

# Anestesia y lentes intraoculares fáquicas

## *Anesthesia and phakic intraocular lenses*

PÉREZ SILGUERO MA<sup>1</sup>, PÉREZ SILGUERO D<sup>1</sup>, BERNAL BLASCO I<sup>2</sup>,  
PÉREZ HERNÁNDEZ FR<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** presentamos la técnica anestésica que utilizamos en la actualidad para la cirugía con lentes intraoculares fáquicas (ICL), con máxima colaboración por parte del paciente y mínimos efectos secundarios.

**Material y Método:** Se han intervenido 12 pacientes, edades de 22 a 38 años, siendo 9 mujeres y 3 hombres. Todas las cirugías se realizaron de modo bilateral (mismo acto quirúrgico). Consiste en administrar la combinación adecuada de Ondacetron 4 mg, Fentanilo (60-100 microgramos), Midazolam (2 a 4 mg) y Propofol (40-80 mg).

**Discusión:** Consideramos que de ésta forma se evitan toda la sintomatología derivada de la anestesia general.

**Conclusión:** La anestesia tópica con sedación controlada, sin intubación ni mascarilla laríngea, parece ser, en nuestra experiencia, la técnica anestésica de elección. Falta realizar un estudio mas amplio.

**Palabras clave:** Lentes Fáquicas, anestesia local, sedación, relajación.

### ABSTRACT

**Introduction:** We present the anesthesia technique that we are using for phakic intraocular lenses (IOL) for which the patient's collaboration is required. Minimum side-effects are obtained.

**Materials and method:** 12 patients (9 women and 3 men) aged between 22 and 38 have been operated. All surgical treatments have been bilateral. Our method consists of the appropriate combination of Ondacetron (4 mg), Fentanilo (60-100 mg), Midazolam (2-4 mg) and Propofol (40-80 mg).

**Discussion:** We consider that by using this method we avoid the side-effects of general anesthesia.

**Conclusions:** We consider that topical anesthesia with controlled sedation, using no intubation nor larynx max, is the best decision. Notwithstanding, further studies should be accomplished.

**Key words:** Phakic lens, local anesthesia, sedation, relaxa.

<sup>1</sup> Doctor en Oftalmología.

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

## INTRODUCCIÓN

La cirugía de la catarata se suele realizar con anestesia tópica, para ofrecer al paciente una rápida incorporación a su entorno. Para ello también se tiende a realizar una mínima incisión corneal, que no precisará sutura, una correcta facoemulsificación, para no producir edema corneal, y en definitiva realizar una cirugía muy poco invalidante.

Pero la realización de cirugías fáquicas se suelen acompañar de otro tipo de anestesia. Algunos prefieren la anestesia general (1), como tranquilidad para el paciente y para el oftalmólogo, y otros prefieren anestesia regional, bien retrobulbar o parabolbar. Es cierto que éstas anestésicas regionales producen una ausencia de sintomatología intraquirúrgica para el paciente, pero es frecuente que se asocien a otros problemas tales como hiposfagmas que tardan en recuperarse, diplopia transitoria, etc.

En éste artículo exponemos nuestra técnica anestésica para las cirugías con lentes fáquicas, en las que asociamos anestesia tópica y sedación del paciente, sin intubación y sin mascarilla laríngea, dando al paciente el alta inmediata tras la cirugía.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se han intervenido 12 pacientes (24 ojos) de intraocular phakic lens (ICL), con un rango de edad de 22 años hasta 38 años (media de 29 años), siendo 9 mujeres y 3 hombres. Todas las cirugías se realizaron de manera bilateral (mismo acto quirúrgico). Se observó que es de gran importancia que la gran dilatación disminuye el dolor, y que además de la técnica anestésica que aplicaremos a continuación es necesario añadir lidocaína intracamerular al 1% en los dos siguientes casos:

— Pacientes que no dilatan bien, y que por tanto se produce mucho rozamiento entre la ICL y el iris.

— Pacientes en los que hay que realizar la incisión en el meridiano más curvo por tener importante astigmatismo, y luego girar la lente dentro de cámara anterior hasta posicionarla de 0 a 180°.

