

NUEVOS PUNTOS DE VISTA SOBRE GLAUCOMA DE LA INVESTIGACIÓN GONIOSCOPICA

Relator: DR. PETER KRONFELD (Chicago).

Las observaciones gonioscópicas de los últimos 20 años han suministrado hechos que desautorizan algunos conceptos, o confirman otros y existentes sobre glaucoma. En la interpretación de los datos gonioscópicos hay que precaverse de los conceptos unilaterales, fundamentalmente mecánicos.

La gonioscopia ha confirmado el mecanismo de dos tipos de glaucomas bien conocidos: el glaucoma por "block" irídeo, y el causado por sinequias periféricas consecutivas a formación retardada de la cámara anterior, sea post-operatoria, sea post-traumática.

El *Glaucoma por bloqueo iridiano* o a *ángulo estrecho* es el que se observa en sujetos con ángulo camerular insólitamente estrecho, y en los que el equilibrio normal de la tensión ocular se altera por *cierre temporario* del ángulo por los factores que lo comprimen, o más tarde lo cierran de modo permanente por sinequias periféricas. La gonioscopia ha permitido reconocer en el ojo vivo la presencia de bloqueo iridiano, o su ausencia.

Los casos de Glaucoma llamados primarios, en los cuales la gonioscopia no revela ángulo estrecho, han sido llamados *de ángulo ancho*. Este modo de examen poco ha adelantado sobre su naturaleza.

En los Glaucomas por sinequias periféricas anteriores post-operación de catarata, la gonioscopia ha permitido ver esas sinequias antes de aparecer el glaucoma, y su relación con la textura del iris, y el tiempo durante el cual la cámara ha estado abolida.

Como auxiliar de la *cirugía del glaucoma*, la gonioscopia ha revelado las razones del éxito o del fracaso de las operaciones. En las *trepanaciones córneo-esclerales* exitosas se observa netamente el extremo interno de la fistula. Se ve que las fistulas pueden cerrarse de afuera a adentro o vice-versa; lo primero ocurre con más frecuencia en las trepanaciones principalmente corneales; mientras que el cierre de dentro a afuera se produce sobre todo por inclusión de tejido uveal en las trepanaciones más posteriores.

La Gonioscopía ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- 1) Los ojos con ángulo amplio y libres de sinequias periféricas anteriores con los más apropiados para la trepanación.
- 2) El sitio más favorable para la fistula es la mitad de la distancia entre las posiciones extremas.
- 3) La mayoría de las complicaciones son por decompresión demasiado rápida.

En la *iridencleisis* la inclusión del iris a menudo impide ver por la gonioscopía la parte interna de la herida. Una separación apreciable de los labios internos de la herida ocurre en 79% de los casos felices, y en un 62% de los fracasados. Una esclerotomía adicional cercana a la inclusión del iris, preconizada por algunos autores, impediría esa acción de cuña y parece contraindicada.

En la *ciclo-diálisis* el éxito de la operación está asegurado con la observación de una hendidura supraciliar, abriéndose en la cámara anterior, y con una extensión de 1 1/2 horas del dial. La mayoría de los fracasos son por persistencia y organización de coágulos en la hendidura. Estos ocurrirán menos en los cuadrantes superiores donde los éxitos son frecuentes. Los ojos afáquicos son los casos más favorables.

La *iridectomía* tiene éxito sólo en glaucomas de ángulo estrecho, pero, total o parcialmente abiertos (al menos en 90%); y en ciertos glaucomas secundarios. La iridectomía actúa, pues, eliminando obstáculos que impiden al acuoso llegar a las vías de salida.

CIRURGIA DEL ESTRABISMO CONCOMITANTE

Resumen del informe del DOCTOR THOMAS ALLEN.

Toda intervención requiere ser precedida del examen más minucioso del enfermo. Estu diando la causa de los fracasos, siempre se encuentra en una falta de conocimiento del caso. Dar

importancia a antecedentes familiares, hereditarios y personales. Medir los ángulos de heterotropia o heteroforia, no sólo *en las seis direcciones cardinales*, sino también en las miradas *de lejos y cerca*, para cada dirección. Hacerlo con cicloplegia y sin ella. Medir el punto próximo de convergencia, y el efecto de la corrección óptica completa. Examen del fondo del ojo. Si hay nistagmus, sus características. Examen neurológico y general. Estudio de la correspondencia retiniana: es creciente el número de los que creen que cuando es anómala, es un signo desfavorable, y algunos tratan de hacerla normal con ejercicios ortópticos antes de operar.

