

# Indicaciones de la extracción extracapsular en la era faco

## *Extracapsular extraction indications in the phacoemulsification era*

GRANDE BAOS C<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción y objetivo:** Aunque la técnica quirúrgica indicada actualmente en el tratamiento de la catarata es la facoemulsificación bajo anestesia tópica, todavía quedan ocasiones en que está indicada la extracción extracapsular del cristalino de entrada o como reconversión sin complicación.

**Material y método:** En el presente trabajo analizamos nuestra experiencia personal durante la etapa de extracción extracapsular (375 intervenciones) y en la era «faco» (1.700 intervenciones 1.617 facos y 83 EECC). Comparamos y completamos nuestra experiencia con la bibliografía.

**Resultados:** Presentamos nuestras tablas con las indicaciones de cada una de las técnicas y los factores a tener en cuenta a la hora de tomar las decisiones.

**Discusión y conclusiones:** En la era faco la extracción extracapsular clásica mantiene unas indicaciones que varían según la experiencia del cirujano y algunas circunstancias más.

**Palabras clave:** Cirugía de cataratas, extracción extracapsular de cristalino, facoemulsificación, complicaciones cirugía de la catarata.

### SUMMARY

**Introduction and objective:** Although the surgical technique indicated in the treatment of cataract at the moment is the phacoemulsification under topical anaesthesia, there are still occasions in that it is suitable the extra capsular extraction initially or like re-conversion without complication.

---

Hospital Universitario de Santa Cristina. Madrid.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Adjunto/FEA de Oftalmología.

**Material and method:** We analyse our personal experience during the extra capsular extraction stage (375 interventions) and the phacoemulsification era (1,700 interventions (1,617 phacos and 83 extra capsular extractions)). We compare and we complete our experience with the bibliography.

**Results:** We present our tables with the different indications of each technique and the main factors for the choice.

**Discussion and conclusions:** In the «phaco era» the classic extra capsular extraction maintains some indications that there are according to the surgeon's experience and some more circumstances.

**Key words:** Cataract surgery, extra capsular extraction technique, phacoemulsification, complications of cataract surgery.

## INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de «Extracción Intracapsular de Cristalino» (EICC), «Extracción Extracapsular de Cristalino» (EECC) y/o facoemulsificación (Faco) estamos definiendo tres técnicas quirúrgicas que se corresponden con tres niveles del estado de la ciencia, también con tres épocas del oftalmólogo e incluso, con cierta malicia, con tres niveles de reciclaje del profesional (1-4). Realmente son tres técnicas diferentes que con el paso del tiempo han ido cambiando sus indicaciones. Debido a su importancia han marcado tres eras en la Oftalmología.

Estas indicaciones son muy variables con respecto a cada cirujano y también con los medios técnicos disponibles en cada momento.

Nuestro objetivo es repasar las diferentes opiniones vertidas en la bibliografía y nuestra experiencia personal en las 1.700 cataratas intervenidas en estos tres últimos años y, a partir de todo esto, elaborar una serie de tablas con las indicaciones personales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Por un lado disponemos de la experiencia vivida en la etapa de la «EECC» (350 intervenciones), por otra parte la de la «Faco» (1.700 intervenciones 1.617 facos y 83 EECC) y la analizamos. Por otro lado hacemos una revisión sobre el tema en las bases bibliográficas. A continuación integramos

los datos y elaboramos una serie de tablas con las indicaciones de programación, de reconversión y situaciones límite.

## RESULTADOS

En la tabla I mostramos las indicaciones de programación orientativas de las diferentes técnicas quirúrgicas actuales disponibles para la intervención de una catarata. La tabla II recoge las distintas situaciones en que a nuestro juicio está indicado reconvertir una técnica en otra. En la tabla III aparecen los factores a tener en cuenta para tomar la mejor decisión en una situación límite.

## DISCUSIÓN

Estas indicaciones no son dogmas de obligado cumplimiento, hasta tal punto que ante una situación idéntica un día se está psicoló-

**Tabla I. Indicaciones de programación de las diferentes técnicas de intervención de la catarata**

<i>Indicaciones: programación</i>	
— EICC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cristalino subluxado/luxado</li> <li>• Coloboma amplio</li> </ul>
— EECC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cristalino con subluxación controlada</li> <li>• Sd. pseudoexfoliativo + facodonesis</li> <li>• Catarata total brunescens o nigra</li> <li>• Catarata dura (sin fulgor) + miosis + turbidez</li> <li>• ¿Temor?</li> </ul>
— Facoemulsificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las cataratas</li> </ul>

**Tabla II. Indicaciones de reconversión de una técnica de intervención de cataratas en otra***Indicaciones: reconversiones*

- EECC → EICC
  - Subluxación amplia y progresiva
- Facó → EICC
  - Subluxación amplia y progresiva
- Facó → EECC
  - Subluxación controlada (sin anillo)
  - CCC desgarrada
  - Desinserción/rotura de cápsula posterior
  - Núcleo que no rota
  - Sublux. ant. de núcleo duro por ccc pequeña
  - Miosis (sin retractores)
  - ¿Temor? ... Pérdida de vítreo, incapacidad

gica y quirúrgicamente preparado para hacer una faco y al día siguiente no (5).

