

Sesión del 27 de febrero 1922

Para aumentar la eficacia de la iridectomía en el glaucoma

Por el DOCTOR MENACHO (I)

Han transcurrido sesenta y seis años desde que el creador de la Oftalmología moderna practicó la iridectomía en el glaucoma, y aquel genial hallazgo de Graefe, que en breve dió la vuelta al mundo y conquistó los sufragios de los oculistas reinando sin contradicción durante más de medio siglo, viene soportando los embates de la crítica y está sufriendo la competencia de otras intervenciones quirúrgicas que pretenden llenar las deficiencias de que se acusa hace algunos años a aquella operación.

Aunque en Medicina no abundan los problemas sencillos, es este del glaucoma uno de los más intrincados que podamos emprender; mas como no pretendo llegar hasta su entraña, porque me llevaría mucho más lejos de lo que me propongo, pero sin embargo, necesito fundamentar mis argumentos en datos anatómicos y anatómopatológicos, haré algunas consideraciones sobre la circulación endocular, pero muy sumarias, porque meterse resueltamente en ellas equivale a abrir la discusión magna sobre la patogenia del glaucoma, en la que he dicho no me proponía entrar.

Sólo diré, para mi objeto, que la circulación sanguínea del tracto uveal afluye por las ciliares posteriores cortas y largas y las ciliares anteriores cortas, y se elimina por las ciliares anteriores y los vasos vorticosos, y que la de la retina tiene lugar por las arterias y venas centrales del nervio óptico, siendo de notar la independencia relativa de ambas circulaciones, que normalmente sólo tienen un enlace muy restringido en la extremidad terminal del nervio óptico, entre la lámina cribada y la papila (en el llamado círculo de Zinn), y excepcionalmente, en las anomalías designadas con el nombre de vasos cilioretinianos.

Bajo la dependencia de la circulación, tiene lugar la *secreción* del humor acuoso, cuya elaboración se efectúa en la capa celular extendida de la ora serrata a los procesos ciliares, y está bajo la dependencia de la capa vascular subepitelial que es continuación de la coriocapilar de la coroides; y su *excreción* se verifica, para el *segmento anterior* del tracto uveal: 1.º, por el tejido trabecular del ángulo iridiano hacia el canal de Schlemm y las venas ciliares, y 2.º, por las lagunas ciliares y las vainas perivasculares de los vasos vorticosos, formando dos corrientes, la subtenoniana o episcleral y la pericoroidea (que se comunican ampliamente por las vainas linfáticas que con los vasos vorticosos atraviesan la esclerótica), yendo a parar al espacio supravaginal del nervio óptico, y en parte, al intervaginal; y la del *segmento posterior* del tracto uveal va a parar al espacio pericoroideo, y, por éste, al intervaginal del mismo nervio.

Ahora bien: el glaucoma es una enfermedad cuyas lesiones radican en el tracto uveal, y, cualquiera que sea la teoría que consideremos, todas vienen a coincidir en este punto concreto, incluso la que explica el síndrome glaucomatoso por el edema del vítreo, porque al fin y al cabo el vítreo recibe su nutrición por medio de la membrana vascular del ojo. Es cierto que la mayoría de los autores no consideran al glaucoma como una enfermedad, sino como un síndrome; pero, aunque así procedan, se ven forzados, aun los más reacios, a colocar el capítulo *Glaucoma* a continuación del de las enfermedades de la coroides, como buscando la sombra protectora de su etiqueta para su clasificación.

Sea de ello lo que sea, lo cierto es que la preocupación de todos los oculistas al desarrollar este capítulo y al tratar a los glaucomatosos, es la de restablecer el equilibrio de la circulación, y este equilibrio, cuya clave halló de Graefe al descubrir la eficacia de la iridectomía para su restablecimiento, es el objetivo que todos perseguimos, ora prescribamos los mióticos, ora empleemos los hipotensivos (revulsivos, laxantes, régimen declorurante, corrientes de alta frecuencia, etc.), ora intervengamos quirúrgicamente; y cualquiera que sea la operación antiglaucomatosa que consideremos, desde las paracentesis repetidas hasta la ablación del ganglio cervical superior del simpático, todas ellas, todas, han sido aplicadas con el propósito de combatir la hipertensión.