Estudiando mis casos operados de 9 a 25 años atrás, he encontrado:

1) que no tuve bastante en cuenta las desviaciones verticales que a menudo están asociados a las horizontales. 2) que practiqué demasiado el debilitamiento muscular, y 3) que sólo hace poco tuve en cuenta la correspondencia retiniana. Hemos tratado de subsanar estas deficiencias.

10.401 El plan operatorio que resulta del mejor examen puede ser modificado por lo observado en la operación: por ej., pensamos encontrar un recto externo débil que precisa gran resección y avanzamiento, y en cambio, encontramos que es fuerte, pero inserto muy atrás e con bridas uniéndolo al oblicuo inferior. Nuestro plan debe cambiar.

No apresurarse a intervenir sino después de ver muchas veces al enfermo, y tratar de corregir los defectos pequeños con el ejercicio ortóptico: conozco casos de personas de 12 a 20 años que han corregido así hiper o exoforias muy grandes, que no se pensaba pudieran mejorar sin operación. Wilder tenía como principio fundamental: Evitar todo traumatismo innecesario al ojo. La anestesia se elige según el enfermo. Si debe ser general, no olvidar que la convergencia disminuye mucho, o aún desaparece bajo su efecto.

En general, tratamos de acortar los músculos débiles o paréticos, y si esto no basta, debilitar los de acción exagerada o contracturados. En el avanzamiento, no se avanza en realidad la verdadera inserción escleral, pues entre la nueva y la antigua se obtiene una superficie de adherencia; sólo es real el acortamiento.

Nunca he podido responder a la pregunta: Cuanto hay que resecar del músculo? Cuanto hay que retroceder una inserción?

Para calcularlo hay que tener el músculo en el gancho, y no sólo verlo, sino también ver su antagonista. Su aspecto puede hacer variar nuestro cálculo. Los cálculos de grados a milímetros no tienen base, porque todos los músculos no son iguales.

En el estrabismo convergente es muy frecuente la *hiperfunción del oblicuo inferior* en el ojo del lado contrario al de dirección de la mirada; del izquierdo cuando se mira a derecha, y viceversa. Cuando es pequeña puede curar al corregir la desviación horizontal, sobre todo si el enfermo puede voluntariamente relajar su acomodación: pero otras veces requiere la tenotomía o mejor la retrocesión del oblicuo inferior que no es tan difícil como parece. Hay que desinsertar el recto externo tomado en la pinza-miostato, levantarlo y seccionar por algunos milímetros las expansiones ligamentosas de su borde inferior, buscando si hay conexión con el oblicuo. Se toma éste en la pinza, se libran sus conexiones ligamentosas y se secciona su inserción. Conviene marcar el punto donde se va a suturar, lo que se hace con catgut cromado. Un retroceso de 5 ó 6 mm., no produce tanto afecto como en un recto. Luego se sutura la inserción del recto externo.

Respecto a las *tenotomías*, hay una gran diversidad de opiniones, leído a que no se diferencia la *completa* de la *parcial*. En ésta no se tocan los ligamentos; en la primera se seccionan por completo. Esto no debe hacerse sino raras veces, o nunca; más vale un amplio retroceso. En cambio, la tenotomía parcial suele ser útil.

En nuestra práctica recomendamos la *tenotomía parcial insertional*, en los siguientes casos: a) En convergencia de más de 20 D (10 grados de arco), si el punto próximo de convergencia está a 40 mm., de la línea de base intraocular (PcB) o 15 mm., de la base de la nariz (n.n.c.). b) Asociada a acortamientos de recto externo, si éste es débil. c) En el exceso de convergencia.

Sus contra-indicaciones son: a) Un PcB de 75 mm., o más. b) Cuando se obtiene un pronto relajamiento voluntario de convergencia antes de la operación. c) En la insuficiencia de divergencia sin exceso de convergencia.

Su técnica: Pequeña incisión conjuntival horizontal. Ojal en el centro del tendón, por donde se introduce el gancho, seccionando primero la mitad y luego la otra, sin tocar los ligamentos.

