

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"POSTOPERATORIO EN LA CIRUGIA DE CATARATA"  
(Estadística y Evaluación de 66 Casos)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos

Por

MANOLO ALFONSO FIGUEROA URREA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Marzo de 1969.

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANATOMIA DEL POLO ANTERIOR DEL OJO
- III. PREOPERATORIO
- IV. TECNICA QUIRURGICA
- V. POSTOPERATORIO NORMAL:
- VI. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
- VII. RESULTADOS
- VIII. DISCUSION
- IX. APENDICE (Casos)
- X. SUMARIO
- XI. CONCLUSIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

El trabajo a desarrollar tiene el objeto de dar a co  
necer los tratamientos que se efectuán como postoperatorios  
en la Sala de Oftalmología de Mujeres del Hospital  
General de Guatemala.

La cirugía de la catarata, ha obtenido abundantes  
progresos por lo que ahora ya debe constituir una modalidad  
operatoria que deben tener presente los especial  
listas que se dedican a la cirugía oftálmica.

Los métodos de la extracción de la catarata (ventol  
sas y pinzas y actualmente la crioextracción) son adel  
tantes que requieren conocimientos que han logrado --  
una superación muy avanzada en la cirugía de la catara  
ta. En trabajos anteriores se han descrito con especialidad  
las técnicas, modalidades de sutura e instrumentos;  
pero en esta Tesis hemos desarrollado con especialidad  
el postoperatorio, porque no debemos olvidar

que a una intervención quirúrgica delicada, debe seguir un postoperatorio que en la posibilidad debe ser normal para no malograr el éxito quirúrgico.

Es alentador saber que en el Hospital General de Guatemala, los resultados al realizar la estadística, sean altamente satisfactorios y que se insista tanto en la técnica quirúrgica como en los pre y postoperatorios, de los pacientes logrando con esto una superación en la Cirugía Oftalmológica.

## ANATOMIA DEL POLO ANTERIOR DEL OJO

A- Esclerótica: Es una membrana fibrosa, que constituye aproximadamente los cinco sextos posteriores de la túnica externa del ojo.

### I. Forma y Dimensiones:

Considerada desde el punto de vista de su forma, la esclerótica es un segmento de esfera hueca, cuyo radio mide 11 ó 12 mm. Su espesor, muy variable según las regiones, es de un milímetro por detrás; de 0.6mm. por delante y de 0.4mm. a 0.5mm. en su parte media.

### II. Peso:

Se considera que el peso promedio de la esclerótica es de 1.167 gramos.

### III. Relaciones:

La esclerótica, como hemos dicho, es un segmento de esfera hueca, atravesada en su parte posterior, por el nervio óptico y ampliamente abierto en su parte anterior para recibir la córnea. Podemos pues consi-

derar en ella dos superficies, una exterior y otra inferior, y dos aberturas, una anterior y otra posterior.

a) Superficie exterior: La superficie exterior, convexa, corresponde a la superficie anterior o cóncava de la cápsula de Denon, de la que está separada por una serosa tabicada por donde circula la linfa (espacio supraesclerótico o espacio de Denon).

b) Superficie Interior: La superficie interior de la esclerótica es cóncava y presenta una coloración morena, que contrasta claramente con la de la superficie precedente. Esta superficie se corresponde en toda su extensión con la coroides, a la que está unida.

c) Abertura Posterior: Lámina cribosa. La apertura posterior, destinada a dar paso al nervio óptico. Está situada a 4 mm. por dentro y a 1mm. por encima de este polo.

d) Abertura anterior: Conducto de Schlemm. La apertura anterior, destinada a recibir la córnea transparente.

A nivel de la línea de soldadura esclero-corneal y la porción posterior de esta línea se encuentra un pequeño conducto conocido con el nombre de Conducto de Schlemm.

#### IV. Vasos sanguíneos y linfáticos:

Las arterias propias de la esclerótica proceden de las ciliares cortas posteriores y de las ciliares anteriores.

La esclerótica no tiene vasos linfáticos propiamente dichos, la linfa circula en ella por el sistema de láminas o espacios linfáticos.

#### V. Nervios:

Los nervios de la esclerótica provienen de los nervios ciliares. Se distinguen entre ellos, nervios sensitivos, tróficos y vasomotores.

B - Córnea: La córnea es también una membrana fibrosa, que constituye la prolongación anterior de la esclerótica. Representa aproximadamente el sexto de la túnica externa; la esclerótica representa los cinco sextos. Se diferencia esencialmente de la esclerótica por su transparencia, que permite que los rayos luminosos la atraviesen; la córnea es a la vez para el globo ocular, una membrana envolvente y un medio refringente.

1.) Forma y dimensiones: Aunque es esférica, como la esclerótica, forma una eminencia delante de ésta última membrana, lo cual indica que su radio de curvatura es menor que el de la esclerótica.

Su espesor no es enteramente uniforme, alcanza en el adulto un milímetro en la región periférica y 0.8mm. solamente en la región central. El índice de refracción de la córnea transparente es de 1.33 a 1.35.

2.) Relaciones: La Córnea según acabamos de ver, es un segmento de esfera hueca. En ella hay que considerar: primero dos caras, una anterior y otra posterior; y segundo: una circunferencia.

a) Cara anterior: La cara anterior convexa está en contacto con la atmósfera cuando los párpados están separados y con la conjuntiva palpebral cuando éstos velos membranosos se aproximan y se ponen en contacto con otro.

b) Cara posterior: La cara posterior cóncava limita por dentro la cámara anterior del ojo, y por lo tanto se encuentra continuamente bañada por el humor acuoso. Es regularmente circular y mide 13 mm. en todos sus diámetros.

c) Circunferencia: La circunferencia de la córnea o limbo corneal, engastada en la abertura anterior de la esclerótica, presenta exactamente la misma configuración que esta abertura. Se halla cortada en bi-

sel, a expensas de sus láminas anteriores. Además -  
este bisel, como hemos visto en dicha abertura, es --  
más acentuado por arriba y por abajo que por fuera y -  
por dentro.

3.) Constitución: Considerada desde el punto de vis-  
ta de su constitución anatómica, la córnea trans-  
parente se compone de cinco capas, que son pre-  
cediendo de adelante a atrás:

1.- Capa epitelial anterior

2.- Lámina elástica anterior o de Bowmann

3.- Tejido propio de la córnea

4.- Lámina elástica posterior, es más conocida  
con el nombre de membrana de Descemet.

5.- Capa epitelial posterior.

4.) Vasos sanguíneos: Estos faltan completamente en  
la córnea del adulto.

5.) Vías Linfáticas: La córnea igualmente desprovista

de verdaderos vasos linfáticos.

6.) Nervios: Los nervios de la córnea son numerosos.

proceden en su mayoría de los nervios ciliares poste-  
riores. Después de haber caminado de atrás adelan-

te en el espacio supracoroideo, forman al rededor de  
la córnea un rico plexo, el plexo anular pericorneal.

