

El erisífaco y la facoerisis: un instrumento y una técnica olvidados

Dr. Sergio E. Hernández Da Mota*, Dr. Raymundo M. Paez Martínez**

RESUMEN

La cirugía de catarata es quizás una de las que más modificaciones ha tenido a lo largo de la historia. Se inicia como cirugía moderna con las aportaciones de Daviel, oftalmólogo francés de mediados del siglo XVIII y médico de cámara del rey Luis XV.

Una de las técnicas más empleadas hasta hace casi 40 años fue la extracción de catarata con ventosa o también conocido como erisífaco. Actualmente, pocos colegas saben de la existencia de este instrumento que en algún tiempo fue de uso común en la cirugía de catarata como lo son hoy los equipos de facoemulsificación.

Palabras clave: Erisífaco, cirugía de catarata.

SUMMARY

Cataract surgery may be one that has had various changes throughout history. It began as a modern surgery with Daviel's contributions, a French XVIII century ophthalmologist who served French king Louis XV as one of his chamber doctors. One of the techniques more used until about 40 years ago was the vacuum extraction with erysiphacus. Nowadays very few people are aware of the existence of this instrument and technique commonly used in cataract surgery some time ago, the same way phacoemulsification instruments are used nowadays.

Key words: Erysiphacus, cataract surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de catarata ha sufrido numerosas modificaciones a lo largo de la historia. Desde tiempos ancestrales se sabe de las técnicas de reclinación del cristalino practicadas por numerosas civilizaciones como los hindúes, los pueblos nativos americanos e inclusive hasta por médicos novohispanos.

El inicio de la cirugía moderna de catarata se le atribuye a Daviel, médico francés del siglo XVIII quien describe su técnica en el año de 1745. Fue médico de cámara del rey Luis XV e incluso varios monarcas de la época, incluyendo al rey español Felipe V, duque de Anjou, llegó a disputar de sus servicios, revolucionarios para aquella época.

Técnica de la ventosa o erisífaco (facoerisis)

La técnica de extracción con ventosa está descrita en numerosos tratados del siglo pasado, como el de Arruga quien, dentro de sus múltiples técnicas de extracción intracapsular

de la catarata, la describe como una de las más novedosas para la época.

El que se considera uno de los iniciadores de la técnica fue el ilustre oftalmólogo español, Ignacio Barraquer, quien a los pocos años de haber concluido su carrera de medicina hizo esta gran aportación a la cirugía oftalmológica. En 1917 presentaba a la Real Academia de Medicina su técnica de la intervención de las cataratas, en las que utilizó por primera vez el erisífaco (del griego phakós: lente y hairesis/haireseos: acción de sacar, extraer) ideado por él. En su presentación comenta: "Evitar toda presión sobre el órgano e instrumentos cortantes, dentro de las cámaras oculares, es la única forma de ver desaparecer con toda seguridad la pérdida de humor vítreo. Esta idea constituyó mi objetivo al poner en práctica mi procedimiento de extracción *in toto* que tengo el honor de comunicar a esta sabia corporación. La técnica consiste en adaptar a la superficie de la catarata una pequeña ventosa que hace presa de ella y permite su movili-

* Clínica David. Unidad Oftalmológica. Blvd. García de León 598. Colonia Nueva Chapultepec. Morelia, Michoacán, México.

** Servicio Oftalmología. Hospital Gral. Dr. Miguel Silva, SSA, Morelia, Michoacán, México.

Correspondencia: Dr. Sergio E. Hernández Da Mota. Blvd. García de León 598, Colonia Nueva Chapultepec CP 58280, Morelia, Michoacán, Teléfono-fax: (443)3144362 e-mail: tolodamota@yahoo.com.mx

