelante por encima de la coroides, sin dejarle una sola rama y llegadas encima del músculo ciliar se dividen cada una en dos ramas: una ascendente y otra descendente. Estas ramas de bifurcación se anastomizan dos a dos las ascendentes hacia arriba, las descendentes hacia abajo, de manera que forman alrededor de la circunferencia del iris un círculo completo, el círculo arterial mayor del iris.

c) Arterias ciliares anteriores. Las arterias ciliares anteriores, en número variable proceden de las musculares superior e inferior, principalmente de esta última, Atraviesan la esclerótica, cerca de la inserción de los músculos rectos, llegan al músculo ciliar y van a desembocar en el círculo arterial precitado, tomando gran parte en su constitución.

d) Círculo arterial mayor del iris: El círculo arterial mayor del iris está situado alrededor de la circunferencia mayor del mismo, entre la esclerótica y el músculo ciliar. Sigue paralelamente el ecuador del eje, o dicho de otro modo la línea de unión esclero-corneal. Del círculo arterial mayor salen como arterias colaterales, tres clases de ramos:

1o. Ramos posteriores o ciliares: que se distribuyen por el músculo ciliar y los procesos ciliares.

2o. Ramos irideos, que se dirigen al iris siguiendo una dirección radial, se ramifican en su trayecto a través de esta membrana y finalmente terminan en asa en el reborde pu-

pillar.

3o. Ramos coroides: generalmente poco numerosos y muy delgados, que corren por la cara anterior del músculo ciliar dirigiéndose hacia la ora serrata y van a anastomizarse a este nivel con el extremo anterior de la red corioidea.

Según las investigaciones de Verzari, parece que existen tres redes capilares del iris, la primera, subesfinteriana, la segunda intraesfinteriana y la tercera en la capa media del iris. Verzari admite que existe un pequeño círculo vascular, arterial y venoso.

2o. VENAS: , las estudiaremos sucesivamente en el iris, en el músculo ciliar y en la coroides:

a) Venas del iris: Las venas del iris siguen en sentido inverso el trayecto de las arterias homónimas. Llegadas a la circunferencia mayor del iris se unen a los paquetes venosos de los procesos ciliares y van a engrosar con ellos la red venosa de la coroides, a la que se reúnen a nivel de la ora serrata.

b) Venas del músculo ciliar: Las venas del músculo ciliar desembocan en parte en la red corioidea. En parte también, atraviesan la esclerótica detrás y adelante para ir a derramar su contenido en las venas musculares. Se da este último grupo el nombre de venas ciliares anteriores.

Venas de la coroides: Las venas coroides, más conocidas con el nombre de vasa corioides, por razón de su disposición característica en remolino forman una tupida red situada inmediatamente debajo de la lámina fusca. Esta red venosa de la coroides va a parar a cuatro conductos voluminosos, dos superiores y dos inferiores del plano ecuatorial del ojo y se abren finalmente en las venas oftálmicas.

3o. LINFATICOS: La membrana corioidea parece estar desprovista, en el hombre por lo menos, de verdaderos vasos linfáticos. La linfa circula por ella dentro de un sistema lagunar que ha sido especialmente bien descrito por Schwalbe. (6)

La linfa del iris y de los procesos ciliares se derrama en la cámara anterior a través de un sistema de hendiduras, que existen no sólo en el contorno del iris, entre los fascículos ligeramente pectinados, sino también como ha demostrado Fuchs, a nivel del borde pupilar.

De la cámara anterior, la linfa pasa al conducto de Schlemm y de este conducto a las venas musculares.

Por lo que se refiere a la coroides, la linfa circula por hendiduras linfáticas por las vainas perivasculares que han sido señaladas alrededor de las venas por Morano y por Schwalbe. Llega primero al espacio supracoroideo de la lámina fusca luego pasa al espacio supraesclerótico o espacio de Tenon por cuatro conductos que atraviesan la esclerótica exactamente en los mismos puntos que los vasos verticales antes citados, los cuales, como es sabido, llevan a la vena oftálmica la sangre venosa a la coroides, del cuerpo ciliares y del iris.