C - Cristalino: El cristalino, el más importante de los me-  
dios transparentes del ojo, es una lente biconvexa co-  
locada detrás de la pupila, entre el humor acuoso de  
las cámaras del ojo, que está por delante y el cuer-  
po vítreo, que está por detrás.

a) Eje: La lente cristalino está situada casi vertical-  
mente. Su eje se confunde casi con el eje anteropos-  
terior del ojo.

b) Dimensiones: Las dimensiones del cristalino son -  
las siguientes: su diámetro mide de 9 a 10 mm.; su es-  
pesor por término medio de 4.5 mm.

c) Peso: El peso del cristalino como su volumen es -

variable según los individuos, oscila por lo común entre 20 y 25 centígramos.

d) Condiciones de equilibrio: considerada desde el punto de vista de sus condiciones de equilibrio, la lente cristalina está mantenida en posición por una membrana elástica, llamada Zona de Zinn, o también se le denomina Zonula de Zinn. Esta membrana como veremos más adelante, se implanta sobre su región ecuatorial y la une íntimamente a la parte posterior de la región ciliar. De allí el nombre de ligamento suspensorio del cristalino, del cual nos serviremos alguna vez para designar la Zona de Zinn.

e) Configuración y relaciones: El cristalino verdadera lente biconvexa, presenta, como todas las lentes : Primero dos caras, una anterior y otra posterior: y Segundo: Una circunferencia o ecuador.

I) Cara anterior, la cara anterior convexa es un seg-

mento de esfera, cuyo radio de curvatura es por término medio de 9 mm. Lisa y tersa corresponde sucesivamente, yendo de su centro hacia el ecuador, orificio pupilar y a la cámara anterior del ojo.

II) Cara posterior, la cara posterior igualmente convexa, más convexa aún que la precedente, representa también un segmento de esfera, cuyo radio de curvatura es de  $5\frac{1}{2}$  mm. a 6 mm. Está en relación directamente y en toda su extensión con el último de los medios refringentes del ojo, el cuerpo vítreo. El centro de esta cara ha recibido el nombre de polo posterior del cristalino: Un intervalo de 16 mm. lo separa de la mancha amarilla.

III) Circunferencia, o ecuador exactamente circular, resulta de la unión angular de la cara anterior con la cara posterior. Este ángulo curvilíneo, que da la separación recíproca de las dos caras del cristalino, es agudo, con el vértice ligeramente redondeado. -

Está en relación, en todo su contorno, con las fibras constitutivas de la Zonula o Zona de Zinn y también con un pequeño conducto: el Conducto Abollonado de Petit.

f) Constitución Anatómica: Un corte meridiano muestra el cristalino formado por tres elementos:

I) Una membrana, el saco capsular o cápsula.

II) Un epitelio anterior

III) Fibras cristalinas que llenan todas las cavidades del saco capsular.

D- Aparato Suspensorio del Cristalino. Zonula.

#### Definición:

Con este nombre se comprende todo un sistema de fibras, dispuestas en su gran mayoría, en sentido meridiano, que se extienden desde la región ciliar en donde nacen, hasta el ecuador del cristalino en donde terminan; las más posteriores provienen de la Ora Serrata; las anteriores tienen su origen en los proce-

sos ciliares.

Estas fibras, fibras zonulares, forman por su conjunto una especie de membrana anular o si se prefiere, una especie de anillo embraniforme que se extiende desde la Ora Serrata, hasta el ecuador del cristalino, entre la retina ciliar que está por delante y el humor vítreo que está por detrás.

E - Cuerpo Vítreo: Se da el nombre de cuerpo vítreo a esa masa transparente y de consistencia gelatinosa

que llena todo el espacio comprendido entre la retina y la cara posterior del cristalino. Ya por sí solo ocupa los dos tercios posteriores de la cavidad ocular y viene a ser de este modo el más considerable, sino el más importante de los medio refringentes del ojo.

El cuerpo vítreo, como lo demuestran claramente los cortes meridianos del ojo, ofrece en su conjunto la forma de un asteroide, deprimido en la cúpula en su parte anterior para alojar el cristalino.

Está atravesado de atrás adelante al menos en el feto por un conducto central, el Conducto Hialoideo o también llamado Conducto de Cloquet, del que hablaremos más adelante.

Desde el punto de vista de sus relaciones, el cuerpo vítreo corresponde sucesivamente de atrás adelante, primero a la retina propiamente dicha; segundo a la porción ciliar de la retina o, más exactamente, a la zónula que la cubre y, tercero a la cara posterior del cristalino.

A nivel de la retina propiamente dicha, el cuerpo vítreo se adapta sencillamente a la superficie interna de éstas membranas sin adherirseles. Lo mismo sucede a nivel del cristalino.

El peso específico del cuerpo vítreo es de 1.005. Su poder refringente es de 1.339.

El cuerpo vítreo considerado desde el punto de vista de su constitución anatómica se compone esencialmente de dos partes:

cialmente de dos partes:

- 1.) Una membrana envolvente, membrana hialoides
- 2.) Un contenido que es el humor vítreo

F - Humor Acuoso: Las dos cámaras del eje, están llenas de un líquido incoloro y perfectamente transparente, el humor acuoso. El peso específico del humor acuoso, casi igual al del agua, es de 1.005. Su poder refringente es de 1.338.

G - Cámara Anterior: Se designa con este nombre el espacio comprendido entre el iris y la córnea. Tiene la forma de un menisco plano, convexo, lleno de líquido, el humor acuoso, perfectamente transparente. El diámetro es de 12 mm. en su base, su altura es de 2.693 mm. por término medio. La cantidad de humor acuoso entre 0.15 y 0.12 centímetros cúbicos. Tiene una pared anterior que está formada por la cara posterior cóncava de la córnea. La

pared posterior esta constituida por la cara anterior del iris y la parte del cristalino que corresponde a la abertura de la pupila.

a) Circunferencia. Angulo esclero-corneal, ángulo iridocorneal. Es el punto más importante, pues los trabajos fisiológicos y patológicos ya hace -- tiempo han puesto de manifiesto que su papel funcional es de los más notables, pero tambien aún a pesar de la multitud de observaciones se ha considerado como el ángulo de filtración de la cámara anterior a la vía linfática principal del ojo. Los vasos de la cámara anterior, forman la red vascular límbica superficial. Su conjunto dibuja en los cortes meridianos una figura triangular cuya punta está en el borde de la membrana de Bowmann y en la base de la episclera.

H - Cámara Posterior: La cámara posterior tiene la forma de una cavidad anular situada detrás del

iris, su profundidad es de 0.4 a 0.6 mm. Su anchura varia con el estado de contracción de la pupila, es mayor en la miosis. Se pueden considerar en ella: dos paredes y dos circunferencias.

