

## HOMOQUERATOPLASTIA INTERLAMINAR TOMA DEL INJERTO DADOR. NUEVO METODO SIMPLE

**Dr. JORGE VASCO-POSADA**  
(Medellín - Colombia)

Las dificultades técnicas, las complicaciones y el rechazo inmunológico del 12% de los casos favorables de la queratoplastia penetrante, son cosas bien conocidas.

En la queratoplastia laminar las complicaciones son menores, pero la toma del injerto dador es difícil y los resultados visuales son pobres.

La homoqueratoplastia interlaminar es un nuevo enfoque que se basa en el estudio de los problemas anotados y logra solucionarlos con todo éxito en muchos casos.

Técnica quirúrgica. Maniobras en el ojo receptor:

1. Aplicación de un miótico. Fijación de los rectos superior e inferior. Paracentesis y remplazo del acuoso por aire.

2. Incisión de la córnea del 0.1 mm. a 0.3 mm. de profundidad con el trépano del diámetro escogido y de acuerdo con el espesor del estroma.

3. Disección laminar de la mitad anterior de toda la extensión de la superficie corneal delimitada por el trépano.

4. Incisión vertical de 4 mm. de longitud en el lecho laminar anterior. Se avanza paso a paso en profundidad hasta encontrar el tejido brillante y homogéneo de la membrana de Descemet. En este sitio se introduce un disector corneal plano convexo de Castroviejo y se procede a la disección del plano de unión del estroma con la membrana de Descemet. La disección avanza hasta el borde de la incisión circular delimitada y la excede en 1 mm. en toda la circunferencia. En los bordes se corta el estroma con tijera curva de puntas romas.

#### JORGE VASCO-POSADA

Maniobras quirúrgicas en el ojo dador. Nuevo método simple:

1. Obtención de un disco corneal penetrante, con el trépano del mismo diámetro utilizado en el ojo receptor.

2. Incisión superficial del endotelio y la membrana de Descemet en el lado cóncavo y en la periferia del disco anterior.

3. Disección por tracción de la membrana de Descemet y el endotelio incididos, utilizando la pinza de restos capsulares de Barraquer-Von-Mandach. Fotos Nos. 1 y 2.

Sin lavar, el injerto dador se fija al lecho receptor con cuatro puntos de sutura de Ethilon 10-0, que se colocan a las doce, seis, tres y nueve del reloj y luego con una sutura continua del mismo material.

Al terminar la intervención se aplica un corticoesteroide subtenoniano y 10 mg. de gentamicina. Se ocluye el ojo operado y el paciente puede movilizarse tan pronto los efectos de la anestesia hayan desaparecido.

Después de la primera curación a las 24 horas el paciente puede estar ambulatorio. Las suturas se retiran de los 40 a 60 días de acuerdo con la cicatrización.

Cuadro Nº 1. En su figura Nº 1 y esquemas A, B y C, muestra el problema de cicatrización en la entrecara y las causas de astigmatismo irregular que introduce el injerto dador en la queratoplastia laminar corriente. Las figuras Nos. 2 y 3 y el esquema D corresponden al injerto interlaminar.

Los cuadros Nos. 2 y 3 muestran el número de casos intervenidos, los distintos estados patológicos y los resultados visuales postoperatorios.

