

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA TRABECULECTOMIA CON IRIDENCLEISIS INTRAESCLERAL

ANGEL HERNANDEZ L. M. D. ¹
MARIA E. BARDECI DE ZEMAN²
Bogotá, Colombia

Analizamos el resultado obtenido en el tratamiento quirúrgico del glaucoma en pacientes afectados, durante el período de tiempo comprendido entre 1971 y 1981 en la clínica Barraquer de Bogotá - Colombia.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

La intervención quirúrgica practicada la denominamos **Trabeculectomía con iridencleisis intraescleral** porque combina los dos procedimientos y consta de los siguientes tiempos quirúrgicos³:

Anestesia general con pentrane o flotane.

Colocación de los campos quirúrgicos y blefarostato colibrí.

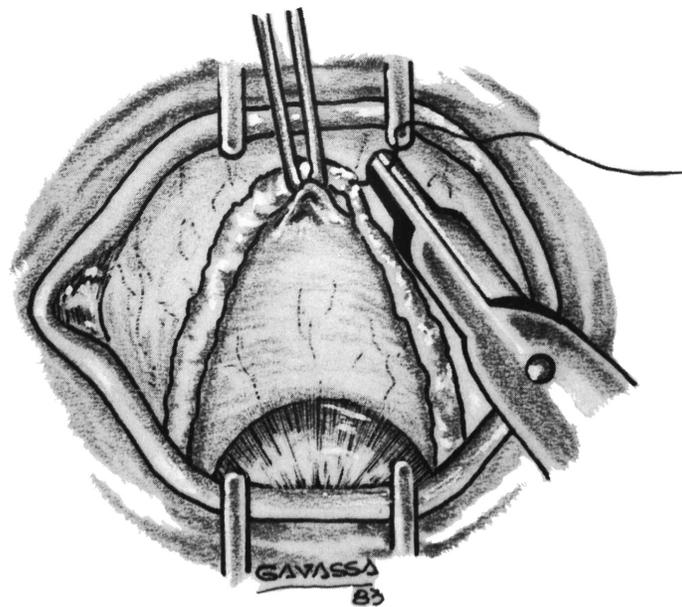
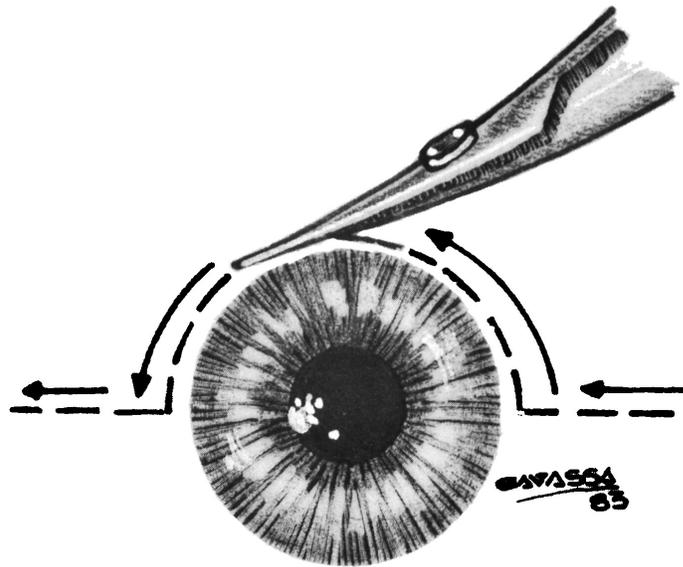
Incisión conjuntival con base en el fondo de saco. Hemostasia con varilla de vidrio calentada a la llama a 90 grados centígrados.

Colocación de un punto de seda 4/0 en el músculo recto superior que sirve a la vez para mantener el ojo en posición hacia abajo y para replegar hacia el fondo de saco superior el colgajo conjuntival.

1. Jefe del Departamento de Glaucoma de la Clínica Barraquer - Bogotá, Colombia.

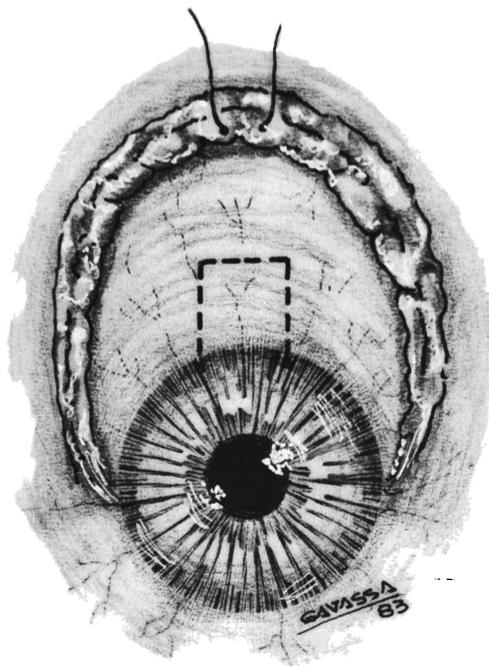
2. Residente (R-3) de la Clínica Barraquer. Bogotá - Colombia.