Y ¿de qué recursos disponemos en la actualidad para obtener la reducción de la tensión ocular? En buena práctica, sólo podemos obtenerla disminuyendo el acceso o facilitando la salida de los líquidos que circulan por el ojo. El primer propósito es el que está más al alcance de los recursos del tratamiento médico, y el segundo es el que más de lleno entra en la esfera de la Cirugía.

Colocada la cuestión en este terreno, se trata: 1.º De elegir una operación que abra una salida adecuada para el exceso de contenido líquido del ojo; 2.º Que su acción sea lo más efectiva y permanente; 3.º Que responda a la modalidad que en cada caso pueda revestir la enfermedad; 4.º Que su ejecución sea lo más fácil y lo menos peligrosa posible. Pero como yo tampoco me he propuesto pasar en revista todos los procedimientos operatorios (que fuera tarea mucho más larga de la que me he fijado), sino ceñirme al estudio de la eficacia de la iridectomía y de los recursos a que podemos recurrir para aumentarla, entro en el fondo de la cuestión.

Yo, por mi parte, no presencié el entusiasmo de los treinta primeros años de la iridectomía; aunque, por mi desgracia, tampoco pude conocer a de Graefe; pero a mis maestros, y entre ellos, en primer lugar, de Wecker, Landolt y Galezowski, aunque particularmente al primero, les oí referir con todo lujo de detalles y reiteradamente todo lo referente a la edad de oro de la iridectomía antiglaucomatosa, y comparando aquellas referencias y, aun más, comparando lo que oí de mis maestros, y aun lo que observé en mi práctica, con las consideraciones de algunos artículos que se publican en las Revistas oftalmológicas, debí haber algo, pero algo muy importante, que, bien estudiado, podría explicarnos esta profunda contradicción. ¿Es que se pide a la iridectomía lo que no puede dar, empleándola en el glaucoma crónico, como opina autoridad tan arraigada como el doctor Abadie, o hay algo más, como yo creo y voy a exponer a vuestra consideración?

La iridectomía es una operación, que según quién, según cuándo y según para qué se hace, no parece la misma. ¿Cuáles son las circunstancias que facilitan la ejecución correcta de la iridectomía? La ausencia de inflamación, la normalidad de la tensión, la no degeneración del tejido del iris y de la cabeza de los procesos ciliares; éstas son las principales. Pero, me diréis, pocas veces se puede iridectomizar un glaucoma en estas condiciones, o porque los enfermos acuden tarde, o porque cuando cesa el período agudo dejan de acudir. Es cierto, y buena parte de culpa de las iridectomías incorrectas debe cargarse a cuenta de esta circunstancia; pero yo hace muchos años que para ponerme, en lo posible, a cubierto de este accidente, en los glaucomas más o menos agudos practico la esclerotomía previa, y en los crónicoinflamatorios aprovecho un período de calma para operar, y, aunque no siempre se puede elegir el momento, procediendo en esta forma se facilita considerablemente la operación.

Se me podría objetar que no es condición indispensable para la eficacia curativa que la iridectomía resulte correcta, antes bien, que muchas iridectomías, y de las eficaces, son iridectomías con enclavamientos y con cicatriz quística; y aquí os confesaré un hecho que durante muchos años no llegué a explicarme, y al que sólo recientemente he podido hallarle explicación. El hecho es que mi maestro el doctor de Wecker, que era un operador correctísimo, el más correcto que yo he conocido, me hizo esta misma afirmación en alguna de mis últimas visitas a su clínica, y en esto se fundaba para reforzar su argumento de la cicatriz filtrante y para explicar la posibilidad de la eficacia de otras operaciones decompresivas; y repito que esta afirmación hecha por él me dejó perplejo (aunque no convencido) y procuré en vano hallarle una explicación satisfactoria. Pero el hecho es cierto; cierto es que hay iridectomías con cicatriz quística que corrigen la hipertensión; pero ¿es este un argumento para llevarnos a practicar iridectomías incorrectas, con enclavamiento?... Ya diré luego mi opinión; mientras tanto, señalaré el hecho de que la ciclodíalisis se propone obtener el enclavamiento del iris en la cicatriz, y que la iridoesclerectomía de Lagrange y la trepanación de Elliot se proponen la obtención de una cicatriz quística para aprovechar su eficacia sobre la filtración ocular.

