

Anestesia peritópica en cirugía de catarata

Peritopic anesthesia in cataract surgery

Sr. director:

El vertiginoso desarrollo de las técnicas quirúrgicas en oftalmología en los últimos años ha conllevado, a la par que la reducción del tamaño de las incisiones, del instrumental, del tiempo quirúrgico, etc., una disminución en las dosis de fármacos anestésicos, así como de la superficie anatómica a anestésicar. El aumento de exigencia del paciente nos obliga a operar rápido y a un postoperatorio prácticamente inexistente, en el cual un ojo con buena visión pero exceso de sensación de cuerpo extraño puede constituir una catástrofe. El paciente demanda (¿exige?) ver bien de inmediato, marcharse a casa con el ojo descubierto y sin hematoma periocular. Y por supuesto sin molestias. Ello ha comportado la popularización de la anestesia tópica como la panacea de la cirugía oftálmica, cuando cualquier cirujano mínimamente experimentado conoce pacientes inoperables bajo este sistema. La evolución nos ha llevado, en este afán reduccionista, a operar incluso sin anestesia (¿lo harían con sus madres o con ustedes mismos?) con buenos resultados (1).

Los supuestos descritos por Abreu JA (2) y cols. podrían resumirse en dos grandes grupos: paciente no colaborador o patología oftálmica y/o sistémica que aumenta el riesgo de complicaciones, y en base a ellos hay que elaborar el plan quirúrgico. Es frecuente ver propagandas de centros privados que prometen cirugía «sin pinchazos» (¿tampoco vía venosa antecubital?) con el justificante médico (publicidad engañosa, lo llamaría yo) que, eliminando los riesgos de la anestesia peri/retrobulbar, no hay paciente contraindicado para el acto quirúrgico. Más bien al contrario, la realidad es que gracias a este tipo de procedimientos anestésicos puede operarse cualquier tipo de paciente. Por otra parte, en algunos foros las anestésicas «no-tópicas» son consideradas de otra época, e incluso propias de cirujanos poco habilidosos. Mi teoría es radicalmente opuesta: aquel que opera siempre con anestesia tópica probablemente no sepa administrar una correcta anestesia loco-regional (o no tiene un anestésico que lo realice, por supuesto) lo cual no pone en duda su excelencia como cirujano. Mis dudas se acrecientan en este punto: ¿cómo pueden asegurarse idénticos porcentajes de éxito en ciertas cirugías utilizando siempre la anestesia tópica? (3).

La técnica de anestesia peribulbar propuesta por Abreu aporta la indudable ventaja de no requerir, de

modo estricto, oclusión postquirúrgica, lo que puede ser ventajoso en ciertos casos (mala visión contralateral, por ejemplo) aunque en la mayoría de pacientes hay que prevenir sobre la posibilidad de diplopia postquirúrgica debida a la persistencia de cierto grado de movimiento y visión. A la vez, reivindica el uso de bloqueos loco-regionales en la cirugía de la catarata, en unos tiempos en los que solo parece tener importancia operar a través de incisiones menores de 2 mm (¿no es la facoemulsificación tradicional, cirugía sin suturas, una suerte de cirugía microincisional?) o instilando la menor cantidad de colirios posible.

En mi caso uso en cirugía de facoemulsificación (MICS o no) preferentemente la anestesia tópica pura (sin lidocaína intracamerular) a pesar de que como residente me formé exclusivamente mediante la anestesia peribulbar transconjuntival, procedimiento que realizo actualmente en alrededor de un 20% del total de cataratas. No me planteo la anestesia tópica en los casos en que puedo prever más riesgo de complicaciones, lo cual a veces no es asumido de buen grado por el equipo de anestesia, siempre atento a recordarle la cardiopatía, broncopatía o «cualquierpatía» que podría contraindicar una punción periocular pero no una cirugía dificultosa que afectase las coronarias del oftalmólogo. Este es, a mi modo de ver, otra de las claves de la cirugía oftálmica: nosotros proporcionamos analgesia y los anestésicos sedación; cosa que, por otra parte, puede ser fuente de conflicto por la atávica tendencia que tienen de ausentarse del quirófano de cataratas. Lo cual es lógico en una cirugía que siempre dura diez minutos y jamás se complica. Pero esa sería otra cuestión...

Romero-Guerrero F

Licenciado en Medicina. Servicio de Oftalmología.

Pius Hospital de Valls. Valls, Tarragona. España.

E-mail: fromerog@tinet.cat

BIBLIOGRAFÍA

1. Pandey SK, Werner L, Apple DJ, Agarwal A, Agarwal A, Agarwal S. No-anesthesia clear corneal phacoemulsification versus topical and topical plus intracamerular anesthesia. Randomized clinical trial. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27: 1643-1650.
2. Abreu JA, Aguilar JJ, Capote E, Abreu R. Anestesia peritópica en cirugía de catarata. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2009; 84: 63-64.
3. Geffen N, Carrillo MM, Jin Y, Trope GE, Buys YM. Effect of local anesthesia on trabeculectomy success. *J Glaucoma* 2008; 17: 658-661.