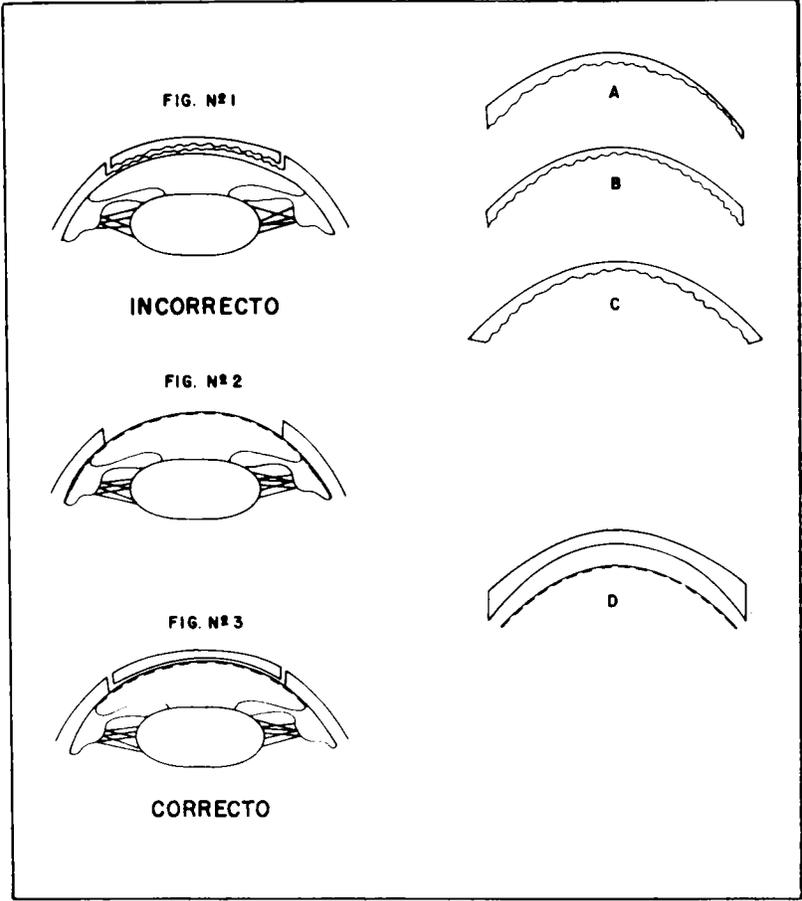
Los cuadros Nos. 4 y 5 establecen comparaciones en distintos aspectos de los injertos penetrantes laminares e interlaminares.

#### Comentarios

La mejoría de la agudeza visual obtenida con este tipo de injerto en comparación a la alcanzada con injertos laminares corrientes parece deberse a los siguientes factores:

1. La regularidad del espesor del injerto dador.

**HOMOQUERATOPLASTIA INTERLAMINAR**



**CUADRO N° 1**

**JORGE VASCO-POSADA**

CASOS CLINICOS RESULTADOS PROMEDIOS						
VISION PREOPERATORIA				VISION POSTOPERATORIA		
	NUMERAL DE CASOS	SIN LENTES	CON LENTES	SIN LENTES	CON LENTES	LENTE DE CONTACTO
QUERATITIS HERPETICA RECIDIVANTE	4	DEDOS A 1 METRO	DEDOS A 1 METRO	20/100	20/60	20 / 30
QUERATOPATIA POSTHERPETICA	6	DEDOS A 1 METRO	DEDOS A 1 METRO	20/200	20/80	
QUEMADURA POR ALCALI	3	BULTOS	BULTOS	20/800	20/200	
DISTROFIA DE GROENOW	1	BULTOS	BULTOS	20/800	20/100	20/50
LEUCOMA CENTRAL CICATRICIAL	4	20/800	20/800	20/70	20/30	20/25

**CUADRO Nº 2**

**HOMOQUERATOPLASTIA INTERLAMINAR**

QUERATOCONOS GRADO IV RESULTADOS PROMEDIOS									
VISION PREOPERATORIA					VISION POSTOPERATORIA				
NUMERO DE CASOS	SIN LENTES	CON LENTES	LENTE DE CONTACTO	ASTIG - MATISMO	SIN LENTES	CON LENTES	LENTE DE CONTACTO	ASTIG - MATISMO	
22	DEDOS A 1 METRO	DEDOS A 1 METRO	NO TOLERAN CONTRAINDIC	10 DIOP IRREGULAR	20/100	20/50	20/30	5 DIOP REGULAR	
QUERATOCONOS GRADO III									
12	20/800	20/100	NO TOLERAN	8 DIOP IRREGULAR	20/60	20/30	20/25	3 DIOP REGULAR	
QUERATOGLOBO									
2	DEDOS A 50 CMTS	DEDOS A 50 CMTS	NO TOLERAN	12 DIOP IRREGULAR	20/200	20/80	20/50	6 DIOP REGULAR	