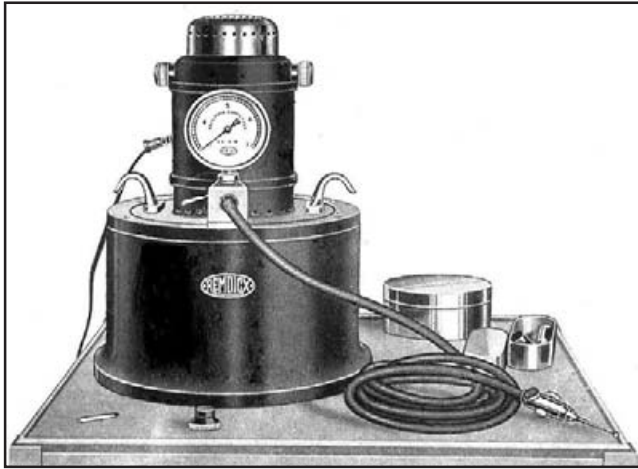


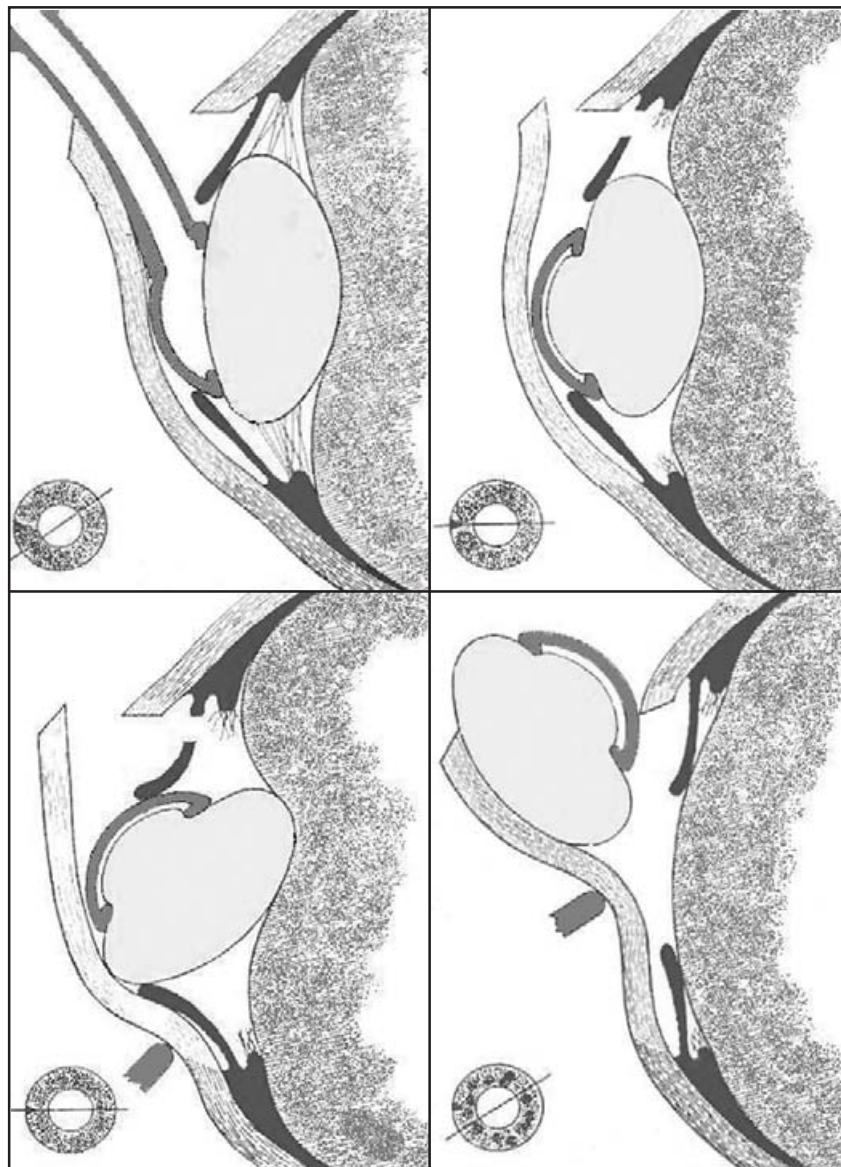
Fig. 1. Foto actual del aparato.

zación, su separación del ligamento, de modo tan completo y suave, que basta la acción de retirar el instrumento, sin tracción ni fuerza alguna, para ver salir enteros el cristalino y su cápsula, con pasmosa facilidad, sin la menor violencia para el ojo; nunca compresión se necesita, ni la entrada en el ojo de otro instrumento (1, 2)”

La ventosa va unida a un aparato aspirador (Figura 1) que, por succión, sujeta al cristalino por su cara anterior y lo extrae.

Aunque algunos autores como Stoewer y Hulen habían ensayado este procedimiento, la divulgación y perfeccionamiento del método son obra de Barraquer, quien ideó aparatos accionados por un motor eléctrico y cuyos modelos se fueron perfeccionando cada vez más. Los tiempos quirúrgicos eran:

1. Anestesia retrobulbar.
2. Colocación de blefaróstato.



Figs. 2-5. Representación esquemática de los movimientos realizados con la ventosa en la extracción del cristalino.

3. Sección corneal empleando cuchillete de Graefe.
4. Iridectomía periférica.
5. Extracción con ventosa, haciendo hincapié en una apertura corneal grande de aproximadamente 180° para dar cabida al erisífac. Se levantaba la córnea con una pinza y, al mismo tiempo, se penetraba con el instrumento hasta aplicarlo sobre la cara anterior del cristalino, preferentemente por su parte baja (Figuras 2-5).

