

Faco-Refractiva. Una cirugía con tendencia a infinito

Recuerdo en mis primeros años de formación oftalmológica, escuchar a mis maestros los cambios tan importantes que la cirugía de la catarata había sufrido durante su ejercicio profesional. Haber pasado por las pinzas, la ventosa, el erisífacio o la crioextracción, siempre como técnicas de extracción intracapsular. Recuerdo cómo la mayor preocupación era no tener una gran vitreorragia, una descompensación corneal, una cámara plana con glaucoma por bloqueo pupilar, edema macular quístico o las temidas endoftalmitis y hemorragias coroideas. Eran los pacientes áfacos, con gruesas gafas de 12 o más dioptrías, que pese a alcanzar una buena visión central, limitaban su campo visual y provocaban un escotoma anular, por no hablar del componente estético. Del astigmatismo inducido qué podemos decir; heridas de al menos 14 mm de arco, suturas de sedas con fuerzas tensiles e histéresis elásticas no muy conocidas, dehiscencias y cicatrices irregulares.

Por fortuna, he sido testigo de los cambios de la cirugía de la catarata, de los innovadores cambios de la cirugía del cristalino, dentro de los últimos 34 años dedicados a la práctica de la oftalmología.

Es tan importante echar la vista atrás, que me voy a permitir remarcar alguno de los hitos más importantes en esta evolución. Cuando Kelman inicia el desarrollo de la facoemulsificación y Binkhorst necesita un soporte adecuado para su lente intraocular, se comienza a difundir y perfeccionar la técnica de extracción extracapsular de la catarata. La *compartimentación* se convirtió en el objetivo en la cirugía del cristalino, en aras de preservar la «*barrera*» entre el segmento anterior y posterior. Esta mejor estabilización interna, minimizaba el efecto de los movimientos sacádicos y por lo tanto la endoftalmodonesis, lo que disminuyó las complicaciones más frecuentes de la cirugía intracapsular, producidas en zonas de escasa vascularización, como eran la descompensación endotelial, los desgarros retinianos periféricos y el edema macular quístico.

La llegada de la cirugía extracapsular planificada marcó la época del *arte quirúrgico*, donde las maniobras diferenciaban al cirujano, planificadas pero instintivas, automáticas pero intuitivas. Fue el gran cambio, en todos los sentidos, de la historia de la cirugía del cristalino.

Todos recordamos como Ridley, en 1949, implantó los primeros modelos de lentes intraoculares del siglo XX. Sí, del siglo XX. Sin embargo, se sabe por las memorias de Casanova, que su amigo Tadini, tuvo la idea de implantar lentes dentro del ojo, y cómo esta idea fue llevada al quirófano por Casamata en Leipzig a finales del siglo XVIII.

No podemos olvidar que en nuestro país, en 1983, se escribe uno de los manuales más importantes de la historia moderna de la cirugía del segmento anterior, *Microcirugía de la Catarata*. Menezo, nos legó un libro que, a pesar de los años transcurridos, sigue siendo objeto de conocimiento y consulta. Junto con Quintana y otros pioneros dan impulso a la moderna cirugía de la catarata y las lentes intraoculares, con la formación de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva.

Con el desarrollo y expansión de la cirugía extracapsular y las lentes intraoculares, conseguimos disminuir las complicaciones postoperatorias y solucionar el problema del defecto esférico, ya que las mediciones de cálculo iban siendo, no solamente aceptables, sino cada vez más adecuadas.

Pero, ¿y el astigmatismo? Un defecto cilíndrico residual enmascaraba un buen resultado anatómico. La aparición del las lentes intraoculares tóricas parece que colman ya las expectativas de solucionar la esfera y el cilindro postoperatorio. Comenzamos a hablar de *emetropía* y por lo tanto de cirugía *refractiva del cristalino*. Casi al unísono, aunque con una popularidad y difusión más lenta, aparecen los implantes multifocales, en un intento de solucionar la presbicia

pseudofáquica, y con ellas las lentes actualmente denominadas Premium, multifocales tóricas, bifocales, trifocales, acomodativas, etc.

Nos encontrábamos cómodos y seguros con nuestra cirugía, inmersos en una etapa de escasas novedades técnicas, cuando surge un nuevo proceso de transformación en la cirugía del cristalino, el fentoláser, que parece que ha llegado para quedarse. «*Ya voy a operarle la catarata con láser*», lo que va a suponer un cambio más en mi práctica clínica y ...económica. A mi generación nos llega la cuarta o quinta metamorfosis, será la última o la penúltima, pero ¡qué periodo de la oftalmología tan apasionante!

Pero «no nos queda otra», evolucionar. Creamos unas expectativas a los pacientes que abocan, en ocasiones, a excesivas exigencias por parte de ellos. Nos obligamos a un resultado perfecto o casi perfecto, con el uso de las nuevas opciones técnicas y quirúrgicas a las que podemos acceder. Pero cada una de ellas puede plantearnos nuevos problemas a resolver. Y así seguramente seguiremos intentando solucionar, hacer y deshacer, en un intento de alcanzar la perfección, con un límite que en realidad hacemos que tienda a infinito. Actualmente, además de cirujanos hábiles, debemos ser analíticos, pues sobre la habilidad innata del cirujano, en muchas ocasiones prima saber qué hay que hacer.

Y aunque la perfección está en el infinito, por fortuna para nosotros el ojo es humano, luego imperfecto, y en muchas ocasiones cómodo con su imperfección.

Dr. José Á. Cristóbal

Presidente de la Fundación SECOIR

Jefe de Servicio del H.C.U. «Lozano Blesa». Zaragoza