- a) La pared anterior: plana o ligeramente cóncava, está representada por la cara posterior del iris.
  - b) La pared posterior: convexa, está formada primero por la cara anterior del cristalino y luego hacia afuera, por la porción libre de la Zona de Zinn, y como hemos visto, viene a insertarse en esta cara.
- Circunferencia. Las dos circunferencias de la cámara posterior, se distinguen en mayor y menor.
- c) La circunferencia menor resulta del contacto del borde pupilar del iris, con la cara anterior del cristalino.
  - d) La circunferencia mayor está formada por la parte flotante o base de los procesos ciliares.

PREOPERATORIO

- 1.- Nada P.O. desde las 20 horas del día anterior.
- 2.- Enema evacuador a las 20 y 6:00 horas A.M.
- 3.- Acetazolamida (Diamox), 500 miligramos P.O.-  
T.I.D.
- 4.- Meprobanato (Ecuamil), 400 miligramos, P.O. a  
las 20 y 6:00 A.M. horas.
- 5.- Colirio antibiótico Q.U.I.D. y a las 6:00 A.M.  
horas, en ojo a operar.
- 6.- Colirio midriático (Atropina, fenilefrina, mydria-  
cil, etc.).
- 7.- Sedación preoperatoria, media hora antes de la -  
operación (actualmente usamos la asociación Fe-  
nergan-Largactil o Dihidro-benzoperidol 2 cc. me  
dia hora antes de la operación).
- 8.- Vitamina C, 500 miligramos I.M.
- 9.- Vitamina K, 20 miligramos I.M.
- 10- Antibióticos (según elección)

11- Recortar pestañas de ojo a operar.

12- Llevar al paciente a Sala de operaciones, previos  
controles vitales.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION  
DE LA CATARATA (Crioextraccion)

Anestesia:

Previo el análisis de cada caso, puede usarse local o general.

Técnica Quirúrgica:

Usamos sutura previa a la incisión o a cielo abierto. Colocamos generalmente 3 puntos, usando sutura seda vírgen 8 ceros con dos agujas o seda negra 6 ceros.

Iridectomía:

El tipo de iridectomía dependerá del estado de la catarata a extraer, pudiendo efectuarla total (en sector) o periférica.

Zonulolisis:

Utilizamos Alfa-Quimo-Tripcina. Se aplica en pacientes comprendidos entre los 20 y los 50 años,

siguiendo las direcciones establecidas para su uso.

Extracción del Cristalino:

Se aplica el crioextractor, que ha sido previamente enfriado sobre la cristaloides anterior por un tiempo de 5 segundos, a las 12 horas. Se extrae el cristalino adherido a la punta del instrumento, tirando hacia arriba y efectuando ligeros movimientos de zig-zag para romper en su totalidad la zónula de Zinn; la sensación táctil de rompimiento zonular es evidente, sintiendo inmediatamente la falta de resistencia. El cristalino sale a la punta del criodo.

En caso de ruptura capsular, inmediatamente ayudados por la luz de mercurio y con la pinza de restos capsulares (Barraquer, Amaya, etc.), se extraen los restos que generalmente salen íntegros, por conservar aún el endurecimiento provocado por la congelación. En caso de toma defectuosa, la instilación de solución balanceada a temperatura ambiente, es suficiente para despre-

der el criodo, que enfriado nuevamente, se vuelve a aplicar correctamente.

Terminada la extracción, con el pincel se reponen los pilares del iris y se anudan los puntos que se han colocado previamente; agregando los adicionales de acuerdo a la modalidad de cada cirujano, o según el levantamiento precoz del paciente. Finalmente se sutura la conjuntiva borde a borde.

### POSTOPERATORIO NORMAL

En la Sala de Oftalmología del Hospital General de Guatemala, rutinariamente empleamos las siguientes medidas como postoperatorios.

- 1.) Reposo en cama
- 2.) Controles vitales cada 2 ó 4 horas según indicación.
- 3.- Vitamina C, 500 miligramos I.M. por 3 ó 5 días
- 4.) Vitamina K, por indicación
- 5.) Sedación P.R.M.
- 6.) Analgésicos por dolor y antibióticos
- 7.) Dieta
- 8.) Cura local.

Se sobrentiende que no nos hemos detenido en los cuidados inmediatos después del acto quirúrgico (mióticos por instilación, corticoides subconjuntivales, ungüento, antibiótico local y vendaje vinocular) por no incluirse en esta tesis.

Reposo:

Se prescribe reposo en posición de decúbito dorsal con o sin almohada, según la preferencia del cirujano. Es conveniente pedir la colaboración del paciente para que en las primeras horas, con sedación, si es necesario permanezca en reposo. Se recomienda la no movilización de la cabeza en las primeras horas, teniendo el cuidado de la movilización de las extremidades para evitar problemas hipostáticos. En los días siguientes, la movilización será progresiva hasta obtenerla completa al tercer o quinto día, del postoperatorio. Recomendamos hacer del conocimiento del paciente, la plenitud de su colaboración para evitar complicaciones posteriores.

Controles Vitales:

Consideramos indispensable controlar en el postoperatorio:

a) Presión arterial

b) Pulso

c) Temperatura

d) Excreción urinaria

Ponemos especial cuidado en pacientes con enfermedades endócrinas (diabetes) y en éstos casos especialmente es prudente efectuar controles vitales cada 2 horas y más aún si se trata de personas hipertensas. La excreción de orina debe controlarse también rutinariamente, más aún si se trata de personas de avanzada edad.

Vitamina C.

En dosis de 500 miligramos a 1 gramo diario, facilita la secreción del humor acuoso y además favorece la cicatrización. Se recomienda de 3 a 5 días, según el estado y respuesta post-operatoria.

Creemos haber disminuído las posibilidades de aplanamientos de la cámara anterior. No acostumbramos administrarla por vía oral, para evitar estreñimiento.

to y aumento de gases intestinales.

#### Vitamina K.

De 25 a 50 miligramos por vía I.M. para evitar complicaciones hemorrágicas de la herida, de manera profiláctica, teniendo especial cuidado de retirar su administración cuando observemos una cicatrización normal de la herida operatoria.

#### Sedación:

Se utiliza naturalmente en pacientes inquietos o nerviosos. Preferimos la administración de meprobamatos, benzodiazepin (Librium, Valium, etc.), Fenotiazinas o derivados.

#### Analgésicos:

Se utilizan analgésicos de tipo Pirazolónicos, - Acido acetilsalicílico y en determinados casos administración I.M. de Demerol o analgésicos potentes, como el tipo del Dextropoxifeno, si el caso lo amerita.

La administración de éstos últimos productos mencionados, se hace por excepción, ya que pueden traer consigo complicaciones de náusea y vómitos.

#### Dieta:

Se emplea dieta líquida las primeras 24 horas, para evitar molestias de carácter gastrointestinal que podrían entorpecer un buen post-operatorio. Se acostumbra ordenar dieta blanda al segundo día y libre a partir del tercer día. Si se trata de un paciente diabético, - se consultará con el médico internista la dieta recomendable.