Al tener la seguridad de que la cara cóncava de la ventosa se hallaba bien aplicada sobre la cara anterior del cristalino, se retiraba la pinza que sujetaba la córnea y se aplicaba el vacío.

Podía ocurrir que se rompiera toda la zónula y quedara el cristalino sujeto por la ventosa pero suelto en la cámara posterior. En tal caso, se extraía haciendo salir primeramente el borde superior basculándolo por deslizamiento de su borde inferior sobre la cara posterior de la córnea para que fuera ese borde el que saliera primeramente por la herida.

La ventosa del aparato era la que se denominaba erisífac y a la cirugía se le denominaba facoérisis.

La ventosa propiamente dicha iba acoplada a una válvula de paso, y mediante un tubo de goma se hallaba en comunicación con un aspirador que constaba de un motor eléctrico de un octavo de caballo y una bomba aspirante, reunidos en un solo bloque, con un manómetro indicador del grado de vacío. La ventosa podía ser oval o circular; la primera tenía un diámetro de 4.5 por 3 mm y la redonda 4.5 mm de diámetro.

De Saint-Martin aconsejaba la ventosa ovalada para las cataratas duras y las maduras, con un vacío intenso (60 a 65 milímetros de mercurio) y la ventosa redonda para las cataratas blandas e intumescientes, con un vacío ligero (40 a 45 milímetros).

6. Por último, se realizaba sutura de la herida con seda 6-0.

El aparato sufrió modificaciones sobre todo por autores como Green y Nugent. Una de las fuentes en donde vienen descritos mejor el procedimiento y el instrumento, es la de Arruga quien, dentro de las múltiples recomendaciones que hace con respecto a la técnica, señala que al no poderse juzgar con certeza la resistencia de la zónula por el tipo de catarata, en caso de duda se recomendaba usar una ventosa de mayor diámetro que los indicados haciendo un vacío de 40 a 45 mmHg, menos expuesto a rupturas capsulares especialmente con ventosas grandes. Los vacíos intensos se reportaban como causa frecuente de ruptura de la cápsula, por lo que se prefería recurrir al aumento del tamaño de la ventosa que al aumento de intensidad en el vacío.

Diferentes autores reportaron el desarrollo de «erisífacos manuales» que no precisaban de la utilización de energía eléctrica como los diseñados por Dimitry, Lijo Pavía y Argañaraz que tenían la ventaja sobre el eléctrico de ser sencillos, menos expuestos a descomposturas. La desventaja principal, era que si no se conseguía sujetar el cristalino en el primer intento, había que cargar un émbolo que era el que producía el vacío una y otra vez, realizando incursiones repetidas dentro del globo ocular que podían dañar más los tejidos, principalmente el endotelio corneal que ya de por sí llegaba a tener cierto grado de trauma por la extracción misma de la catarata que lo rozaba en el momento en que se extraía. Recordemos que en esos tiempos no había ningún tipo de material viscoelástico que pudiera proveer de cierta protección al endotelio corneal.

Como en todo tipo de extracción intracapsular, se llegaban a tener cierto tipo de complicaciones potenciales durante el procedimiento. Dentro de éstas se incluían la mayor probabilidad de pérdida de vítreo y desprendimiento de retina principalmente. Hay que recordar que en los tiempos en donde se realizaba dicha técnica, los lentes intraoculares no existían o estaban apenas descritos (Ridley, 1951) por lo que la técnica intracapsular que eliminaba la presencia o desarrollo ulterior de opacidad capsular al extraer el cristalino completamente, era la más popular y empleada (3).

Es importante conocer las diferentes técnicas quirúrgicas para la extracción del cristalino a lo largo de la historia por muy arcaicas y obsoletas que nos pudieran parecer. Siempre se puede requerir o aprender de ellas por muy “avanzados” que sean nuestros sistemas modernos de extracción de catarata. La extracción intracapsular, en sus diferentes modalidades como la que se describe, aunque desplazada en prácticamente su totalidad por las técnicas extracapsulares (actualmente la variante de facoemulsificación), puede ser una técnica viable para algunos casos seleccionados y nunca estará por demás el siquiera saber de ella. No sabemos si algún día llegáramos otra vez a requerirla.

REFERENCIAS

1. Barraquer, I. Extracción total de la catarata (Nota presentada en las Reales Academias de Medicina y Cirugía de Madrid y Barcelona). España Oftalmológica, Revista de Clínica y Terapéutica Ocular 1917 Mayo; 2 (4): 81-83.
2. Barraquer, I. Un procédé d'extreme douceur pour l'extraction in toto de la cataracte. Clin Ophtal, 1917, 22: 328-33.
3. Arruga H. Cirugía del cristalino. En: Arruga, H. Cirugía ocular. 5ª edición. Barcelona: Ed. Salvat; 1963. 437-573.