

Anestesia peritópica en cirugía de catarata

Peritopic anesthesia in cataract surgery

Sr. Director:

Aunque actualmente disponemos de diferentes opciones anestésicas, dos son las más aceptadas para la realización de los procedimientos oftálmicos, especialmente la cirugía de la catarata mediante facoemulsificación: la anestesia tópica y la regional (1). La elección de las mismas está en función de las necesidades del paciente y de las preferencias del cirujano (2).

La anestesia tópica propuesta por Knapp en 1884, en aquella época mediante el uso exclusivo de gotas de cocaína al 5%, sufre un largo período de abandono hasta ser recuperada para la facoemulsificación por Fichman en 1992, aportando indudables ventajas sobre la anestesia loco-regional como la rápida recuperación funcional y deambulación del paciente, evitándose las potenciales complicaciones de ésta.

Sin embargo, siendo estrictos con los conceptos, si hablamos de anestesia tópica solo debiéramos utilizar gotas anestésicas, pues de añadir sedación y/o lidocaína intracamerular –hecho habitual– estaríamos hablando de una técnica anestésica que nuestro grupo denomina «combinada». En este sentido, es necesario recordar que el uso de la lidocaína intracamerular no está aprobado en España salvo como «uso compasivo» –implicación legal que es necesario cumplimentar– salvo en la combinación con un viscoelástico (VisThesia®). También puede ser causa de un Síndrome TASS (toxic anterior segment syndrome) si la preparación de la dilución al 1%, a partir de la presentación comercial al 2%, no se hace correctamente.

Existen situaciones relacionadas con: el cirujano (adjunto «joven», MIR), con el paciente (ansiedad, no colaboradores, enfermedad de Parkinson, hipoa-cusia, hendidura palpebral pequeña, nistagmus, historia de uveítis, etc.) o con el ojo (ametropías, patología corneal, cataratas muy duras o subluxadas, poca midriasis, sinequias, síndrome IFIS, cirugía ocular previa, patología macular que afecta a la fijación, etc.), donde el confort del paciente y del cirujano son esenciales para el correcto desarrollo de la cirugía.

Por lo expuesto anteriormente, en los últimos años además de la anestesia tópica (combinada) manejamos en un porcentaje importante de nuestros pacientes la anestesia peritópica, término acuñado en nuestro servicio, y que consiste en la combinación de anestesia tópica (solo gotas) y anestesia peribulbar de una sola inyección. En ambos procedimientos utilizamos la combinación de dos anestésicos: uno de acción rápida y corta con otro de latencia y duración mayor. Nuestro protocolo de anestesia peritópica comienza en el antequirófano donde al paciente se le instila una primera gota de una mezcla comercializada de clorhidrato de tetracaína al 0,1% y clorhidrato de oxibuprocaina al 0,4% (Colircusi Anestésico Doble®); la oxibuprocaina actúa en 10-12 segundos con lo que calma las molestias de la tetracaína, de acción más duradera. La segunda y tercera gota, con el paciente en quirófano, la ponemos de una mezcla comercializada de clorhidrato de tetracaína al 0,5% y nafazolina (Colircusi Anestésico 0,5®), en la que la concentración de tetracaína es cinco veces mayor, y que cuenta con el efecto vasoconstrictor de la nafazolina que va a enlentecer la absorción de la primera logrando una acción anestésica eficaz de aproximadamente veinte minutos. La anestesia peribulbar consiste en la inyección única de 4 ml de una mezcla al 50% de lidocaína al 2% y bupivacaína al 0,5%, temporal inferior; la lidocaína con efecto motor y analgésico de acción rápida debido a su acción vasodilatadora que favorece una pronta absorción, y la bupivacaína que tiene preferencia por las fibras sensitivas –dolorosa cuando se inyecta en solución única– de mayor latencia y duración. Esta combinación hace que después de la cirugía, la limitada aquinesia inducida prácticamente haya desaparecido, quedando una confortable analgesia que hace que el paciente no se frote el ojo o se lo apriete como maniobra antiálgica, hechos peligrosos en una cirugía sin suturas, que pueden originar algún grado de Seidel, hipotonía secundaria, modificar la posición de la LIO, favorecer la aparición de una endoftalmitis (3), etc.

En la anestesia peritópica la recuperación visual es rápida, no se produce ptosis postoperatoria, y no necesariamente hay que realizar oclusión ocular. No debemos utilizar los argumentos de quienes definen las «anestésias no tópicos» como técnicas vergonzantes o las etiquetan de método anti-guero, sino entender que disponemos de una nueva

opción, eficaz y segura, de la que se pueden beneficiar algunos de nuestros pacientes.

Atentamente,

Abreu JA¹, Aguilar JJ², Capote E², Abreu R³

¹ Doctor en Medicina.

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

² Licenciado en Medicina.

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

³ Licenciado en Medicina.

Hospital Universitario La Candelaria. Tenerife

E-mail: jabreu@oftalnet.nu

BIBLIOGRAFÍA

1. Grandall AS. Anesthesia modalities for cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol* 2001; 12: 9-11.
2. Rizzo L, Marini M, Rosati C, et al. Peribulbar anestesia: single injection technique with a small volume of anesthetic. *Anesth Analg* 2005; 100: 94-96.
3. García-Arumí J, Fonollosa A, Sararols L, et al. Topical anesthesia: posible risk factor for endophthalmitis after cataract extracción. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33: 989-992.