Seguimos este esquema de alimentación para evitar, en primer lugar un llenamiento estomacal inadecuado y segundo para que las evacuaciones intestinales - sean más moderadas.

#### Cura Local:

La rutina hospitalaria nos hace efectuar la cura local al segundo día de la intervención. Se acostumbra

bra observar cuidadosamente el estado de los párpados, conjuntiva, cicatriz operatoria, estado de la cámara anterior y de la pupila.

Debe tranquilizarse al paciente antes de la curación, explicándole que las molestias serán mínimas. La administración de Atropina al segundo día o tercero, es necesaria para obtener midriasis con lo que conseguimos evitar la formación de sinequias al vitreo y darle reposo al esfínter iridiano. La aplicación de colirios o pomadas se hará a continuación.

Respecto a la aplicación de midriáticos, no todos los autores están de acuerdo, ya que algunos relatan rupturas tardías de la hialoides.

Las curas deben repetirse cada 48 horas. El vendaje binocular se mantiene por 5 a 6 días, para permitir un mejor proceso de cicatrización. El vendaje protector del ojo operado deberá omitirse hasta el décimo a doceavo día. Controles posteriores se ha-

rán en citas periódicas.

No se debe olvidar la exploración sistemática de la córnea, brillo, transparencia y edema, etc., estado de copatación de la cicatriz, profundidad de la cámara anterior, transparencia del humor acuoso, estado del iris y de la pupila.

Ultimamente se administra de rutina, actozolamida (Diamox) en cantidades mínimas ( $\frac{1}{2}$  tableta de 250 miligramos B.I.D.), por lo que hemos encontrado que disminuye la posibilidad de complicaciones camerulares y el estado flojístico de la cicatriz.

## COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Nos referiremos únicamente a las complicaciones locales:

### 1.- Blefaroespasmó:

No se presenta con frecuencia en los pacientes intervenidos con anestesia local y akinesia (bloqueo anestésico de la rama facial del trigémino). Cuando la intervención ha sido efectuada con anestesia general, es necesario no olvidar la sedación del paciente para evitar esta molestia. En caso de persistir el dolor no controlable, es prudente examinar la región intervenida, ya que podría tratarse de un hipema o de hernia del iris. Estas complicaciones deben tratarse a tiempo.

### 2.- Hipema:

Puede presentarse a partir del segundo día con más frecuencia en pacientes inquietos o nerviosos. Se presenta con menos frecuencia cuando la incisión

es puramente corneal. La administración preoperatoria de vitamina C, vitamina K y sustancias hemostáticas, evitará esta complicación. En caso de presentarse hipema se aconseja administrar dosis altas de vitamina C y sustancias hemostáticas.

### 3.- Hernia del Iris:

Se presenta aún en casos de técnica impecable, rutinariamente instilamos mióticos (Pilocarpina al 5%), al terminar el acto operatorio. Tratándose de un miótico prácticamente inofensivo, evita la salida del iris por la incisión. El tratamiento puede intentarse en las primeras 48 horas con la ayuda de la espátula de iris y nueva sutura de la región.

Si la reducción es difícil, o si han pasado más de 2 ó 3 días, es necesario levantar el colgajo conjuntival, entreabrir la incisión, reducir la hernia y suturar nuevamente.

La cauterización con Galvanocauterío, no es aconsejada por haberse descrito casos de oftalmía simpática provocada por esta técnica.

La diatermia plana es propugnada por algunos cirujanos con éxito variable.

#### 4.- Conjuntiva en la Cámara Anterior:

Es una complicación poco frecuente si se tiene el cuidado de revisar meticulosamente la herida operatoria en los instantes de la intervención. Es necesario anestesiar al paciente para retirar el colgajo incancerado.

#### 5.- Restos Capsulares Enclavados en la Cicatriz:

Se observa en casos de ruptura capsular y puede provocar reacción local exagerada, iridociclitis e hipertensión secundaria. Se recomienda en éstos casos hacer una limpieza cuidadosa de los bordes de la herida operatoria, para evitar este problema.

#### 6.- Defectos de la Cicatrización de la Herida:

Puede deberse en primer lugar, a una mala calidad de los tejidos o a una técnica operatoria defectuosa. Debe tenerse especial cuidado en los pacientes diabéticos para evitar este contratiempo.

Deben extremarse los cuidados en la sutura, para evitar que la seda sirva de punto de drenaje, en cuyo caso habrá que retirarla. Los cirujanos que prefieren el uso de Catgut para la sutura, relatan menos complicaciones de este tipo. Con el uso de la seda virgen y de la sutura subconjuntival, han disminuído considerablemente estas complicaciones.

La administración de anti-inflamatorios, enzimas proteolíticas, diamos y vitaminoterapia, disminuyen considerablemente este problema.

#### 7.- Infección:

Es necesario no olvidar pre-operatoriamente, hacer cultivos del fluido lagrimal, en los fondos de saco conjuntivales. El cultivo y baciloscopía de la secreción

creción lagrimal evitará complicaciones infecciosas a raíz de la intervención.

El Dr. Carlos Enrique González Vermejo, en su tesis doctoral de 1963 ("Cultivo y Baciloscopia de la Secresión Lagrimal"), describe los resultados obtenidos en 200 pacientes, encontrando Estafilococo Albus y Aureus no hemolítico, el proporciones que determinarían hacer un estudio sistemático de la región a intervenir. La administración de antibióticos locales y nuevos cultivos deberán realizarse hasta obtener la negatividad de la secreción lagrimal.

Debe recordarse que focos sépticos extraorbitarios (caries dentarias, amigdalitis crónica, etc.) pueden ser causas de la aparición de infecciones postoperatorias.

El tratamiento indicado será la administración de antibióticos locales parenterales, llegando inclusive al lavado de la cámara anterior y parasetesis -

anterior; se recomienda la administración conjuntival de antibióticos.

El estudio del agente causal y de su sensibilidad a los antibióticos debe efectuarse sin pérdida de tiempo.

Si la infección ha alcanzado el vitreo, será casi imposible salvar el ojo.

Pueden emplearse anti-inflamatorios, enzimas proteolíticas, proteínoterapia, etc. agotando cualquier medio para combatir la infección y aparecen signos de panofalmitis, puede llegarse a la enucleación del ojo.

#### 8.- Cuerpos Extraños: de la cámara anterior:

Pueden encontrarse segmentos de pestañas, filamentos de algodón, grasa (debido a las pomadas), que pueden producir fenómenos irritativos.

Todo cuerpo extraño debe extraerse bajo inspección microscópica o de telelupas.

Profilácticamente se debe evitar la presencia de cuerpos extraños en la cámara anterior.

9.- Desprendimiento de la Coroides:

Esta complicación no es considerada de gravedad. Se presenta con especialidad cuando hay cierre tardío de la cámara anterior.