Para avanzamientos, resecciones y retrocesos usamos la sutura de Worth (la primitiva). Excepto en los retrocesos, incluye

también la conjuntiva. En estos últimos la pinza no debe tomar el músculo muy cerca de la inserción escleral, pues la sutura debe tomarlo del lado distal de la pinza. Recordar que la esclera es aquí muy delgada.

CAUSAS DE CEGUEIRA UNI E BILATERAL EN LA MARINA DE GUERRA DE LOS ESTADOS UNIDOS DURANTE LA II GUERRA MUNDIAL

Por el CAPITAN C. A. SWANSON (M. C.) U. S. N.

Esta guerra mundial se ha distinguido por el excelente tratamiento de sus combatientes heridos. El mejor tratamiento de las heridas oculares en esta guerra se debe más a la quimioterapia que al progreso de la cirugía. Las sulfamidas y la penicilina han disminuido la gravedad de las complicaciones.

En esta estadística, consideramos que la ceguera prácticamente corresponde a una visión de 20/200 o menos, no corregible por lentes; o un estrechamiento permanente del campo visual hasta 15 grados o menos. Hemos estudiado 759 casos. En esta guerra, hasta 944 hubo en la Marina de EE. UU. 119 cegueras bilaterales: 72 por heridas de combate; 12 por heridas accidentales, y 35 por enfermedades. De estas últimas, 19 por intoxicación con alcohol metílico. Las cegueras unilaterales fueron 640, de las cuales 322 por heridas de combate, 143 por accidente, y 126 por enfermedad.

En Oftalmología Militar los cuerpos extraños intraoculares son de gran importancia; 66% eran magnéticos y 33% no magnéticos. En un 50% necesitaron enucleación.

La radiografía es fundamental en estos casos. Para los magnéticos, cuando no se dispone de Rayos X, el localizador de Berman es muy útil. Para las "dobles perforaciones", la inyección de aire en la cápsula de Tenon es útil previa a la radiografía.

Las localizaciones se han hecho con el aparato de Sweet modificado, con el cristal de contacto de Comberg y el de Thorpe.

Mejor que el imán que puede ser peligroso, para el diagnóstico de cuerpo magnético, conviene usar el localizador de Berman.

Si el segmento anterior está intacto, y el cuerpo extraño en el vítreo, debe extraerse por esclerotomía posterior, después de coagulación diatérmica del lugar donde se hace la punción. El imán de mano sólo debe ser empleado cuando se puede aplicar su punta a unos 2 mm., del cuerpo extraño.

Para los no magnéticos, el endoscopio de Thorpe se puede usar si el vítreo es claro, pero la esclerotomía debe ser demasiado grande para que entre el instrumento.

Cuando el vítreo es turbio, usamos el Fluoroscopio Biplano, que es un aparato muy grande y no siempre disponible.

Hoy se opina en general, que los cuerpos extraños no magnéticos deben ser dejados en su lugar cuando no son de fácil acceso; si son estériles y químicamente inertes, se enquistan sin inconveniente. Las heridas con inclusión del cuerpo ciliar son peligrosas.

En el ejército Americano en la anterior guerra, no hubo casos de oftalmía simpática; en esta hubo 5 casos con cuerpos extraños intra-oculares. La penicilina fué empleada sin éxito. El ojo simpatizante fué enucleado, y se conservó visión útil en el ojo restante.

V CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Deverá realizar-se na cidade de Salvador, Baía, de 28 de junho à 2 de julho de 1946 o V Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

As adessões e trabalhos à serem apresentados, devem ser comunicados, o mais rapidamente possível, à Comissão Executiva composta pelos Profs. Cesario de Andrade e Carlos Moraes e Drs. Heitor Marback, Colombo Spinola, Teonilo Amorim, Antonio Queiroz Muniz, Orlando Castro Lima, Astor Baleeiro e Fernando Principe de Oliveira. O endereço é o seguinte: Associação de Medicina da Baía, Caixa Postal 758, Salvador, Baía.

A Comissão Executiva pede que, com a devida antecedencia, seja comunicada a data de chegada, assim como o número de pessoas acompanhantes, afim de serem reservadas as acomodações nos Hoteis.