3. Técnica quirúrgica presentada por el Dr. José I. Barraquer M. durante el VI Congreso del Horacio Ferrer Eye Institute de Miami, Fla. Marzo 3 - 5 de 1973.
Symposium on Glaucoma - Edited by Olga Ferrer, M. D. - Charles C. Thomas Springfield - Illinois.
pp. 193 - 1973.

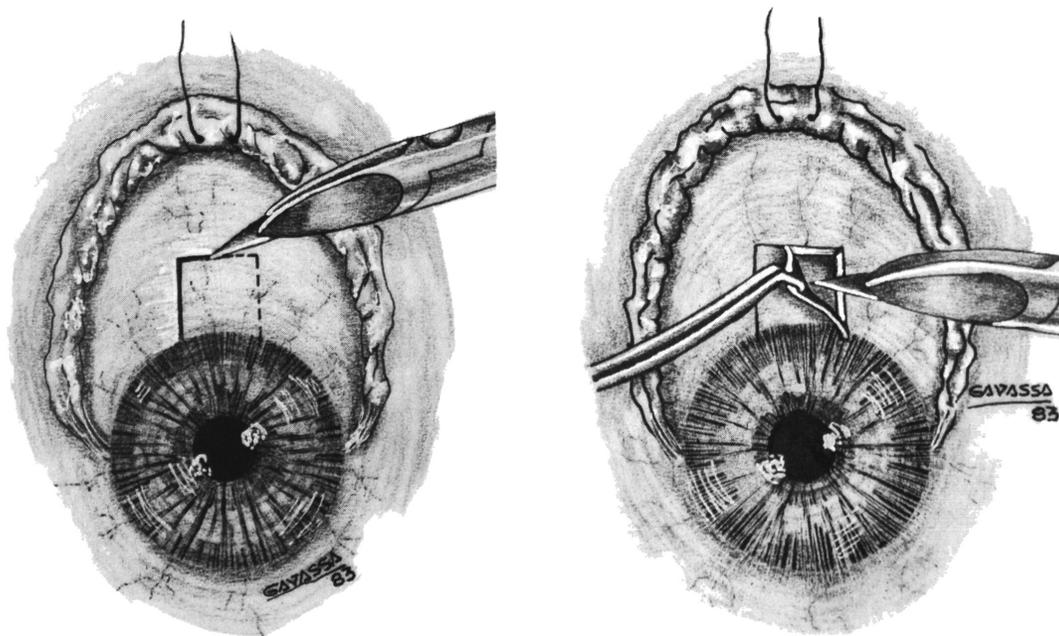


Demarcación de una lengüeta en la esclera de aproximadamente 5 mm x 5 mm a una profundidad de más o menos la mitad del espesor escleral.

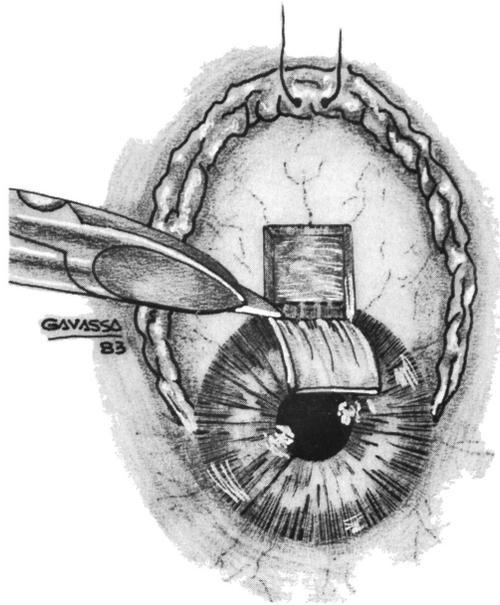
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA



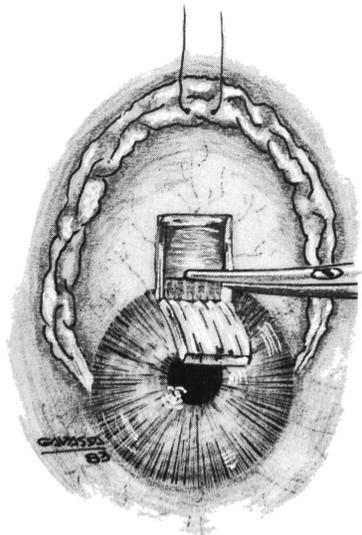
Talla de la lengüeta hasta el limbo quirúrgico y sobrepasando un poco en el tejido corneal (1 mm).