4o. NERVIOS: Los ramos nerviosos destinados a la túnica vascular del ojo proceden de los nervios ciliares, la mayor parte de los cuales enanman del ganglio oftálmico y sólo dos o tres proceden del nasal.

Los ramos nerviosos después de haber atravesado la esclerótica, forman en la cara externa de la coroides un rico plexo, el plexo coroideo, notable por la presencia de gran número de células ganglionares, dispuestas a lo largo de sus trabéculas.

En el iris. los fascículos nerviosos terminan en los vasos (fibras vasomotoras) en las fibras musculares (fibras motoras), en el estroma iridiano y en la cara anterior del iris (fibras sensitivas). (6)

FISIOLOGIA DE LA PUPILA:

El iris contiene dos capas de fibras musculares lisas; la anterior dispuesta circularmente de tal modo que actúa al contraerse como un esfínter; mientras que la posterior se dispone en forma radial, extendiéndose desde la inserción del iris al borde de la pupila, de tal forma que su contracción produce la apertura de la pupila.

Existen reflejos pupilares en las dimensiones de las pupilas en las siguientes condiciones: a) Constricción o dilatación en respuesta a cambios de intensidad de la luz (reflejo de la luz)

Cuando penetra la luz en el ojo normal la pupila correspondiente se contrae con rapidez; esta es la reacción pupilar directa. Aunque se mantengan en la sombra, la pupila del lado opuesto también se contrae, esta es la respuesta llamada reacción pupilar consencual o indirecta depende de fibras que cruzan hasta el centro constrictor de la pupila del lado opuesto.

b) La constricción se produce como parte de un mecanismo de acomodación a la visión próxima (reacción pupilar de acomodación). Va acompañada de convergencia de los ojos y acomodación del cristalino. Estas tres reacciones se agrupan bajo el nombre de reflejos de aproximación o de acomodación.

c) La dilatación de la pupila se produce después de estimular la piel del cuello (reflejo cilioespinal)

d) La irritación del párpado o de la conjuntiva produce dilatación seguida de constricción de ambas pupilas (reflejo oculosensitivo). Las fibras aferentes de este reflejo se hallan en la rama oftálmica del nervio trigémino.

e) La oclusión de los párpados o un esfuerzo para cerrarlos mientras se mantienen abiertos forzosamente, origina ligera constricción de la pupila (reflejo orbicular o de los párpados).

Puede producirse dilatación pupilar en el curso de ciertos estados emocionales por ejemplo: el miedo etc. (6)

Como consecuencia de un dolor agudo o de un sonido brusco, la pupila es extraordinariamente sensible a este último tipo de estímulo, responde con dilatación a los sonidos de diferentes alturas o intensidad mínima de percepción.

g) Finalmente, la estimulación de receptores laberínticos produce cambio en el diámetro de la pupila. Así por ejemplo: La rápida rotación del cuerpo sobre su ojo mayor produce dilatación pupilar y cambios bruscos de su diámetro (Hippus).

OBJETIVOS

El objeto del presente trabajo es:

Primero: difundir los beneficios que se obtienen con la aplicación de éste método

Segundo: Insistir en la rutinaria aplicación del método en todos los pacientes operados, comprobando los beneficios de la Iridectomía.

MATERIAL Y METODOS:

A) Material Instrumental: Además del Instrumental usado en la cirugía de la catarata hemos de mencionar como íntimamente necesario las pinzas de la Iridectomía de José I. Barraquer, las de Grill, o de Kazin. etc. y las tijeras para Iridectomía de Castroviejo de Weker, Weker-Barraquer etc. (9)

Este método ha sido realizado en los pacientes intervenidos de extracción de catarata en la sala de oftalmología de mujeres del Hospital General desde 1959.

B METODOS QUIRURGICOS:

A pesar de que algunos cirujanos la ejecután después de la extracción del cristalino, es más fácil y más prudente practicarla antes. Otros prefieren que esté situada entre los puntos de sutura y no debajo del punto central; otros practican dos, una a cada lado de este punto. Lo importante es que esta Iridectomía esté situada en la misma base del iris, puesto que si no sucede así pierde su función en la dinámica del humor acuoso.