Generalmente se acompaña de hipotensión ocular.

El uso de midriáticos y de acetazolamida se acostumbra como tratamiento.

10- Vitreo en la Cámara Anterior:

Sobreviene por ruptura de la hialoides durante el acto quirúrgico o algunos días después. Se manifiesta por mayor reacción local y puede ser causa de hipertensión ocular. Está indicada la instilación pilocarpina si el caso lo requiere.

11.- Glaucoma Secundario:

Puede presentarse en casos de bloqueo pupilar, retraso en la formación o vaciamiento de la cámara anterior, enclavamiento del iris o de la cápsula, cicatriz deforme, etc., La administración de mióticos

y acetazolamida, se intentará como primera medida, pero si la hipertensión persiste, la indicación será suprimir la causa.

12.- Desviación Pupilar:

La pupila puede desviarse hacia los lados por ruptura de la hialoides y desplazamiento del vitreo y se presenta con especialidad en caso de iridectomía periférica.

La desviación pupilar puede ser consecuencia de sinequias posteriores, adherencias o hernias del iris.

Puede ser estacionaria o puede ser progresiva. Si la desviación es pequeña, no requiere tratamiento; pero si es exagerada, puede requerir una iridotomía transversa como tratamiento.

13.- Prolapso del Iris:

Si el iris queda enclavado en la cicatriz, además de la hernia, al llenarse de humor acuoso, forma una

prominencia quística que distiende la conjuntiva. Generalmente se presenta en casos de deficiencia orgánica, discracia o senilidad.

En caso de no producir reacción local o intolerancia, se aconseja no intervenir. En caso contrario, la diatermia plana da resultados satisfactorios. La extirpación quirúrgica debe efectuarse si se presenta hipertensión ocular o disminución progresiva de la agudeza visual.

#### 14.- Sinequias:

Se deben a iriditis ligera que se trata satisfactoriamente con el uso de midriáticos.

#### 15.- Quistes del Iris:

Generalmente se presentan en pacientes cuya intervención ha sido problemática.

Si no producen reacción local, no deben tratarse.

Pueden solucionarse drenándolos con una aguja hipodérmica o extirpándolos quirúrgicamente.

#### 16.- Queratitis Estriada:

Aparece en casos de predisposición o por maniobras no delicadas en el transcurso de la operación. Se manifiesta como opacidad corneal y puede tardar días o semanas en desaparecer.

Los rayos infra-rojos y la Dionina local, resultan útiles en este caso.

#### 17.- Queratopatía Bullosa:

Puede ser debida a traumatismo quirúrgico exagerado, incisión defectuosa, sutura no apropiada, contacto prolongado del iris con el endotelio corneal y cuerpos extraños en la cámara anterior.

El tratamiento será efectuar una técnica quirúrgica depurada, combatir la causa que la produce y en casos extremos, hacer una queratoplastia reconstructiva.

#### 18.- Desprendimiento de Retina:

Sobreviene frecuentemente en miopes y cuando ha habido pérdida de vítreo. Puede presentarse precoz o tardía-

mente.

La extracción total parece predisponer mayormente que la extracción extracapsular.

La estimación de una técnica quirúrgica depurada puede ser profiláctica.

El tratamiento del desprendimiento de retina, es semejante en todos los casos que se presentan (diatermia plana o perforante, resección escleral, frío regional, etc.).

#### 19.- Oftalmía Simpática:

Se presenta raramente y en casos de post-operatorio anormal y en pacientes con deficiencia constitucional orgánica.

Es necesaria la administración de antibióticos, anti-inflamatorios, enzimas proteolíticas, etc., y observar de cerca cualquier manifestación anormal en el ojo no intervenido. En caso necesario, la enucleación del ojo simpatizante estará indicada.

#### 20.- Hemorragia en el Cuerpo Vitreo:

Se acompaña generalmente cuando el hipema es progresivo o aparece en casos de retinopatías hemorrágicas. La absorción generalmente es lenta. Se recomienda la administración de antihemorrágicos, enzimas proteolíticas, vitamina C, vitamina K, Rutin y vitamina E.

#### 21.- Bloqueo Pupilar:

Puede ser precoz o tardío.

Las causas pueden ser: Protusión del vitreo hacia la pupila, aire obstruyendo la pupila o la iridectomía, inflamación local (sinequias irideohialoides), vaciamiento de la cámara anterior, engrosamiento de la hialoides, etc.

Como tratamiento se hace uso de midriáticos, inflamatorios, o la intervención quirúrgica (nueva iridectomía y discisión de la hialoides).

RESULTADOS:

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Total de casos intervenidos.....	66
Total de casos sin complicaciones.....	58..... 87.87%
Total de complicaciones.....	8..... 12.12%
Total.....100.%	

Complicaciones:

1.- Aplanamiento de la cámara anterior.....	3
2.- Hipema.....	2
3.- Restos capsulares.....	1
4.- Hernia del Iris.....	1
5.- Vitreo en la cámara anterior.....	1
Total..... 8	

Porcentajes (en complicaciones)

	<u>Casos:</u>	<u>%</u>
1.- Aplanamiento de la cámara anterior.....	3	4.545
2.- Hipema.....	2	3.030
3.- Restos capsulares.....	1	1.515
4.- Hernia del Iris.....	1	1.515
5.- Vitreo en la cámara anterior.....	1	1.515
Total.....		8 12.120

DISCUSION:

Hemos analizado el post-operatorio normal y las complicaciones posteriores a la extracción de la catarata. Encontramos que los exámenes complementarios, evaluación, cuidados pre-operatorios y técnicas quirúrgicas adecuadas, contribuyen a evitar problemas.

Es necesario insistir exhaustivamente, que todo lo que contribuye a una técnica impecable traerá como consecuencia el éxito de la función visual.

Debe recordarse que prevenir infecciones, traumatismos y cuidar del estado general del paciente, son condiciones que no deben olvidarse en la extracción de la catarata.

Las complicaciones post-operatorias, deben tratarse con criterio y a la mayor brevedad posible, para evitar la pérdida del órgano de la visión.

CASOS CLINICOS

Caso Clínico No. 1.-

- 1.- Historia Clínica No.20629-64
- 2.- Nombre: C.M. vda. de C.
- 3.- Edad: 67 años
- 4.- Fecha de Operación: 12-VIII-68
- 5.- Complicaciones y tratamiento: Hernia del Iris (19-VIII-68), tratada por resección y recubrimiento conjuntival,
- 6.- Fecha de egreso: 24-VIII-68.
- 7.- Resultado: Satisfactorio.

Caso Clínico No. 2.

- 1.- Historia Clínica No. 25994-57.
- 2.- Nombre: S.P.P.
- 3.- Edad: 78 años
- 4.- Fecha de Operación: 2-VIII-68
- 5.- Fecha de egreso
- 6.- Resultado: Satisfactorio

Caso Clínico No. 3.