Sobre esta franja de tejido corneal penetramos en la cámara anterior con un fragmento de cuchilla de afeitar. Cuando se trata de la técnica combinada con la

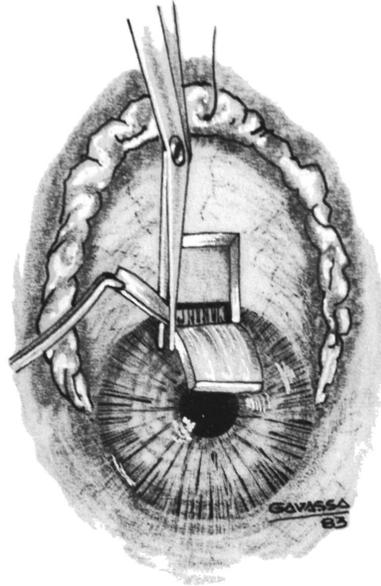


extracción de la catarata, ampliamos el colgajo corneoescleral con una tijera hasta 180 grados y procedemos a la faquectomía. Practicamos también una doble iridectomía periférica, una a cada lado de la esclerectomía para evitar que la hialoides o el vítreo bloqueen la filtración en algún momento y la iridencleisis es elaborada partiendo de una de las dos iridectomías.

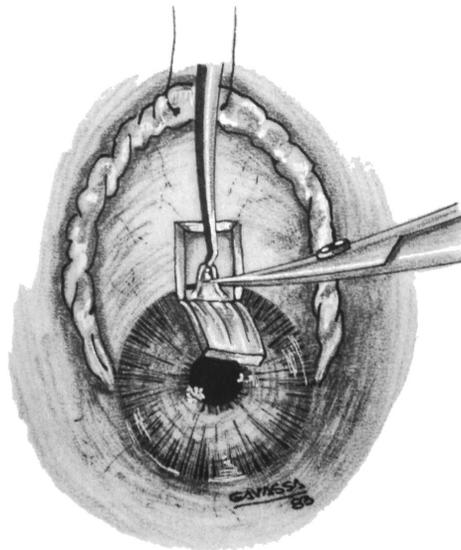


Se recorta un fragmento del trabéculo en forma cuadrangular con unas tijeras de Vannas o con un punch escleral.

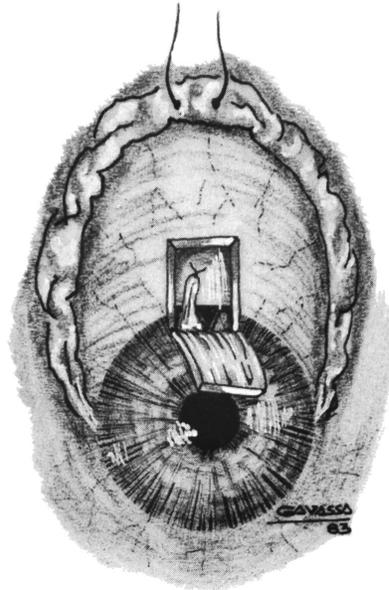
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA



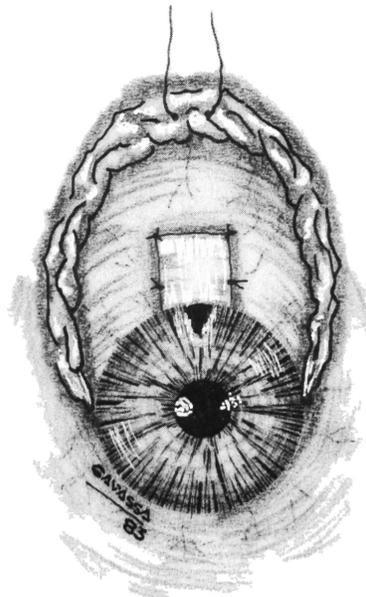
Una vez se hernia el iris por el orificio escleral se practica una iridectomía periférica de tal manera que no se corte todo el fragmento de iris sino se deja prendido por un extremo o se deja adherido a la raíz si se trata de una iridectomía en sector.



Este fragmento de iris así cortado se coloca en la entrecara escleral de la lengüeta a manera de iridencleisis y se fija a la esclera profunda con un punto de nylon 10/0 para evitar que se retraiga nuevamente hacia la cámara anterior y garantizar su posición intraescleral



