

CARTAS AL EDITOR

CIRUGÍA FOTORREFRACTIVA: VUELTA A LA SUPERFICIE; O *NUNCA DIGAS NUNCA*

Dr. Ricardo Trigo Lara

En noviembre de 1987, durante la reunión de la Academia Americana de Oftalmología, se reportó un procedimiento experimental con láser de energía ultravioleta para realizar ablación del tejido corneal, modificando con ello la curvatura y por consiguiente la refracción. En 1989 se aplicó por primera vez esta técnica en el ojo de un paciente logrando disminuir el problema miópico. Se inició así la era de la cirugía fotorrefractiva.

La técnica, denominada Queratectomía Fotorrefractiva (PRK, por sus siglas en inglés) fue un éxito instantáneo, capaz de corregir miopía y astigmatismo sin los problemas de inestabilidad que provocaba la queratotomía radiada. Sin embargo, prácticamente desde el principio fue evidente que las ablaciones profundas causaban opacidad de la córnea, no siempre con consecuencias visuales pero a veces con regresión importante del efecto. Además, era dolorosa y la recuperación visual lenta. A pesar de estas limitaciones, la técnica demostró ser efectiva, estable y segura en cientos de miles de pacientes. Los seguimientos publicados de pacientes de aquella época así lo demuestran y, más importante, no se reportan complicaciones a largo plazo (1).

No está bien establecido quien tuvo la idea de incorporar a la cirugía fotorrefractiva el concepto de queratomileusis ideado por José Ignacio Barraquer, lo cierto es que, al realizar la ablación no en la superficie ocular sino en el estroma medio, no sólo se logra evitar la opacidad, también se evitan las molestias postoperatorias propias de la lesión epitelial y la recuperación visual es casi inmediata. La Queratomileusis Asistida con Láser (LASIK) virtualmente sepultó, por un tiempo, al procedimiento de superficie, y ha resultado de gran beneficio para cientos de miles de pacientes, un buen número de oftalmólogos y algunos nuevos gigantes de la industria.

Pero nunca falta el pelo en la sopa de la felicidad quirúrgica: en medio de la euforia de contar con un procedimiento para tratar la miopía, efectivo, rápido, indoloro y altamente generador de pacientes, aparentemente se olvidó que a) no conocemos del todo a la córnea y b) además de su función refractiva la córnea es un órgano de contención sujeta a la acción de la presión intraocular. En 1997 se publicó el primer caso de queratocono iatrogénico inducido por cirugía láser intraestromal, y a la fecha hay cerca de 100 reportes al respecto, y seguramente muchos más que sólo se discuten en los recesos de café de los eventos de la especialidad.

Como ha sido común en la historia de la cirugía refractiva, un buen número de estos casos complicados se deben a excesos por parte del cirujano: ablaciones demasiado profundas, cirugía en córneas sospechosas o francamente anormales, errores en programación o aplicación de la técnica, etc. Pero a medida que aumentan los reportes de ectasia corneal se va haciendo evidente un hecho innegable: la técnica LASIK, al levantar un colgajo que no vuelve a formar parte de la estructura corneal (aunado a la ablación de tejido), efectivamente adelgaza la córnea más allá de los límites permisibles aun en casos sin factores de riesgo evidentes, es decir, en miopes bajos con topografías normales.

Ciertamente es muy bajo el número de ectasias iatrogénicas, por lo menos las reportadas, en relación con el número de pacientes intervenidos (por ahora), pero el fenómeno es lo suficientemente preocupante para que la Academia Americana de Oftalmología (AAO), la Sociedad Americana de Cirugía de Catarata y Refractiva (ASCRS) y la Sociedad Internacional de Cirugía Refractiva (ISRS) hayan convocado en forma conjunta a un panel de expertos en el área para resumir el conocimiento actual acerca de la ectasia iatrogénica. Sus conclusiones son muy claras: la ectasia corneal puede producirse aun en ausencia de riesgos preoperatorios conocidos en cualquier paciente que se someta a LASIK. El artículo al respecto se publica simultáneamente, algo inusitado, en las dos revistas más importantes dedicadas al tema de la cirugía refractiva (2, 3).

¿Qué debe concluir de lo anterior todo cirujano que realice cirugía refractiva? Más allá de las implicaciones legales que indudablemente tiene el hecho de contar con esta evidencia escrita, es más importante la implicación moral: hay que meditar en lo que esto significa para los pacientes. Hoy más que nunca, el médico está obligado a conocer a fondo los factores de riesgo de ectasia iatrogénica y a informar a quienes en él depositan su confianza sobre la posibilidad de esta complicación, y recordar que existe el láser de superficie, una alternativa quizá menos elegante, con más de esas molestas llamadas telefónicas por parte del paciente operado, pero que a la larga brinda los mismos resultados visuales que el LASIK (4, 5) y que hasta ahora no ha dado sorpresas desagradables años después de realizada.

1. Rajan MS. A long-term study of photorefractive keratectomy, 12 year study. *Ophthalmology* 2004; 111:1813-1824.
2. Binder PS, Lindstrom RL, Stulting D, Donnenfeld E, Wu H, McDonnell P, Rabinowitz Y. *J Refract Surg* 2005; 21:749-752.
3. Binder PS, Lindstrom RL, Stulting D, Donnenfeld E, Wu H, McDonnell P, Rabinowitz Y. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31:235-238.
4. Pop M, Payette Y. Photorefractive keratectomy versus laser in situ keratomileusis: a control-matched study. *Ophthalmology* 2000; 107: 251-257.
5. Walker MB, Wilson SE. Recovery of uncorrected visual acuity after laser in situ keratomileusis or photorefractive keratectomy. *Cornea* 2001; 20:153-155.