

LA IRIDECTOMIA PERIFERICA FILTRANTE

POR

JORGE MALBRAN, M. D., ENRIQUE MALBRAN, M. D.

Buenos Aires, Argentina

En anteriores oportunidades, (1, 2, 3, 4 y 5) nos hemos ocupado de cuales son los fundamentos de orden patogénico y clínico que rigen nuestra conducta en la selección de la cirugía del glaucoma primario. Volvemos a llamar la atención, sobre la necesidad de recurrir a una clasificación clínica en base a los datos obtenidos por medio de la gonioscopia realizada durante la hipertensión, la tonometría, la tonografía y eventualmente el resultado de las pruebas de provocación.

Deliberadamente no incluimos aquí otros elementos de diagnóstico a considerar en la clínica del glaucoma, como el estado de la agudeza visual, concomitancia de catarata, reducciones periféricas o amenaza del punto de fijación en el campo visual, etc., que pueden modificar en determinados casos la conducta y el momento quirúrgico. En posteriores oportunidades hemos de ocuparnos de estos puntos recientemente mencionados y en particular lo referente al campo visual y cirugía del glaucoma.

En algunas de las antedichas publicaciones, (4 y 5) hemos descrito la técnica quirúrgica de la iridectomía periférica filtrante comentando así mismo los resultados obtenidos en nuestros primeros 50 casos operados. Como en la actualidad, nuestra experiencia con este tipo de operación se ha acrecentado con el agregado de 56 nuevos casos, creemos oportuno hacer nuevas consideraciones al respecto. Aunque este tipo de intervención por nosotros propuesto ha sido también practicado en algunos casos de glaucoma secundarios post-uveíticos, uveítis hipertensivas, glaucomas absolutos, etc., con promisorios resultados, solo comentaremos aquí lo observado en los glaucomas llamados primitivos.

A nuestro modo de ver la iridectomía periférica filtrante tiene su indicación en las siguientes oportunidades:

- a) Glaucomas crónicos de ángulo cerrado.

- b) Glaucomas de patogenia mixta en los cuales existe una componente mecánica favorecida por el ángulo estrecho y un glaucoma de ángulo abierto que mantiene elevada la tensión y el C tonográfico por debajo de 0.12 mm³/min/mm Hg. en forma permanente.
- c) Glaucomas de ángulo estrecho pero abierto, por lo tanto sin componente mecánica.
- d) Glaucomas de ángulo amplio y abierto. Anteriormente abordábamos esta variedad de glaucoma con una ciclodiálisis superior e inversa o por medio de una operación filtrante clásica (Elliot o iridencleisis), pero en la actualidad dado los buenos resultados obtenidos por la iridectomía periférica filtrante preferimos recurrir a ésta.
- e) En cualquier variedad de los glaucomas arriba mencionados que no respondieron a una operación antiglaucomatosa anterior, incluida una iridectomía periférica filtrante previa. Aquí hemos cambiado de parecer, puesto que antes aconsejábamos la ciclodiálisis como segunda operación para los fracasos operatorios previos.

Pre-operatorio

Preferimos operar en miosis, sin fenómenos congestivos y con la tensión normalizada dentro de lo posible.

La miosis es muy útil, pues al estar el iris extendido permite la realización de una iridectomía bien periférica y facilita también después la pronta reducción del iris. Con este fin instilamos eserina 3 hs. antes de la operación.

El tratar de evitar los fenómenos congestivos para el momento de la operación es una condición tácita de buena cirugía de modo que no necesita comentarios. Con este motivo la administración de esteroides y/o irgapyrine según el caso es realizada en los días previos a la operación.

Preferimos no operar en hipertensión pues muchas de las complicaciones operatorias o post-operatorias como las hemorragias en el segmento anterior y las modificaciones del campo visual son la consecuencia de la descompresión brusca en el momento operatorio aún cuando con una técnica apropiada pueda hacerse la descompresión suavemente.

La disminución tensional para la operación es conseguida en base a:

- a) Acetazolamida en dosis adecuadas desde varios días antes. Como un mínimo administramos 250 mgs. 2 veces por día.
- b) Premedicación con fenergán, atropina, demerol.
- c) Anestesia general potencializada o anestesia local por medio de una inyección retrobulbar de 1,5 cms³. de xilocaína al 2% con hialuronidasa y aquinesia del orbicular.