- 1.- Hisotira Clínica No. 19461-68
- 2.- Nombre: I.E.R.
- 3.- Edad: 89 años
- 4.- Fecha de Operación: 13-XII-68.
- 5.- Fecha de Egreso: 21-XII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 4.

- 1.- Historia Clínica No. 14777-68

- 2.- Nombre: C.B.E.
- 3.- Edad: 56 años
- 4.- Fecha de operación: 14-X-68.
- 5.- Complicaciones y tratamiento: aplanamiento de la cámara anterior. Se trató con vendaje binocular y reposo.
- 6.- Fecha de egreso: 24-X-68.
- 7.- Resultado: Satisfactorio

Caso Clínico No. 5.

- 1.- Historia Clínica: No. 19378-68
- 2.- Nombre: J.S.C.
- 3.- Edad: 50 años
- 4.- Fecha de operación: 21-X-68.
- 5.- Fecha de Egreso: 29-X-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clinico No. 6.

- 1.- Historia Clínica No. 16694-68
- 2.- Nombre R.G.M.
- 3.- Edad: 58 años
- 4.- Fecha de operación: 21-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 29-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No 7.

- 1.- Historia Clínica: No. 19653-68
- 2.- Nombre: L.P.F.
- 3.- Edad: 43 años
- 4.- Fecha de operación
- 5.- Fecha de egreso: 2-II-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones.

Caso Clínico No. 8.

- 1.- Historia Clínica No. 21405-68
- 2.- Nombre: I.C.de A.
- 3.- Edad 77 años
- 4.- Fecha de operación: 9-XI-68.
- 5.- Fecha de egreso: 18-XI-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 9

- 1.- Historia Clínica: No. 20380-68.
- 2.- Nombre: M.A.A.
- 3.- Edad: 76 años
- 4.- Fecha de operación: 5-XI-68
- 5.- Fecha de egreso: 12-XI-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 10

- 1.- Historia Clínica No. 12763-68
- 2.- Nombre: J.M.I.
- 3.- Edad: 82 años
- 4.- Fecha de operación: 2-XII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 10-XII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 11.

- 1.- Historia Clínica No. 22069-64
- 2.- Nombre: M.R.J.
- 3.- Edad: 63 años
- 4.- Fecha de Operación: 29-VII-68.
- 5.- Complicaciones y tratamiento: Presencia de restos capsulares. Se dió de alta esperando que hubiera disolución es--

pontánea de dichos restos. Paciente no volvió a -  
consultar.

- 6.- Fecha de egreso: 6-VIII-68.
- 7.- Resultado: Pendiente de Consulta

Caso Clínico No. 12.

- 1.- Historia Clínica No. 04477-66.
- 2.- Nombre: J.N.E.
- 3.- Edad: 44 años
- 4.- Fecha de operación: 28-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 4-XI-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 13.

- 1.- Historia Clínica No. 14764-67
- 2.- Nombre: F.G.R.
- 3.- Edad: 34 años
- 4.- Fecha de operación: 8-XI-68.
- 5.- Fecha de egreso: 19-XI-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 14

- 1.- Historia Clínica No. 12047-62
- 2.- Nombre: C.S.C.
- 3.- Edad: 75 años
- 4.- Fecha de operación: 11-XI-68
- 5.- Fecha de egreso: 19-XI-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 15.

- 1.- Historia Clínica No. 25006-56

- 2.- Nombre: I.V.R.
- 3.- Edad: 28 años
- 4.- Fecha de Operación: 20-XII-68.
- 5.- Fecha de Egreso: 28-XII-68.
- 6.- Resultado: sin complicaciones.

Caso Clínico No. 16.

- 1.- Historia Clínica: 29576-58
- 2.- Nombre: M.S.S.
- 3.- Edad: 75 años
- 4.- Fecha de operación: 22-XI-68.
- 5.- Fecha de egreso: 30-XI-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 17.

- 1.- Historia Clínica No. 07957-57
- 2.- Nombre: Z.A.P.
- 3.- Edad: 83 años
- 4.- Fecha de operación: 7-X-68.
- 5.- Complicaciones y tratamiento: Aplanamiento de la cá  
ra anterior. Se administró Vitamina C, Vitamina K, -  
Diamox y reposo absoluto.  
Alta: Cámara anterior normal.
- 6.- Fecha de egreso: 17-X-68
- 7.- Resultado: Satisfactorio

Caso Clínico No. 18.

- 1.- Historia Clínica No. 14071-68
- 2.- Nombre: E.L.M.
- 3.- Edad: 57 años
- 4.- Fecha de operación: 23-VII-68.

- 5.- Fecha de egreso: 2-VIII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 19.

- 1.- Historia Clínica No. 3426-68
- 2.- Nombre: G.H.M.
- 3.- Edad: 60 años
- 4.- Fecha de operación: 23-VIII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 30-VIII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso clínico No. 20.

- 1.- Historia Clínica No. 15837-68
- 2.- Nombre: E.P.L.
- 3.- Edad: 75 años
- 4.- Fecha de operación: 22-XI-68.
- 5.- Fecha de egreso: 30-XI-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 21.

- 1.- Historia Clínica No. 12450-68.
- 2.- Nombre: W F.S.
- 3.- Edad: 65 años
- 4.- Fecha de operación: 27-XI-68
- 5.- Fecha de egreso: 5-XII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 22

- 1.- Historia Clínica No. 11868-68
- 2.- Nombre: C.M.P.
- 3.- Edad: 53 años

- 4.- Fecha de operación: 14-X-68.
- 5.- Fecha de egreso: 24-X-68.
- 6.- Resultado: Sin complicación.

Caso Clínico No. 23.

- 1.- Historia Clínica No. 00132-68.
- 2.- Nombre: F.R.A.
- 3.- Edad: 50 años
- 4.- Fecha de operación: 13-XII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 20-XII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 24.

- 1.- Historia Clínica No. 22249-68.
- 2.- Nombre: M.L.C.
- 3.- Edad: 25 años
- 4.- Fecha de operación: 10-I-69
- 5.- Fecha de egreso: 25-I-69
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 25.

- 1.- Historia Clínica No. 18181-68.
- 2.- Nombre: T.T.M.
- 3.- Edad: 62 años
- 4.- Fecha de operación: 27-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 5-XI-68.
- 6.- Resultado: Curada.

Caso Clínico No. 26.

- 1.- Historia Clínica No. 13317-68.
- 2.- Nombre: M.S.vda. de L.

- 3.- Edad: 54 años
- 4.- Fecha de operación: 30-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 8-XI-68
- 6.- Resultado: sin complicaciones

Caso Clínico No. 27.

- 1.- Historia Clínica No. 23442-68.
- 2.- Nombre: R.N.E.
- 3.- Edad: 78 años
- 4.- Fecha de operación: 2-XII-68.
- 5.- Fecha de Egreso: 10-XII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 28.

