



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



CARTAS AL EDITOR

Cicloplejía en el postoperatorio de cirugía oftalmológica: NO es la anestesia



Post-operative cycloplegia following ophthalmic surgery: it is NOT anesthesia

Estimado Editor:

Hace mucho tiempo que la práctica de la anestesia vive rodeada de un aura mística. Y se demuestra, por ejemplo, por la actual falta de pruebas concretas sobre el mecanismo de acción de los anestésicos volátiles que, en la mayoría de los casos, es una conjetura¹. Esos márgenes oscuros del conocimiento llegan a los profesionales que no son anesthesiólogos y que a veces usan técnicas anestésicas sin comprender totalmente la gama del conocimiento asociado con esas técnicas (o sea, infiltración de anestésicos locales, sedación). Esa mistificación de la anestesia también se ejemplifica por los anestésicos y los anestesistas que son injustamente acusados debido a complicaciones postoperatorias que no pueden ser explicadas de otra forma.

Una paciente sana, de 55 años de edad, llegó para el implante de lente intraocular de cámara anterior para la corrección de miopía del ojo izquierdo. Algunas semanas antes, el mismo procedimiento fue realizado en el ojo derecho sin intercurencias y con el uso de anestesia retrobulbar. Se colocaron monitores estándar, de acuerdo con la Sociedad Norteamericana de Anesthesiólogos (ASA). La paciente fue premedicada con 2 mg de midazolam por vía intravenosa y a continuación se hizo el bloqueo retrobulbar. Con el globo ocular en posición primaria, se insertó una aguja de 31 mm y calibre 23 por la piel del aro orbital inferotemporal. La aguja avanzó tangencialmente 15 mm y posteriormente fue redirigida hacia arriba y hacia el interior para alcanzar la proximidad del cono muscular. Con la aspiración previa negativa, se inyectaron 3 ml de bupivacaína al 0,75%. Después de 5 min se obtuvo la oftalmoplejía interna y externa, así como también la anestesia ocular, y la cirugía continuó sin intercurencias.

El primer día del postoperatorio la paciente se quejó de dolor equivalente a la puntuación 7/10 (en una escala visual analógica [EVA] de 11 puntos, marcada con 0 = sin dolor y 10 = el peor dolor que se pueda imaginar) en el ojo izquierdo, con midriasis fija asociada; los movimientos extraoculares de los ojos estaban preservados. La paciente fue evaluada por el oftalmólogo; los hallazgos fueron considerados como

bloqueo anestésico residual y se prescribieron analgésicos. La paciente se evaluó nuevamente 3 días más tarde con síntomas persistentes; el aumento de la presión intraocular se observó y fue tratado por el oftalmólogo, que, de nuevo, consideró los hallazgos secundarios a la anestesia, y posteriormente fueron discutidos con el anesthesiólogo.

Una revisión anatómica mostró el ganglio ciliar como la única estructura en el camino de la aguja que, cuando estaba comprometida, podría conllevar a la cicloplejía². Una revisión bibliográfica minuciosa no mostró casos de lesiones ganglionares ciliares o cicloplejía a largo plazo después de bloqueos retrobulbares. Sin embargo, 2 casos similares fueron descritos después del implante intraocular de lente fálica^{3,4}, generando el diagnóstico del síndrome de Urrets-Zavalía, una complicación postoperatoria rara, generalmente presente después de la ceratoplastia penetrante³⁻⁵. El llenado tardío de los capilares del iris y la perfusión disminuida se observaron por medio de angiofluoresceinografía, confirmando el diagnóstico.

Podemos extraer 2 lecciones del caso expuesto anteriormente: 1) Urrets-Zavalía es una complicación rara posterior a la cirugía intraocular para el implante de lente fálica, y para la cual los anesthesiólogos que aplican bloqueos oculares necesitan estar preparados; 2) la importancia de la disponibilidad de literatura para aclarar las acusaciones indebidas basándonos en la mística de la anestesia.

Bibliografía

1. McKay RE. Inhaled anesthetics. En: Miller RD, Pardo MC, editores. *Basics of Anesthesia*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 82.
2. Putz R, Pabst R. Atlas de Anatomía Humana Sobotta, Vol. 1, 21.ª ed. Madrid: Panamericana; 2001. p. 377.
3. Park SH, Kim SY, Kim HI, et al. Urrets-Zavalía syndrome following iris-claw phakic intraocular lens implantation. *J Refract Surg*. 2008;24:959-61.
4. Yuzbasioglu E, Helvacioğlu F, Sencan S. Fixed, dilated pupil after phakic intraocular lens implantation. *J Cataract Refract Surg*. 2006;32:174-6.
5. Urrets Zavalía Jr A. Fixed, dilated pupil, iris atrophy and secondary glaucoma. *Am J Ophthalmol*. 1963;56:257-65.

Juan A. Ramos

Departamento de Anestesiología, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
Correo electrónico: juan_ramos66@hotmail.com
(J.A. Ramos).

Disponible en Internet el 30 de agosto de 2014
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2014.02.010>