**CUADRO Nº 3**

HOMOQUERATOPLASTIA CASOS FAVORABLES						
	RECHAZO INMUNOLOGICO NO CONTROLABLE	COMPLICACIONES CAMARA ANTERIOR	RESULTADOS VISUALES	CICATRIZACION	DIFICULTADES TECNICAS	CONSERVACION MATERIAL DADOR
PENETRANTE	12 %	FRECIENTES	BUENOS	LENTA	FRECIENTES	24-36 HORAS O PRESERV. DIFICIL
LAMINAR	2%	NINGUNA	POBRES	RAPIDA	FRECIENTES	SEMANAS FACIL
INTERLAMINAR	0%	NINGUNA	BUENOS	RAPIDA	POCAS	SEMANAS FACIL

**CUADRO Nº 4**

JORGE VASCO-POSADA

HOMOQUERATOPLASTIA CASOS FAVORABLES					
TOMA DEL INJERTO DADOR		COMPLICACIONES OJO RECEPTOR	ENTRECARA . VASCULARIZAC OPACIFICACION	RESULTADOS VISUALES	ASTIGMATISMO POSTOPERAT.
LAMINAR	DIFICIL	APERTURA CAMA- RA ANTERIOR. SUSP INTERVENC	FRECIENTES	MALOS	ALTOS IRREGULARES
INTERLAMINAR	FACIL	APERTURA CAMA- RA ANTERIOR. CONT. INTERVENC.	AUSENTES	BUENOS	BAJOS REGULARES

CUADRO N° 5

2. La mínima cicatrización de la entrecara y la ausencia de vascularización, que hace difícil al poco tiempo distinguir a la lámpara de hendidura un injerto interlaminar de uno penetrante.

3. Los rayos luminosos no sufren al llegar a la entrecara una refracción irregular, sino que son refractados por el poder dióptrico total de la córnea trasplantada.

