ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmo

Cartas al Director

Anestesia local y cirugía del glaucoma

Local anaesthesia and Glaucoma surgery

Sr. Director:

Hemos leído con tristeza, aunque desgraciadamente no con sorpresa, el editorial del pasado número de la revista¹. En él se hace una revisión del estado actual de la anestesia en cirugía del glaucoma, en el que, en nuestra opinión, se reflejan muchos de nuestros prejuicios y complejos, no sólo en la parte puramente técnica sino también en nuestra evolución como grupo y sociedad científica.

En el apartado técnico, el cirujano que se enfrenta a una cirugía de glaucoma ha de comprender que las anestésicas no inyectadas son las más convenientes para este tipo de intervenciones. Carecen totalmente de los riesgos de la anestesia peribulbar o retrobulbar: reacción vagal, aumento del volumen orbitario, aumento de la presión intraocular, sangrado periocular, inquietud del paciente al dolor ya experimentado con la inyección anestésica... Todos estos riesgos son claramente negativos para un ojo glaucomatoso como es bien conocido.

Hace ya más de 10 años diversos grupos, algunos de ellos españoles, vienen utilizando y difundiendo la anestesia tópica en el glaucoma²⁻⁴. En numerosas publicaciones se describe una serie de técnicas y resultados que indican unos altos niveles de seguridad y eficacia. A pesar de ello, tal como se indica en el editorial, en la mayoría de los casos se precisa una sedación más o menos profunda y siempre realizada con la colaboración de un anestesiólogo.

A raíz de estas publicaciones y de diversas conversaciones con el grupo del Hospital Ramón y Cajal y otros colegas surgió la idea de hacer más duradera la permanencia de la sustancia anestésica en el área que será intervenida. Una mayor eficacia anestésica y la necesidad de sedación eran evidentemente problemas que debían solucionarse.

De este modo comenzamos a aplicar una técnica de anestesia para la cirugía del glaucoma a la que denominamos anestesia de contacto. Una solución a medio camino entre la anestesia tópica, que se imponía en la cirugía de catarata y que resultaba claramente inadecuada para la cirugía de glau-

coma, y las anestésicas peribulbares o retrobulbares que resultaban perjudiciales y peligrosas para la mayoría de nuestros pacientes con una neuropatía glaucomatosa más o menos avanzada. Comprobamos que por medio de la aplicación mantenida del anestésico, su eficacia era comparable o incluso superior a la anestesia inyectada tradicional, lo que hacía innecesaria en la mayor parte de los casos la sedación. Como características del procedimiento anestésico cabe reseñar la total conservación de la motilidad y la imposibilidad de tracción del recto superior. Ambos cambios en el quehacer habitual no suponen en nuestra experiencia ningún problema para el cirujano mínimamente experto. De hecho, nuestros residentes realizan las cirugías filtrantes desde el primer momento con esta técnica anestésica.

Siguiendo el largo y complicado camino que exige la evidencia científica y los patrones internacionales de publicación, presentamos diversas comunicaciones en congresos nacionales y extranjeros, tanto oftalmológicos como de anestesiológia y finalmente realizamos diversas publicaciones en España, Europa y Estados Unidos⁵⁻⁸. Con el tiempo, la técnica ha ido ganando terreno y se aplica en centros de Europa, Estados Unidos, Asia e incluso en algunos españoles.

En lo referente a nuestra pertenencia a un colectivo profesional, es un tanto doloroso y decepcionante que nuestros mismos colegas consideren innecesario analizar, criticar o al menos citar (que no presupone compartir opinión) el trabajo de grupos españoles. Si alguien no desea probar la eficacia o ineficacia de una técnica por el motivo que sea, está en su indudable derecho. Pero quizá sea exigible a la hora de hacer una revisión sobre el tema que no olvide ninguno de los trabajos que se hayan realizado y publicado aunque los apellidos de los autores no sean sajones.

No queremos que estas líneas se entiendan como un ataque a los autores o editores de esta revista, sino como una crítica constructiva y un desahogo: hablamos de tristeza y no de sorpresa porque lo más frecuente es lo que ha pasado. Si alguien próximo tiene una buena idea, la plasma de forma científica y la muestra a quien quiere verla (como ha sucedido

con muchos oftalmólogos que han venido a Zaragoza y han visto su funcionamiento) se tiende a ignorarlo. Probablemente si nuestros apellidos fueran americanos o “europeos”, al menos se habría mencionado o criticado nuestro trabajo.

En respuesta al editorial: Anestesia local en la cirugía de glaucoma. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009;84:321-2 de Alberte-González A et al.

M.L. Gómez^a, S. Pérez-Oliván^b y L. Pablo^{c,*}

^aLicenciada en Medicina y Cirugía, Médico Adjunto Unidad de Glaucoma, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

^bDoctora en Medicina y Cirugía, Profesora Asociada de Óptica y Optometría, Universidad de Zaragoza, Médico Adjunto Unidad de Glaucoma, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

^cDoctor en Medicina y Cirugía, Profesor Titular de Oftalmología Universidad de Zaragoza, Médico Adjunto Unidad de Glaucoma, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lpablo@unizar.es (L. Pablo).

B I B L I O G R A F Í A

1. Alberte-González A, Briebe-López del-Amo MM, Del Río Fernández S, García Martín F, Pinazo-Durán MD. Anestesia local en la cirugía de glaucoma. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009;84:321-2.
2. Dinsmore SC. Drop, then decide approach to topical anaesthesia. J Cataract Refract Surg. 1995;21:666-71.
3. Rebolleda G, Muñoz-Negrete FJ, Gutiérrez-Ortiz C. Topical plus intracameral lidocaine versus retrobulbar anaesthesia in phacotrabeculectomy: prospective randomized study. J Cataract Refract Surg. 2001;27:1214-20.
4. Lai JS, Tham CC, Lam DS. Topical anaesthesia in phacotrabeculectomy. J Glaucoma. 2002;11:271-4.
5. Pablo L, Pérez S, Ferreras A, Larrosa JM, Gómez ML, Honrubia FM. Anestesia tópica versus anestesia de contacto en la trabeculectomía convencional. Estudio prospectivo aleatorizado. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003;78:251-6.
6. Pablo L, Pérez S, Ferreras A, Polo V, Gómez ML, Honrubia FM. Contact versus peribulbar anaesthesia in trabeculectomy: a prospective randomized clinical study. Acta Ophthalmologica Scandinavica. 2003;81:486-90.
7. Pablo L, Ferreras A, Pérez S, Larrosa JM, Gómez ML, Honrubia FM. Contact-topical plus intracameral lidocaine versus peribulbar anesthesia in combined surgery. Randomized clinical trial. J Glaucoma. 2004;13:274-9.
8. Pablo L, Ferreras A, Pérez S, Polo V, Honrubia FM. Comparison of the efficacy and safety of contact versus peribulbar anaesthesia in combined eye surgery. Ophthalmologica. 2009;223:60-7.