Operación

- 1) Lazo de fijación en el recto superior.
- 2) Punción en bisel de la cámara anterior con un trozo de hoja de afeitar para impedir su vaciamiento. Esta maniobra tiene como objeto disponer de una vía de abordaje pre-realizada para así evitar al final de la intervención, maniobras peligrosas en caso de ser necesario profundizar la cámara anterior.
- 3) Inyección subconjuntival de xilocaína al 2% con un fin anestésico y sobre todo para formar un buen plano de clivaje en el colgajo conjuntival que al estar edematizado suele conservarse mejor.
- 4) Incisión conjuntival con tijeras a 12 mm. del limbo esclero corneal.
- 5) Disección del colgajo conjuntival hacia el limbo, con tijera y pica o trozo de hoja de afeitar.
- 6) Luego de coagular los vasos superficiales con un electrocauterio de Hildreth, gancho de estrabismo o varilla de vidrio calentada, se procede a realizar una incisión perpendicular de la esclera (ab externo) con un trozo de hoja de afeitar, a una distancia de 1,5 mm. del borde anterior del limbo. Esta incisión de 4 a 6 mm. de largo interesa en su primera etapa aproximadamente los 2/3 externos de la pared escleral.
- 7) Ambos labios de la incisión son diatermizados con un electrodo de punta, lo que produce su retracción entreabriéndose la herida. La misma operación vuelve a repetirse en la cara interna y ángulo de la brecha, lo que permite observar un nuevo ensanchamiento de la misma. A 2 mm. del borde posterior, se realizan una serie de coagulaciones superficiales en 3 bandas separadas entre sí a 2 mm. de distancia y con la concavidad dirigida hacia el limbo. Esto tiene por objeto producir una retracción a distancia del labio posterior, lo que contribuye a aumentar aún más la abertura de la brecha escleral.
- 8) Con la punta de la hoja de afeitar dirigida hacia arriba (por transfixión) se completa el 1/3 restante de la incisión escleral. Generalmente en este momento el iris se prolapsa espontáneamente. Si esto no ocurre aconsejamos comprimir suavemente ambos labios de la incisión con instrumentos romos hasta obtener la salida del iris. De esta manera no es necesario introducir instrumentos en la cámara anterior.
- 9) Iridectomía periférica.
- 10) El colgajo conjuntival es reclinado hacia atrás e inmediatamente se practica un suave masaje de la región limbar con un lápiz de algodón o instrumento romo para redondear la pupila.

- 11) La incisión conjuntival se cierra con puntos separados de seda virgen.
- 12) Si la cámara anterior se ha vaciado, se profundiza la misma con una inyección de aire a través de la incisión en bisel previamente realizada (ver 2).
- 13) Vendaje binocular por 24 horas.

Post-operatorio

El ojo no operado se descubre al día siguiente. El ojo operado se mantiene cubierto por 4 o 5 días. Se instila diariamente un colirio de hidrocortisona con antibióticos y midriáticos.

La cicatriz filtrante puede aparecer desde los primeros días pero en varios casos la hemos visto aparecer tardíamente lo que permite mantener una conducta conservadora con tratamiento médico. Como curiosidad, queremos señalar a este respecto, que uno de nuestro casos (S. M. ojo único), que figuró como fracaso en nuestra primera estadística, desarrolló una cicatriz filtrante un año después de la operación con tensión de 20 mm. al tonómetro de aplanación.

Corresponde agregar que cuando la cicatriz filtrante dentro del mes no se ha desarrollado, resulta conveniente aconsejar al enfermo practique un masaje ocular varias veces por día con el fin de obtener esta cicatriz.

Si la pupila no se redondea al final de la operación, rara vez ello se consigue en el post-operatorio, razón por la cual aconsejamos realizar la maniobra descrita en la técnica quirúrgica para redondear la pupila. Aún cuando en alguno de los casos en que la pupila quedó deformada, la inclusión de una porción del iris en la herida hizo las veces de iridencleisis, normalizando la tensión debemos recalcar que un buen número de nuestros fracasos se debió a este inconveniente.

Resultados obtenidos

A continuación transcribimos los resultados de nuestra primera estadística ya comentada.

I Serie

RESULTADO EN LOS 50 PRIMEROS CASOS

Nº de casos	Clasificación	Buenos resultados	Mejoría parcial	Fracasos
21	Crónico de ángulo cerrado	16	3	2
14	Patogenia mixta	12	1	1
12	Angulo estrecho y abierto	10	2	0
3	Angulo amplio y abierto	3	0	0
50		41 (82%)	6 (12%)	3 (6%)

Como ya aclaramos más arriba, en dicha estadística figura como fracaso un caso de glaucoma crónico de ángulo cerrado (S. M.) pero que en la actualidad presenta una tensión de 20 mm. al tonómetro de aplanación, ya que desarrolló tardíamente una cicatriz filtrante (1 año después).

II Serie

RESULTADO EN 56 CASOS SUBSIGUIENTES

Nº de casos	Clasificación	Buenos resultados	Mejoría parcial	Fracasos
30	Crónico de ángulo cerrado	28	1	1
8	Patogenia mixta	8	0	0
5	Angulo estrecho y abierto	2	1	2
13	Angulo amplio y abierto	11	1	1
56		49 (88%)	3 (5%)	4 (7%)

Tiempo transcurrido

Oscila entre 3 años y 2 meses para los primeros casos operados y 2 meses para los últimos casos incluidos en la nueva serie.