4. La disposición histológica de las láminas corneales, no se modifica.

HOMOQUERATOPLASTIA INTERLAMINAR

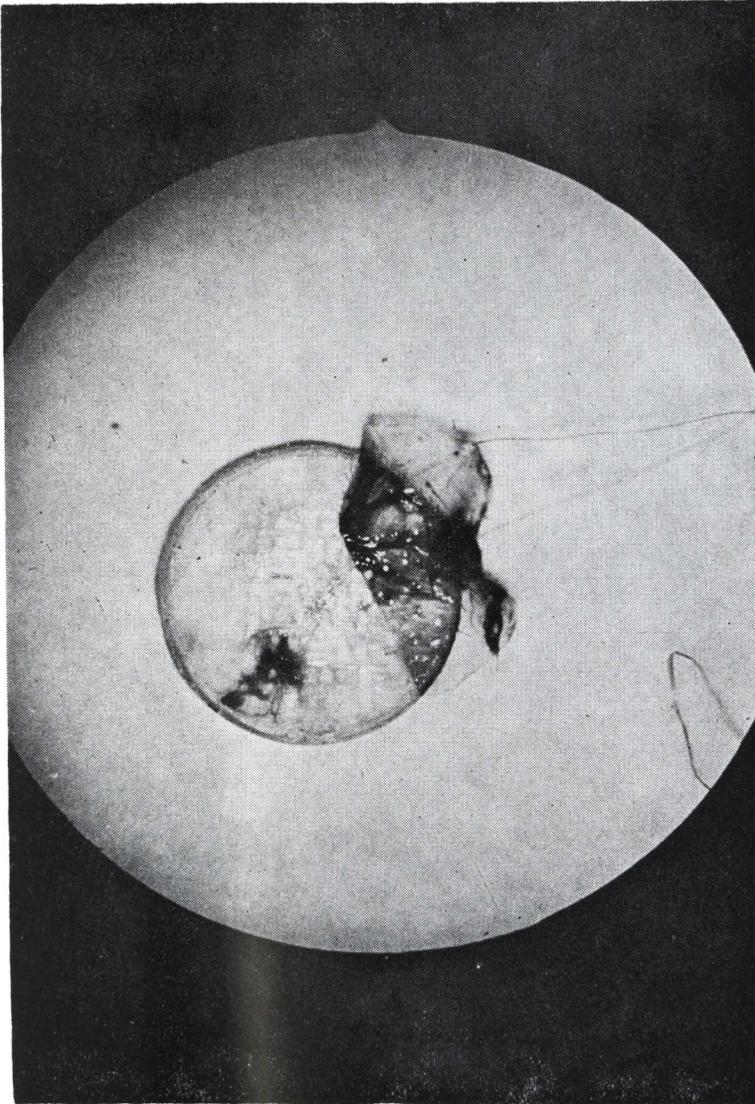


FIGURA 1

JORGE VASCO-POSADA

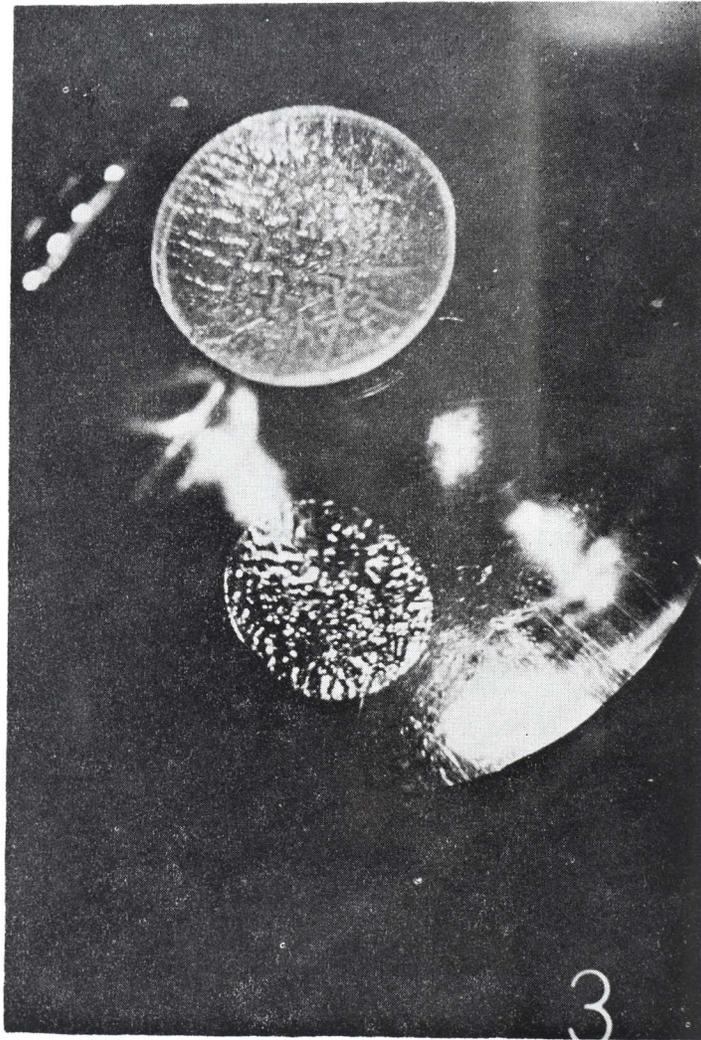


FIGURA 2

## HOMOQUERATOPLASTIA INTERLAMINAR

### SUMMARY

A new method of keratoplasty called "interlamellar" surgery is introduced.

The interface is to be placed in the area of the Descemet membrane of the patient's eye.

The whole thickness of the corneal tissue is used in the graft, removing in one single step the Descemet membrane and the endothelium. To achieve this, a shallow 2 mm incision is made in the endothelial side of the corneal button, removing both the membrane and the endothelium with a Barraquer, Von-Mandach capsular forceps, without causing trauma to the fibers of the corneal stroma.

The details of the operation technique performed in the donor's as well as in the host's cornea are described and analyzed, and the results obtained from the study of 54 different cases of corneal pathology are shown.