La iridectomía correcta tiene una influencia evidente, incontestable, para favorecer la eliminación de la linfa endocular, y me lo confirman las muchas iridectomías correctas que he visto y he practicado, seguidas de éxito, éxito que yo atribuyo, no como pretenden algunos a la filtración que se efectúa a través de la cicatriz escleral de una herida correcta, que, aparentemente, debé ser menor que la que tiene lugar en las cicatrices quísticas, sino a la más amplia comunicación entre la zona uveal secretora del acuoso y el lugar de su eliminación; a la sección del iris hasta su raíz, que deja abiertas lagunas linfáticas de la región ciliar y deja de obstruir el ángulo iridiano; y al desbridamiento del tejido trabecular de dicho ángulo, que facilita el acceso al espacio supracoroideo, y por las venas ciliares anteriores al espacio supraescleral. En cambio, la iridectomía que insisto en llamar incorrecta, si tiene enclavado el iris en la cicatriz, ha de ser clasificada como defectuosa, porque expone a fenómenos irritativos reflejos, que en buena clínica no podemos juzgar favorables para el porvenir del ojo operado ni del congénere. ¿Es esto negar en absoluto la posibilidad de que una iridectomía con cicatriz quística pueda mantener el equilibrio de la tensión ocular? Yo creo que en absoluto no, pues será útil en aquellos casos en que la comunicación entre la corriente de llegada y la de salida resulte bien amplia y fácil.

Y ahora os diré cómo me explico que en algunos ojos iridectomizados sea una solución favorable el desarrollo de una cicatriz quística, y también por qué una iridectomía aparentemente correcta resulta ineficaz. Al practicar la iridectomía en un ojo glaucomatoso, puede darse el caso de que la enfermedad no haya llegado aún a originar alteraciones de los tejidos, o bien que éstos estén alterados o degenerados; en el primer caso, al practicar la iridectomía, ésta resultará correctamente factible,

porque, al pinzar el iris, éste sigue a la pinza y su sección puede hacerse de raíz, quedando entonces perfectamente libre la comunicación entre la superficie secretoria y el ángulo iridiano, principal vía excretoria de la linfa endocular; pero si el tejido del iris está degenerado, entonces éste se desgarrará y suelen quedar restos del mismo, que dificultan la comunicación entre las dos cámaras del ojo y que pueden interponerse entre los labios de la herida y obstruir el tejido trabecular. En el primer caso, o sea en el de iridectomía correcta, la filtración halla más ancha vía para efectuarse, y en el segundo, si se interponen los restos en forma tal que no dejen un trayecto fistuloso practicable, por el cual la linfa pueda pasar desde el ojo hasta una vía de filtración, o sea hasta poder desaguar en los espacios supracoroideo o supraescleral, entonces la iridectomía fracasará, y la única condición para que pudiera servir para el objeto propuesto de aligerar la filtración, sería que se estableciera un trayecto fistuloso que favoreciese dicha comunicación. Por este motivo, opino que al practicar una iridectomía incorrecta en un ojo degenerado, dejamos al ojo en malas condiciones de filtración si no resulta la cicatriz quística, y en este razonamiento me apoyaba para aconsejar, en un trabajo que presenté a la Asamblea de la Sociedad Oftalmológica de Viena (agosto de 1921), que *el punto de elección para el emplazamiento de una iridectomía antiglaucomatosa eficaz, es aquel sector en que el tejido del iris y del cuerpo ciliar esté menos degenerado*, y no la parte superior, como hasta ahora se ha recomendado, buscando el fin de proteger el coloboma del iris con el párpado superior. Y aun voy más lejos: creo que es preferible la iridoesclerotomía o la trepanación, que una iridectomía con cicatriz quística practicada en un iris profundamente degenerado.