- 1.- Historia Clínica No. 22468-68
- 2.- Nombre: A.A.V.
- 3.- Edad. 47 años
- 4.- Fecha de operación: 29-XI-68.
- 5.- Complicaciones y Tratamiento: Aplanamiento de la cámara anterior, Tratada con: Diamox, atropina, reposo absoluto. Alta: Cámara anterior normal.
- 6.- Fecha de egreso: 17-XII-68.
- 7.- Resultado: Satisfactorio.

Caso Clínico No. 29.

- 1.- Historia Clínica No. 29.
- 2.- Nombre: M.G.Y.
- 3.- Edad: 58 años
- 4.- Fecha de operación: 29-XI-68.
- 5.- Fecha de egreso: 7-XII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 30.

- 1.- Historia Clínica: No. 22610-68.
- 2.- Nombre: P.C.C.
- 3.- Edad: 17 años
- 4.- Fecha de operación: 6-XII-68
- 5.- Fecha de egreso: 28-XII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 31.

- 1.- Historia Clínica No. 23604-68
- 2.- Nombre: R.S.B.
- 3.- Edad: 59 años
- 4.- Fecha de operación
- 5.- Fecha de egreso: 14-XII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 32

- 1.- Historia Clínica No. 02616-68
- 2.- Nombre: L.B.E.
- 3.- Edad: 77 años
- 4.- Fecha de operación: 18-XI-68
- 5.- Fecha de egreso: 26-XI-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 33.

- 1.- Historia Clínica No. 13210-68
- 2.- Nombre: E.L.Y
- 3.- Edad: 66 años
- 4.- Fecha de operación: 2-VIII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 21-8-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 34.

- 1.- Historia Clínica No. 19972-68.
- 2.- Nombre: E.S.M.
- 3.- Edad: 66 años
- 4.- Fecha de operación: 11-XI-68
- 5.- Fecha de egreso: 19-XI-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 35.

- 1.- Historia Clínica No. 14559-68
- 2.- Nombre: M.V.V.
- 3.- Edad: 62 años
- 4.- Fecha de operación: 6-VIII-68
- 5.- Fecha de egreso: 16-VIII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 36.

- 1.- Historia Clínica No. 08673-68
- 2.- Nombre: M.G.
- 3.- Edad: 23 años
- 4.- Fecha de operación: 19-VII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 25-VII-68
- 6.- Resultado: Sin complicación

Caso Clínico No. 37.

- 1.- Historia Clínica No. 17975-61
- 2.- Nombre: F.P.
- 3.- Edad: 63 años
- 4.- Fecha de operación: 5-VII-68
- 5.- Fecha de egreso: 13-VII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 38.

- 1.- Historia Clínica No. 09591-68
- 2.- Nombre: T.P.
- 3.- Edad: 77 años
- 4.- Fecha de operación: 5-VII-68
- 5.- Fecha de Egreso: 13-VII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 39

- 1.- Historia Clínica No. 08771-68
- 2.- Nombre: B.E.H.
- 3.- Edad: 47 años
- 4.- Fecha de operación: 15-VII-68
- 5.- Fecha de egreso: 23-VII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 40

- 1.- Historia Clínica No. 09748-68
- 2.- Nombre: C.H.
- 3.- Edad: 48 años
- 4.- Fecha de operación: 19-VII-68
- 5.- Fecha de egreso: 27-VII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 41.

- 1.- Historia Clínica No. 41.
- 2.- Nombre A.R.
- 3.- Edad: 62 años
- 4.- Fecha de operación: 19-VII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 27-VII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones.

Caso Clínico No. 42.

- 1.- Historia Clínica No. 15127-68
- 2.- Nombre: N.M.
- 3.- Edad: 61 años
- 4.- Fecha de operación: 19-VIII-68.
- 5.- Fecha de egreso: 27-VIII-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 43.

- 1.- Historia Clínica No. 17235-68
- 2.- Nombre: E.G.
- 3.- Edad: 48 años
- 4.- Fecha de operación: 2-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 13-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 44.

- 1.- Historia Clínica No. 06135-64
- 2.- Nombre: R.T.
- 3.- Edad: 71 años
- 4.- Fecha de operación: 4-X-68.
- 5.- Fecha de egreso: 12-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 45.

- 1.- Historia Clínica No. 14365-68
- 2.- Nombre: J.U.
- 3.- Edad: 54 años
- 4.- Fecha de operación: 7-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 15-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 46.

- 1.- Historia Clínica: No. 19093-68
- 2.- Nombre: D.M.
- 3.- Edad: 72 años
- 4.- Fecha de operación: 11-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 19-X-68.
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 47.

- 1.- Historia Clínica No. 16035-68
- 2.- Nombre: R.R.
- 3.- Edad: 67 años
- 4.- Fecha de operación: 14-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 22-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 48.

- 1.- Historia Clínica No. 16407-68
- 2.- Nombre: C.A.
- 3.- Edad: 54 años
- 4.- Fecha de operación: 18-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 26-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 49.

- 1.- Historia Clínica No. 05837-68
- 2.- Nombre: I.O.S.
- 3.- Edad: 50 años
- 4.- Fecha de operación: 28-X-68
- 5.- Fecha de egreso: 7-XI-68
- 6.- Resultado: sin complicaciones.

Caso Clínico No. 50.

- 1.- Historia Clínica No. 26111-57
- 2.- Nombre: A.R.G.
- 3.- Edad: 56 años
- 4.- Fecha de operación: 2-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 13-IX-68
- 6.- Resultado: sin complicaciones

Caso Clínico No. 51.

- 1.- Historia Clínica No. 15609-68
- 2.- Nombre: S.T.
- 3.- Edad: 52 años
- 4.- Fecha de operación: 6-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 17-IX-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso No. 52. (Clínico)

- 1.- Historia Clínica No. 12662-68
- 2.- Nombre: I.R.
- 3.- Edad: 93 años
- 4.- Fecha de operación: 11-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 19-XI-68
- 6.- Resultado: sin complicaciones

Caso Clínico No. 53.

- 1.- Historia Clínica No. 29576-68
- 2.- Nombre: M.L.S.
- 3.- Edad: 70 años
- 4.- Fecha de operación: 13-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 19-IX-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 54.

- 1.- Historia Clínica No. 12086-68
- 2.- Nombre: T.I.
- 3.- Edad: 59 años
- 4.- Fecha de operación: 11-IX-68.
- 5.- Fecha de egreso: 17-IX.-68
- 6.- Resultado:

Caso Clínico No. 55.

- 1.- Historia Clínica No. 15350-68
- 2.- Nombre: A. del C.
- 3.- Edad: 70 Años
- 4.- Fecha de operación: 9-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 17-IX-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 56.

- 1.- Historia Clínica No. 02735-63
- 2.- Nombre: P.M.
- 3.- Edad: 74 años
- 4.- Fecha de operación: 9-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 17-IX-68
- 6.- Resultado: sin complicaciones

Caso Clínico No. 57.