A la hora de tomar la decisión de no realizar la técnica habitual que es la faco, intervienen muchos factores además de las características del ojo, el grado de colaboración

**Tabla III. Factores a tener en cuenta en las situaciones límite**

Factores oculares	
<i>FACO</i>	<i>EECC</i>
Joven	Mayor
Normo/Exoftalmos	Enoftalmos
Emétrope	Astigmatismo alto
Buen pronóstico visual	Mal pronóstico visual
Transparencia corneal	Turbidez corneal
Buen endotelio	Endotelio deficiente
Cámara amplia	Cámara estrecha
Midriasis	Miosis
CCC normal/grande	CCC pequeña
Sd. Pseudoexfoliativo <2+	Sd. Pseudoexfoliativo >2+
Facodonesis -	Facodonesis +
Buen fulgor	Mal fulgor
Dureza menor	Dureza mayor
Factores oculares	
<i>FACO</i>	<i>EECC</i>
Dos ojos	Ojo único
Buena colaboración	Mala colaboración (salvo tos, vómitos)
Anestesia troncular	Anestesia troncular
Buen estado general (reintervención)	Mal estado general (salvo >pr. Vítrea)
Tolerancia corticoides	Intolerancia corticoides
Factores generales	
Factores del cirujano	
<i>FACO</i>	<i>EECC</i>
Experiencia	Poco experimentado
Descansado	Cansado
Buen equipo	Equipo de 2.º orden
Accesorios: Retractores, Anillos, Visco	No accesorios
Sin espectadores	Con espectadores
«Seguridad»	«Inseguridad»

del paciente y la disponibilidad del cirujano (medios técnicos y experiencia personal) (6,7).

No queremos continuar sin señalar dos hechos muy importantes, los jóvenes (menores de 40 años) están mucho más familiarizados con la faco que con la EECC, por lo que indicar una EECC supone sustituir una técnica «que dominan» por otra «que no dominan». Otro hecho muy importante es que las cataratas «nigras» y/o de alta dificultad para la faco, en general pertenecen a pacientes muy viejos, hipertensos, antiagregados/anti-coagulados, tosedores crónicos, disneicos, de vómito más fácil, poco colaboradores, etc., circunstancias todas ellas que si inciden sobre una faco (mínima incisión) tienen menor repercusión negativa que sobre una EECC (incisión de 120°) en la que la aparición de un desprendimiento coroideo masivo/hemorragia expulsiva es más probable y desastrosa.

Unas veces hacemos prevalecer el orgullo de culminar una faco en un caso difícil e ignoramos que el incremento del riesgo puede hacer peligrar los resultados (8,9), otras veces el afán de optimización nos estropea un buen resultado, en alguna ocasión para evitar el riesgo de caer en una obsolescencia segura incurrimos en un snobismo peligroso, también es posible que el paciente pida lo imposible y el oftalmólogo lo intente, en definitiva, el realizar una extracción extracapsular hoy en día, ¿es una medida de precaución o es el fracaso personal por no haberse atrevido a hacer una faco? (10).

Concluimos que existen tres técnicas quirúrgicas para intervenir a un paciente de cataratas, que tenemos que elegir la mejor para cada paciente y para ello hay que sopesar el beneficio añadido en función del incremento del riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jaffe. History of cataract surgery. Ophthalmology 1996, 103 (Suppl): S5-16.
2. Daviel J. Sur une nouvelle méthode de guérir la cataracte par l'extraction du crystallin. Mém Acad Roy Chir Paris 1753 ; 2: 337-339.

3. Javitt JC, Kendix M, Tielsh JM et al. Geographic variation in utilization of cataract surgery. *Med Care* 1995; 33: 90-105.
4. Kelman C. Phaco-emulsification and aspiration, a new technique of cataract removal: A preliminary report. *Am J Ophthalmol* 1967; 64: 23-35.
5. Osher R. Slow motion phacoemulsification approach. *J Cataract Refract Surg* 1993; 19: 667.
6. Boezaart TO, Berry L, Nell M. Topical anesthesia versus retrobulbar block for cataract surgery: the patient's perspective. *J Clin Anesth* 2000; 12: 58-60.
7. Jacobi PC, Dietlein TS, Jacobi FK. To comparative study of topical versus retrobulbar anesthesia in complicated cataract surgery. *Arch Ophthalmol* 2000; 118: 1037-1043.
8. Durand L, Burillon C. Complications de la chirurgie du segment antérieur. Masson. Paris 1990.
9. Cioni R, Osher R. Complications of phacoemulsification surgery. In Steinert R (ed): *Cataract surgery: Techniques, complications and management*, pp 327-340. Philadelphia: WB Saunders 1995.
10. Gonglore B, Smith R. Extracapsular cataract extraction to phacoemulsification: why and how? *Eye* 1998; 12(Pt6): 976-982.