Para lograrlo con el pincel de pelo de Marta, se deprime el iris hacia el área pupilar a nivel del meridiano de las 12 horas. El mismo pincel mantiene entreabierta la incisión corneal de forma que puede verse directamente la base del iris, la cual se coge con la pinza Colibrí, y después levantándola ligeramente hasta que se sitúe entre los labios de incisión, se seccione a ras de pin-

za en un sólo tiempo y con la tijera de Weker-Barraquer. De esta forma la Iridectomía resulta pequeña regular y basal. Una vez practicada la Iridectomía hay que asegurarse de la perfecta reducción del iris y de los pilares del coloboma, para lo cual puede servir de orientación la posición aspecto, forma y simetría de la pupila y de la Iridectomía. Luego se procede a la extracción del cristalino, comprobando antes que no existe adherencias entre la raíz del iris y alguna zona de la incisión por interposición de algún coágulo hemático o fibrinoso. (15)

CLASIFICACION EN GENERAL

En general casi todas las operaciones sobre el iris consisten en iridectomías o iridotomías. (1 -10

PRIMERO IRIDECTOMIA: Consiste en extirpar un fragmento del iris; resecando todas las capas: endotelial, estroma y epitelial o pigmentaria. La iridectomía puede ser:

- a) Periférica, llamada también basal.
- b) En sector o radial, impropriamente llamada total (Iridectomía total indicaría la excisión total del iris)

En la iridectomía periférica se extirpa únicamente un pequeño fragmento del iris. Como su nombre lo indica se realiza en la periferia o base del iris, el esfínter se respeta siempre.

En la iridectomía en sector se extirpa un fragmento completo del iris delimitado por dos secciones radiales que van desde el borde-de-libre a la raíz.

SEGUNDO IRIDOTOMIA: Consiste en practicar un corte en el iris que comprenda sus tres capas. La iridotomía puede ser:

- a) IRIDOTOMIA: Periférica o basal: que se realiza cerca de la base del iris paralelamente al limbo escleroconeal, es decir, transversal a las fibras del iris.
- b) IRIDOTOMIA RADIAL: que a su vez puede ser parcial o esfínterectomía y total.

La iridotomía radial se ejecuta a partir del esfínter en la dirección de cualquier meridiano, según interese. Es recomendable en ciertos casos (catarata complicada). La iridotomía inferior que se practica en el meridiano de las seis horas.

TERCERO IRIDODIALISIS: Consiste en desincertar la raíz del iris a un determinado nivel para crear una comunicación periférica entre ambas cámaras acuosas.

INDICACIONES:

Iridotomía Periférica: en la cirugía de la catarata no complicada, la iridotomía basal que no deforma la pupila y que pasa desapercibida a un examen superficial, es de elección.

Una iridotomía Periférica es suficiente para establecer una buena comunicación entre la cámara posterior y la anterior. En caso de incisión irregular o demasiado escleral, deberá practicarse otra iridectomía a este nivel, para evitar la formación de sinequias anteriores.

Iridectomía en Sector: En la cirugía de la catarata complicada, en que el iris es rígido como consecuencia de una inflamación inferior y de los restos de sinequias y membrana pupilar adherentes al esfínter, la dilatación pupilar que se consigue mediante fármacos puede ser insuficiente. La práctica de una iridectomía en sector, en cambio, facilita notablemente la extracción. En pacientes que han padecido de un desprendimiento de retina o en los que se teme encontrarlas detrás de la catarata o que tiene una predisposición al mismo estaría indicada la iridectomía en sector, que permite un examen oftalmoscópico más perfecto.

La iridectomía en sector es así mismo aconsejable en los casos de iris atrófico, flácido con el objeto de evitar la formación de sinequias anteriores; esto sucede en casos traumáticos y también en globos que han sufrido repetidos ataques de glaucoma por cierre angular.

En pacientes afectados de glaucoma y catarata, es aconsejable la iridectomía periférica en lugar de en sector como se ha preconizado.