Para terminar, permitidme que aproveche la ocasión para insistir sobre un problema al que hace años dedico mi atención, porque por su importancia lo merece, y que encaja perfectamente con el tema que estoy desarrollando: me refiero a la iridectomía preventiva del glaucoma. Comprendo que el solo adjetivo que condiciona en este caso el empleo de la iridectomía ponga en guardia contra la misma, porque si fuéramos a practicar a nuestros semejantes, además de las operaciones de indicación urgente e imprescindible, otra serie de operaciones preventivas, ¿adónde iríamos a parar?; entre los cuidados de la higiene y las intervenciones quirúrgicas, llegaríamos al final de nuestros días sin haber tenido tiempo de disfrutar de la vida. Comprenderéis que no es eso lo que propongo; no se trata de practicar preventivamente la iridectomía sin más ni más, no; el problema es muy distinto. El glaucoma, eliminando los casos de glaucoma secundario, consecutivo a lesiones o enfermedades que den lugar a cicatrices que dificulten la excreción o provoquen la hipersecreción, es una enfermedad que, más o menos tarde (o más o menos pronto), ataca ambos ojos, y cuando vemos un individuo que ha sufrido sus ataques en un ojo, le consideramos candidato a sufrirlos en su congénere; y si examinamos atentamente, podremos notar circunstancias que nos permitirán apreciar con bastante certidumbre las probabilidades del riesgo que corre, fundadas en la observación del estado anatómico y funcional del iris, en la disposición de la cámara anterior, en el grado de astenopia acomodativa o de presbicia en relación con su edad, en la tendencia a ciertas perturbaciones funcionales de la visión, eso sin contar con otros síntomas más precisos, como son: irisaciones, obnubilaciones pasajeras, tendencia a la reducción interna del campo visual; y algunos de aquellos síntomas, apreciados en un individuo que ya haya sufrido de glaucoma en un ojo, nos autorizan a considerarle en inminencia de glaucoma en el otro. Ahora bien: para estos casos precisamente es para los que propongo practicar la iridectomía preventiva, porque, aunque *a priori* podemos considerar que la iridectomía será fácil de practicar y correctamente practicable, la experiencia me ha demostrado hasta la fecha su absoluta eficacia, y yo de mí sé deciros que si me encontrase en el duro trance de haber perdido un ojo a consecuencia de glaucoma en las condiciones arriba apuntadas, no vacilaría en hacerme iridectomizar el segundo antes de esperar a pie firme el ataque del glaucoma en él. Ya veis, pues, que bien puntualizados los términos del problema, lo que pudiera parecer una osadía se convierte en un problema de elemental prudencia; y así, en este plan, terminaré mis razonamientos con las siguientes conclusiones:

1.^a Para practicar una iridectomía correcta, conviene evitar, en lo posible, la hipertensión, y, para lograrlo, debe hacerse una esclerotomía previa que nos allane el camino para operar en excelentes condiciones.

2.^a Para aumentar la eficacia de la iridectomía, debe practicarse en iris cuyo tejido no esté muy degenerado; por eso es preferible operar al principio de la enfermedad o en un período de acalmia.

3.^a El emplazamiento de la iridectomía debe efectuarse en el lugar en que el iris esté menos alterado, que suele ser el diametralmente opuesto a aquel hacia donde se desvía la pupila.

4.^a La iridectomía precoz, y aun más, la iridectomía previa o preventiva, son las que se pueden hacer en mejores condiciones y que proporcionan éxitos más brillantes.

DISCUSIÓN

Intervinieron los doctores CIRERA y VIDAL FRAXANET.