- 1.- Historia Clínica No. 19601-57
- 2.- Nombre: M.T.
- 3.- Edad: 24 años
- 4.- Fecha de operación: 20-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 27-IX-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 58.

- 1.- Historia Clínica No. 18455-64
- 2.- Nombre: D.G.
- 3.- Edad: 69 años
- 4.- Fecha de operación: 27-IX-68
- 5.- Fecha de egreso: 5-X-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 59.

- 1.- Historia Clínica No. 19972-68
- 2.- Nombre: E.S.
- 3.- Edad: 50 Años
- 4.- Fecha de operación: 9-XI-68.
- 5.- Complicaciones y tratamiento: Al segundo día de post-operatorio, se presentó hipemán el cual se trató satisfactoriamente con vitamina C, 1 gramo I.M. por 5 días, Vitamina K: 25 miligramos I.M. por 5 días.
- 6.- Fecha de egreso: 19-XI-68.
- 7.- Resultado: Satisfactorio

Caso Clínico No. 60.

- 1.- Historia Clínica No. 24282-68
- 2.- Nombre: T.M.
- 3.- Edad: 73 años
- 4.- Fecha de operación: 16-XII-68
- 5.- Fecha de egreso: 23-XII-68
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 61.

- 1.- Historia Clínica No. 23898-68
- 2.- Nombre: J.B.

- 3.- Edad: 72 años
- 4.- Fecha de operación: 20-XII-68
- 5.- Complicaciones y tratamiento: Hernia de vitreo en cámara anterior, la cual fue tratada satisfactoriamente, con instilación de policarpina al 5% local Diamox P.O. tid por 5 días
- 6.- Fecha de egreso: 30-XII-68
- 7.- Resultado: Satisfactorio

Caso Clínico No. 62.

- 1.- Historia Clínica No. 22349-68
- 2.- Nombre: L.S.P.
- 3.- Edad: 67 años
- 4.- Fecha de operación: 10-I-69
- 5.- Fecha de egreso: 27-I-69
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 63.

- 1.- Historia Clínica No. 23761-68
- 2.- Nombre: I.del M.
- 3.- Edad: 45 años
- 4.- Fecha de operación
- 5.- Fecha de egreso: 3-II-69
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 64.

- 1.- Historia Clínica No. 01335-69
- 2.- Nombre M.A.M.
- 3.- Edad: 70 años
- 4.- Fecha de operación: 22-I-69
- 5.- Fecha de egreso: 30-I-69
- 6.- Resultado: Sin complicaciones

Caso Clínico No. 65.

- 1.- Historia Clínica No. 15127-68
- 2.- Nombre: N.M.
- 3.- Edad: 62 años
- 4.- Fecha de operación: 22-I-69
- 5.- Fecha de egreso: 3-II-69
- 6.- Resultado: sin complicaciones

Caso Clínico No. 66.

- 1.- Historia Clínica No. 21910-65
- 2.- Nombre: G. de C.
- 3.- Edad: 66 años
- 4.- Fecha de operación: 27-I-69
- 5.- Complicaciones y tratamiento: Hipema moderado, tratado con reposo absoluto.
- 6.- Fecha de egreso: 7-II-69.
- 7.- Resultado: Satisfactorio.

SUMARIO:

Hemos revisado 66 casos, intervenidos en la Sala de Oftalmología del Mujeres del Hospital General de -- Guatemala, encontrando resultados satisfactorios en el tratamiento quirúrgico de la catarata y con el post-operatorio de rutina efectuado. Lo que nos permite recomendar éste como de elección.

CONCLUSIONES:

- 1.- La intervención quirúrgica de la catarata, requiere estudio inicial, buen estado general del paciente estado integral del ojo afectado y criterio sereno para la evaluación del caso.
- 2.- La depuración de la técnica operatoria es imprescindible.
- 3.- El uso de suturas de óptima calidad, se requiere en esta clase de intervención.
- 4.- El instrumental deber ser adecuado para esta clase de intervención.
- 5.- Debe tratarse de obtener un post-operatorio normal, para lograr mejor visión en los pacientes intervenidos.
- 6.- Deben estimarse los cuidados pre y post-operatorios en forma exhaustiva.
- 7.- Debe tenerse conocimiento de las complicaciones -- pot-operatorias y tratarlas oportunamente.

- 8.- El uso y conocimiento de la técnica quirúrgica, debe recomendarse de manera rutinaria, para lograr resultados visuales satisfactorios
- 9.- Examinando los resultados post-operatorios encontramos que las complicaciones prácticamente son pocas y se evalúan en el 12.12%.
- 10- La condición de descargo, es altamente satisfactoria, porque a pesar de las complicaciones post-operatorias, las pacientes se dieron de alta en buenas condiciones.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amaya A., Wellington, Guatemala, Hospital General. Extracción del Cristalino por el frío regional. Comunicación personal -- 1968.
- 2.- Antillón, Héctor R. Crioextracción del cristalino Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966, 21 p.
- 3.- Arruga, H. Cirugía Ocular. 5a. Edición, Barcelona, Salvat Editores, S.A. Octubre 1963. pp.516-530.
- 4.- Barraquer, J. Extracción intracapsular del cristalino. Barcelona, Sociedad Oftalmológica Hispano Americana. 1962. pp. 313-404.
- 5.- Barraquer, J. Ultimos adelantos en la cirugía del cristalino. II Curso Internacional de Oftalmología (Instituto Barraquer), 1(1):167-174.
- 6.- Bermejo González, Carlos E. Cultivo y Baciloscopia de secreción lagrimal. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1963 42 p.
- 7.- Castroviejo, R. Table Ronde sur l'Alpha-Chymotrypsine. I Congreso de la Sociedad Europea de Oftalmología. Atenas, 18-22 Abril Anales del Instituto Barraquer, 2(2):335, Mayo 1961.

- 8.- Dunning, J.H.: Complications of wound healing after cataract surgery, in Haik: Symposium on Diseases and Surgery of the Lens, St. Louis, the c.v. Mosby Company, 1957. pp.158-161.
- 9.- Guatemala, Hospital General, Archivos del Hospital; 1968-1969.
- 10- Ordoñez García, Alberto. Extracción del Cristalino por frío regional (estadística y evaluación de 210 casos) Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1968. pp. 15-22.
- 11- Viau, René. Crioextracción de la catarata en Guatemala, resultados y estadísticas. Tesis.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966. 20 p.

Vo. Bo.

  
Sra. Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria.

BR. MANOLO ALFONSO FIGUEROA URREA

DR. WELLINGTON AMAYA A.  
Asesor.

DR. JOSE MIGUEL MEDRANO  
Revisor.

DR. RODOLFO SOLIS HEGEL  
Director del Departamento  
de Cirugía.-

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.  
Secretario.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON M.  
Decano