Cuando el cristalino está subluxado o luxado, la iridectomía puede hacerse en sector o periférica.

Si nos encontramos ante un caso de lente plana y dura y la pupila no esta dilatada puede ser conveniente la iridectomía en sector para facilitar la extracción. Lo mismo puede suceder si el cristalino es muy grande. Si la falta de dilatación es debida a la rigidez del iris. deberá practicarse una iridectomía en sector, Si al iniciar la extracción del cristalino se rompe la cápsula y quedan gran cantidad de masas por detrás del iris, la práctica de la iridectomía en sector facilita las maniobras para completar la extracción. (11)

IRIDECTOMIA PERIFERICA: Las indicaciones son idénticas a las de la iridotomía periférica. Es conveniente realizarla por lo menos en dos meridianos: a las 11 horas y a la 1 hora para facilitar el pase del humor acuoso. Sus inconvenientes son los siguientes:

Su realización es más fácil pero durante ella puede lacerarse la cápsula del cristalino. Al seccionar el iris se puede con mayor facilidad dejar intacta la capa pigmentaria, y la iridectomía seria no perforante, y por tanto, ineficaz.

Puede ocluirse fácilmente en el Post-Operatorio, especialmente si la incisión no se ha practicado transversalmente en las fibras del iris. (3)

En la iridectomía, el fragmento que se toma con la pinza es extirpado; en cambio en la iridotomía esta porción de iris, algo traumatizada, se deja en el interior del globo.

Los partidarios de la iridotomía abogan en su favor que es menos visible y mutila menos el iris. Sin embargo, una iridectomía periférica, si es pequeña y basal, pasa desapercibida.

IRIDECTOMIA RADIAL: En los casos de rigidez pupilar, una pequeña iridectomía radial facilita la extracción. En pacientes mayores de 60 años, portadores de cataratas no complicadas, si la pupila no esta bien dilatada es aconsejable la prác-

tica de una iridectomía radial (parcial) a las 6 horas que facilitará el paso del cristalino a través de la pupila (episiotomía). Si no se realiza al efectuar la extracción puede producirse una rotura irregular o estallido del esfínter iridiano, rígido por la edad. (11)

La iridectomía radial está indicada en pacientes con un pequeño leucoma central y que por sus condiciones (ojo único por ejemplo) no sean subsidiarios de una queratoplastia.

También está indicada en los casos de pupila desplazada por sinequias, atrofia etc.

RESULTADOS

En la Sala de Oftalmología de Mujeres del Hospital General los resultados han sido satisfactorios, se ha evitado de éste modo la aparición en lo posible de complicaciones glaucomatosas que pudieran deberse a la falta de la iridectomía.

Se ha empleado la iridectomía periférica por considerarla suficiente en la operación de catarata, y por conservarse el esfínter pupilar íntegramente.

DISCUSION

Por ser un trabajo inicial se ha considerado que los porcentajes y promedios son relativamente recientes dejándolo para una futura ocasión los resultados definitivos.

Comparativamente los casos operados con Iridectomía Periférica y con Iridectomía en Sector son prácticamente lo mismo. Sin embargo, hay que tener presente que si no se efectúa, este punto operatorio (parcial o en sector) la aparición del glaucoma secundario es mucho más frecuente. Por lo tanto preconizar éste tiempo operatorio es simplemente buscar mejores resultados .

La Iridectomía Periférica además de los hechos ya mencionados anteriormente, permite la estética que en una persona joven es de suma importancia.

SUMARIO

El presente trabajo se ha practicado en las pacientes de la Sala de Oftalmología de Mujeres del Hospital General habiéndose revisado 20 casos operados con diagnóstico de Cataratas Seniles en los que se practicaron rutinariamente la Iridectomía Periférica. Creemos que la ventaja estética aún percibida por los pacientes es un factor que nos induce a practicarla con más regularidad.

CONCLUSIONES

Al final de este trabajo se llegaron a las siguientes conclusiones.

PRIMERO: La Iridectomía parcial o en sector debe realizarse en toda extracción intracapsular del cristalino.