Buenos resultados en ambas series

Sobre un total de 196 casos operados:

Buen resultado en 90 casos (85%). Solo en 9 ojos (10%) fueron necesarios los mióticos para normalizar la tensión post-operatoria.

Comentario

Dentro de los glaucomas crónicos de ángulo cerrado están incluidos 12 glaucomas agudos que no habían mejorado con tratamiento médico o que el episodio llevaba más de 48 horas de evolución. En todos ellos se obtuvo una normalización de la tensión.

En 8 oportunidades sobre 7 ojos la iridectomía periférica filtrante se realizó en glaucomas acompañados de exfoliación capsular. Salvo uno de los ojos de un paciente (M. Z.) en que fracasó la primera operación, no así la segunda iridectomía filtrante practicada en el mismo ojo, en todos los demás el resultado tensional fue bueno.

En ninguno de los casos operados pudimos observar el desarrollo de un hi-phema.

Prácticamente en ningún caso hemos observado fenómenos de iritis o ciclitis post-operatoria (la llamada quiet-iritis por Kalt) tan frecuentes en las operaciones fistulizantes (Elliot). La mayoría de los casos con pupila redonda, libre y sin miosis espontánea o provocada por sinequias posteriores lo que deja al cristalino en mejores condiciones fisiológicas.

Aparte de los casos comentados en la estadística anterior, en la nueva serie de 56 casos, tuvimos una cámara anterior plana en 10 casos que apareció del segundo al cuarto día post-operatorio. En todos ellos, la cámara anterior se

profundizó con tratamiento médico, ya sea mióticos o midriáticos según el estado de la pupila, azetozolamida y reposo. En esta nueva serie no encontramos ninguna complicación grave atribuible a este inconveniente. Es necesario recalcar que este trastorno fue, en todos los casos, post-operatorio, pues como insistimos en el detalle de la técnica quirúrgica, cuando la cámara anterior se aplana durante la cirugía, invariablemente ella es reformada con aire a través de la punción previamente realizada.

Conclusiones

La iridectomía periférica filtrante es una operación simple de realizar, con la cual se obtiene un porcentaje de buenos resultados tensionales semejante a otras operaciones antiglaucomatosas técnicamente más difíciles o expuestas a complicaciones más graves.

A nuestro modo de ver esta técnica tiene las siguientes principales ventajas:

- a) Técnica quirúrgica simple.
- b) Menor operación comparada con otros procedimientos de resultados tensionales semejantes.
- c) Profundiza la cámara anterior y evita más que otras operaciones el desarrollo de goniosinequias aún cuando esto a veces también pueda ocurrir. Este detalle resulta particularmente interesante en los glaucomas mecánicos.
- d) En buen número de casos puede evitarse durante la cirugía el colapso de la cámara anterior. Cuando esto igualmente ocurre, ella es invariablemente reformada al final de la operación a través de la incisión previamente realizada.
- e) En general, se obtiene una pupila redonda, lo que altera menos la arquitectura y dinámica intraocular.
- f) Luego de un fracaso operatorio, la iridectomía periférica puede ser nuevamente realizada sin mayores inconvenientes y en general con buenos resultados según nuestra experiencia. Si otra técnica quirúrgica resultase más conveniente para una reoperación, una iridectomía filtrante previa compromete menos su realización que otras operaciones antiglaucomatosas como por ejemplo la iridencleisis.
- g) Permite una descomposición progresiva durante el acto operatorio, lo que previene las complicaciones hemorrágicas en el segmento anterior y las alteraciones que de ello resultan.

Resumen

Los autores recuerdan trabajos anteriores en donde se comentan los fundamentos etiopatogénicos y clínicos de la indicación operatoria en el glaucoma pri-

mario. Se describe nuevamente la técnica quirúrgica de la "iridectomía filtrante" y finalmente se analizan los buenos resultados obtenidos (85%) en 106 casos operados hasta el momento.

Parera 94

BIBLIOGRAFIA

1. MALBRAN, J., y MALBRAN, E., Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del glaucoma. Arch. Soc. Oftal. Buenos Aires, 32: 295, Nov. 1957.
2. MALBRAN, E., Sobre el tratamiento quirúrgico del glaucoma primario. Relato oficial al tema de mesa redonda II Jornadas Rioplatenses de Oftalmología, Punta del Este, R. O. del Uruguay, Dic. 1957.
3. MALBRAN, J., y MALBRAN, E., Consideraciones sobre la orientación quirúrgica del glaucoma primario. Arch. Soc. O. Hispano-Americana, 18 (Nº 5) 427-450, 1958.
4. MALBRAN, E., Glaucoma Surgery (A motion picture). Transactions of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. Vol. 2: Nº 4, pag. 630. July-August 1958.
5. MALBRAN, J., and MALBRAN, E., Surgical management of primary glaucoma: a description of a new technique. Am. J. Ophth. 47: Nº 1, 34-41, January 1959.