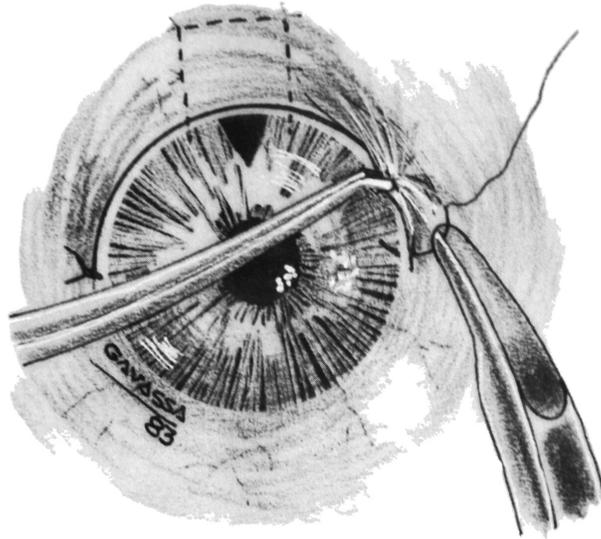
Sutura de la lengüeta escleral con cuatro puntos de nylon 10/0 enterrando los nudos en la esclera para evitar que perforen la conjuntiva posteriormente.



Reformamos la cámara anterior con una solución de acetilcolina para centrar la pupila y una burbuja pequeña de aire. Sutura de la conjuntiva con dos puntos de nylon 10/0 anclados en el limbo corneal.

Instalación de un midriático suave como escopolamina o mydriacyl y aplicación subconjuntival de gentamicina y decadrón.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA



El estudio analiza 127 ojos operados, de los cuales 100 fueron tratados con la técnica simple y 27 con la técnica combinada con extracción del cristalino cataratoso.

RESULTADOS:

Analizaremos separadamente los 100 casos de intervención simple y los 27 de intervención combinada.

En todos los casos se intentó primero el tratamiento médico y la decisión de intervenir quirúrgicamente fue tomada solamente en aquellos pacientes en quienes el tratamiento médico no obró satisfactoriamente ya sea porque la presión intraocular permaneció elevada o porque los daños ocasionados en el campo visual continuaron en aumento.

INTERVENCION SIMPLE (100 casos)

To. Pre-op.	To. Post.=op Inmed. 1 mes	To.Post-op. tardío + 6 meses	Tiempo de seguimiento
29.02 mm	13.89 mm.	14.87 mm.	3.45 años

TENSION OCULAR EN POST-OPERATORIO TARDIO

Sin Medicac.	Con Medicac.	No curaron
73 = 73%	16 = 16%	11 = 11%

TRABECULECTOMIA + CATARATA (27 casos)

To. Pre-op.	To. Post-op. Inmed. 1 mes	To. Post-op. Tardío + 6 meses	Tiempo Seguimiento
30.63 mm.	16.33 mm.	16.26 mm.	3.12 años

TENSION OCULAR EN POST-OPERATORIO TARDIO

Sin Medicac.	Con Medicac.	No curaron
17 = 63%	8 = 29.5%	2 = 7.5%

COMENTARIOS

En nuestra observación personal hemos concluido que es realmente necesario cierto grado de filtración alrededor de la lengüeta escleral ya sea en forma subescleral, intraescleral o subconjuntival para que el resultado de la trabeculectomía sea eficiente. En un buen número de casos, cuando la ampolla subconjuntival no es evidente, la tensión intraocular tiende a elevarse en el post-operatorio mediano o tardío. Pero cuando hay un buen grado de filtración a manera de una tenue ampolla subtenoniana la presión se conserva dentro de límites satisfactorios.

Nosotros creemos como lo creen también muchos otros cirujanos de glaucoma, que este cierre de la filtración es debido a la adherencia producida entre las dos caras de la esclera que forman la escotilla ya sea porque la cicatrización es muy activa o porque la baja de la presión intraocular generada por el trauma quirúrgico no permite un flujo suficiente de humor acuoso a través de la fístula filtrante para crear una filtración permanente.

Es por esto por lo que hemos considerado que la colocación de un fragmento de iris dentro de las caras de la lengüeta escleral a manera de iridencleisis puede colaborar a mantener la permeabilidad de la fístula pretendida con la intervención quirúrgica.

Los resultados obtenidos nos llevaron a pensar que la variación efectuada a la técnica corriente de la trabeculectomía nos da mayores garantías en el tratamiento de aquellos glaucomas que precisan una filtración considerable para el buen control de la presión intraocular.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Concluimos también que el procedimiento es más eficaz en el caso de la técnica simple que cuando se practica combinada con extracción del cristalino quizá tal vez por el mecanismo de obstrucción que la hialoides y el vítreo ejercen sobre la esclerectomía en este segundo grupo.

RESUMEN;

Se analizaron dos grupos de pacientes: 100 casos afectados de glaucoma y 27 casos de pacientes afectados de catarata y glaucoma.

Fueron tratados quirúrgicamente con trabeculectomía e iridencleisis intraescleral el primer grupo y con trabeculectomía e iridencleisis intraescleral más extracción intracapsular del cristalino cataratoso el segundo grupo.

En ambos grupos el porcentaje de curación oscila alrededor del 90% en un período de tiempo de seguimiento superior a los 3 años.