SEGUNDO: Este tiempo operatorio evita complicaciones de carácter hipertensivo intra-ocular generalmente en los operados de catarata.

TERCERA: La Iridectomía en sector en la Operación de elección en los pacientes que presentan o han presentado con anterioridad manifestaciones hipertensivas intra-oculares.

CUARTO: La Iridectomía debe practicarse preferencialmente en pacientes jóvenes salvo contraindicación médica quirúrgica.

APENDICE

Presentación de veinte casos clínicos, descritos en las páginas siguientes.

CASOS CLINICOS

CASO No.UNO

T.M.F. de 74 años de edad originaria de Chiquimulilla

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. 20/200

DIAGNOSTICO: Catarata Senil O.D.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.DOS

R.G. de M. de 70 años de edad, originaria de Aldea Jocones

AGUDEZA VISUAL: O.D. 20/200

O.I. Afáquico

DIAGNOSTICO: Catarata Senil en evolución en O.D.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata en O.D.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.TRES

M.A.M. de 65 años de edad, originaria de Zacapa

AGUDEZA VISUAL: O.D. cuenta dedos 15 cm.

O.I. 20/70

DIAGNOSTICO: Catarata senil O.D.

TRATAMIENTO : Extracción de catarata O.D.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO. CUATRO

L.G.G. de 74 años de edad, originaria de Zacapa

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. 20/200

DIAGNOSTICO: Catarata Senil del O.D.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata en O.D.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO No. CINCO

M.V.M. de 63 años de edad, originaria de Santa Lucia Cotz.

AGUDEZA VISUAL : O.D. 20/400

O.I. 20/100

DIAGNOSTICO: Catarata senil O.D.

TRATAMIENTO: Extracción Catarata O.D.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO No.6

V. de L.C.B. de 76 años de edad, originaria de Coban

AGUDEZA VISUAL: O.D. 20/200

O.I. 20/200

DIAGNOSTICO: Catarata senil bilateral

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO. SIETE

P.T.S. de 83 años de edad, originaria de Jutiapa

AGUDEZA VISUAL: O.D. C.D. 3 metros

O.I. enucleado

DIAGNOSTICO: Catarata Senil O.D.
TRATAMIENTO: Extracción de Catarata O.D.
Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO. OCHO

E.F.S. de 70 años de edad originaria de Jutiapa

AGUDEZA VISUAL: O.D. cuenta dedos 0.5 mts.

O.I. cuenta dedos 3 mts.

DIAGNOSTICO: O.D. Afáquico O.I. catarata Senil

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.I.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO No. NUEVE

L.C. F. de 57 años de edad originaria de Zacapa

AGUDEZA VISUAL: O.D. Cuenta dedos 1 mt.

O.I. Cuenta dedos 4 mts.

DIAGNOSTICO: O.D. Afáquico

O.I. catarata Pterigiones internos bil.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.I.

Cirujano Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO. DIEZ

E.R.H. de 64 años de edad originaria de Salamá

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. Proyección Luminosa

DIAGNOSTICO: Catarata bilateral

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D. y posteriormente en O.I.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.ONCE

E.R.Z. de 19 años de edad, originaria de Santa Rosa

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. Proyección Luminosa

DIAGNOSTICO: Catarata congénita de ambos ojos

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D. y posteriormente en O.I.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO No.DOCE

R.G.M. de 38 años de edad, originaria de Chiquimulilla

AGUDEZA VISUAL: O.D. cuenta dedos 3 mts.

O.I. cuenta dedos 2 mts.

DIAGNOSTICO: Catarata congénita bilateral

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.I. Pendiente, Intervención O.D.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.TRECE

M.V.DE U. de 60 años de edad, originaria de Zacapa

AGUDEZA VISUAL: O.D. percepción luminosa

O.I. 20/200

DIAGNOSTICO: O.D. glaucoma crónico y catarata secundaria

O.I. catarata en evolución

TRATAMIENTO: Operación de Forte O.D. Extracción de catarata O.I.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.CATORCE

E.G. de S. de 78 años de edad, originaria de esta Capital

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. Proyección Luminosa

DIAGNOSTICO: Catarata luminosa senil bilateral

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D., posteriormente extracción
catarata O.I.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.QUINCE

L.M. de M. de 57 años de edad, originaria del Petén

AGUDEZA VISUAL: O.D. cuenta dedos 3 mts.