A todos los pacientes se les coge siempre una vía venosa y se administra ONDACE-TRON 4 mg. A continuación se pone de 60 a 100 Microgramos de FENTANILO y de 2 a 4 mg de MIDAZOLAM dependiendo del peso del paciente. Siempre antes de comenzar la cirugía se administra PROPOFOL de 40 a 80 mg que puede dejar al paciente dormido, pero es necesario siempre empezar cuando el grado de conciencia es adecuado para colaborar perfectamente. Durante la cirugía el paciente no presenta ningún síntoma, salvo si la dilatación no es máxima, con lo cual si sería necesario, sólo en algunos casos, poner lidocaína al 1% intraoperatoria. Al finalizar la cirugía se administra MANITOL al 20% en 250 cc de suero fisiológico administrado en 20 minutos.

Terminada la cirugía el paciente se deja en una camilla de 15 a 30 minutos totalmente consciente. Después se va por su propio pie manifestando al día siguiente que no presenta síntomas secundarios.

## DISCUSIÓN

Los pacientes que van a ser intervenidos con lentes fáquicas, son pacientes jóvenes. Que acomodan muy bien, y por tanto, generalmente mas ansiosos y nerviosos en relación a la intervención. Además, suelen tener un cierto trauma por no haber podido intervenir con Láser (esa técnica milagrosa que lo cura todo), bien por exceder de la potencia dióptrica que el Láser puede solucionar, o bien por tener córneas muy finas o potencialmente patológicas. Por tanto, la técnica quirúrgica debe ser adecuada y adaptada a cada individuo para que se realice en las mejores condiciones. Como todo depende de la experiencia del cirujano. No es lo mismo implantar las primeras lentes fáquicas que ser una técnica habitual, diaria de cirujanos refractivos.

Hay autores que aconsejan la anestesia general (1) por poca colaboración de éstos pacientes. Otros utilizan una técnica retrobulbar, o sobre todo, parabolbar (2), considerando que sólo se debe aplicar una anestesia regional en éstos casos.

Son pocos los artículos que utilizan una anestesia tópica (3), tales como Dr. Alió y colaboradores, que introducen la lente de Duet-Kelman en cámara anterior y con apoyo angular.

No obstante, pensamos que los cirujanos que en su práctica diaria usen anestesia tópica para la cirugía de cataratas es más sencillo dar el paso a la colocación de lentes fáquicas.

En el 2001 (4) se publicaba que el 26% de todos los cirujanos japoneses operaban con facoemulsificación y anestesia tópica sus cataratas, usando en la mayoría de los casos anestesia general o regional (parabulbar) para la colocación de lentes fáquicas.

Consideramos que si el paciente no tiene que ser intubado, ni tener mascarilla laríngea, que además está consciente y colabora en el acto quirúrgico, y que además está relajado y sin sintomatología, estamos cerca de conseguir en éstos pacientes una técnica ideal para la rápida incorporación a su actividad diaria. Además, con importante reducción del miedo hacia la cirugía por parte del paciente al saber que no tiene que ser dormido.

## CONCLUSIÓN

Hasta el momento habíamos realizado la cirugía con anestesia general ó con mascarilla laríngea, presentando un postoperatorio con sintomatología derivada. En la actualidad la realizamos de la manera descrita presentando los pacientes una recuperación prácticamente inmediata.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spedick MJ, Tomsak RL. Ischemic optic neuropathy following secondary intraocular lens implantation. *J Clin Neuroophthalmol* 1984 Dec; 4 (4): 255-7.
2. Uusitalo RJ, Aine E, Sen NH, Lastikainen L. Implantable contact lens for high myopia. *J Cataract Refractive Surgery* 2002 Jan; 28(1): 29-36.
3. Alió JL, Kelman C. The Duet-Kelman lens: A new exchangeable angle-supported phakic intraocular lens. *J Refractive Surgery* 2003 sep-Oct; 19(5): 488-95.
4. Current trends in cataract and refractive surgery in Japan: 1999 survey. *Jpn J Ophthalmol* 2001 Jul-Aug; 45(4): 383-7.