O.I. 20/30

DIAGNOSTICO: O.D. catarata en evolución

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.DIEGISEIS

P.S. de M. de 72 años de edad originaria de esta capital

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. 20/200

DIAGNOSTICO: Catarata senil O.D.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.DIECISIETE

G.C.Q. de 49 años de edad originaria de Joyabaj

AGUDEZA VISUAL: O.D. 20/20

Continuación CASO No.DIECISIETE

D.I. Proyección Luminosa

DIAGNOSTICO: Catarata O.I.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.I.

Cirujano:Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.DIECIOCHO

D.M. de M. de 73 años de edad originaria de Aldea Lo de Reyes

AGUDEZA VISUAL: O.D. Proyección Luminosa

O.I. 20/200

DIAGNOSTICO: Catarata Senil O.D.

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.D.

Cirujano:Dr. Wellington Amaya A.

CASO No.DIECINUEVE

M.Del C.H. de). de 47 años de edad originaria de Patzún

AGUDEZA VISUAL: O.D. cuenta dedos 1 mt.

O.I. cuenta dedos 2 mts.

DIAGNOSTICO: O.D. afáquico O.I. catarata diabética

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.I.

Cirujano:Dr. Wellington Amaya A.

CASO NO.VEINTE

P.M. de M. de 76 años de edad originaria de Antigua Guatemala

AGUDEZA VISUAL: O.D. cuenta dedos 30 cms.

O.I. Percepción Luminosa

DIAGNOSTICO: O.D. Afáquico

O.I. catarata senil

TRATAMIENTO: Extracción de catarata O.I

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

BIBLIOGRAFIA

- 1o. Arruga H. Cirugia Ocular, Barcelona, Salvat Ed., 1946. pp. 154-189.
- 2o. Barber, A.N. Embriology of the Human. Eye. St. Louis, Mosby.
1955. pp. 158-213.
- 3o. Barraquer José Ignacio. Incision and suture in Cataract Operations Arch.
Soc. Amer. Ophthalm Optom. 3: 181-209. 1961.
- 4o. Babel, J. L' Iridectomie Sous l' angle de l' anatomie, de la physiologie
et de la pathologie. An. Inst. Barraquer (Barcelona) 3: 137-145
1962.
- 5o. Castroviejo, R. Handling of eyes with vitreous prolapse following cata-
ract extraction. Amer, J. Ophthal. 48: 397-399, 1959.
- 6o. Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana, 40avo. Grana-
da, 1962. La extracción intracapsular del cristalino. Joaquín
Barraquer.
- 7o. Dejean, Ch. Arthers. L' Embrologie de L' Oeil et. sa. Teratologie,
Paris, Masson, 1958. pp. 233-263.
- 8o. Irvine, S. R. Vitreous changes before and after cataract extraction.
En Maik, G. M.: Symposium on Diseases and Surgery of the
Lens. St. Louis, Mosby. 1957. 166- 184
- 9o. Katzin, H. M. Instrumentation in ophthalmic. Surgery II curso Interna-
cional de oftalmología. 2: 27-70. 1958.
- 1o. Keeney. A. H. Classification and surgical techniques in Iridectomy. Ames
J. Ophthal. 51: 261-264. 1961.
- 11o. Roper Hall, M. J. Indications for radial iridotomy in cataract surgery

An. Instituto Barraquer 3: 153-164. 1962

12. Strampelli, B. Operazioni endoculari a camera anteriore permanentemente piena di aria *Revista Ospedaliera*. pp. 43-59
11 Dicembre 1957.
13. Testut, L. A. Latajet *Tratado de Anatomía humana*. 9a. edición
Barcelona Salvat 1961. pp. 586-603.
14. Vall, D. *The Techniques and mechanics of the Lens*, St. Louis,
Mosby. 1957. pp. 102-129.