

Córneo esclero trabeculectomía sin sutura (*)

Prof. Dr. Arturo Maldonado Bas(**)
Dr. Alejandro González Castellanos(**)

Resumen:

Se presentan 19 casos de pacientes con glaucoma tratados con corneo-esclero-trabeculectomía sin sutura, operados a partir de julio de 1992. Se describe la técnica quirúrgica desarrollada por el primero de los autores, analizándose los resultados, ventajas y complicaciones.

Objetivos

El desarrollo de la incisión escleral, descrita por Shepherd en 1989 (1), cerrada con un punto de nylon horizontal y posteriormente la incisión tunelizada autosellante (2,3) utilizada en la facoemulsificación han inducido al autor para realizar este procedimiento en la cirugía de glaucoma, cuyo objetivo es lograr una trabeculectomía con incisión pequeña.

Material y método

Se realiza esta técnica en 19 ojos de pacientes con glaucoma no refractario a tratamientos quirúrgicos convencionales, agrupados de la siguiente forma: 6 de ángulo abierto; 5 de ángulo estrecho; 4 con síndrome exfoliativo y 4 congénitos tardíos (4). El grupo etario varía entre 38 y 83 años, pacientes de ambos sexos y con medicación anti-glaucomatosa máxima. Catorce ojos presentaban como única patología glaucoma y cinco ojos glau-

coma más catarata. En este último grupo se realizó: en 4 casos extracción extracapsular de cristalino (5) y 1 caso facoemulsificación, ambos con implante de lente intraocular de cámara posterior. El control de la presión ocular fue realizado 24 horas antes y después de la cirugía, siendo el último control, 60 días posteriores a la misma (Tabla 1 y Gráfico 1).

TABLA I

No. CASOS	SEXO	EDAD	AV PREV	TECNICA QUIRURGICA			PG. PREVIA	ANOMIA
				CET+ ECCE	CET+ FAGO			
1	F	69	3/10	x			24	ANG. ESTRECHO
2	F	69	1/10	x			27	ANG. ESTRECHO
3	F	50	9/10	x			45	ANG. ABIERTO
4	M	61	1/10	x			45	ANG. ABIERTO
5	M	71	3/10	x			42	CONGENITO TARDIO
6	M	71	7/10	x			24	CONGENITO TARDIO
7	F	38	4/10	x			28	ANG. ABIERTO
8	M	78	4/10	x			24	ANG. ESTRECHO
9	M	55	1/10	x			35	ANG. ESTRECHO
10	F	58	3/10	x			25	C/ SINDR. EXFOLIATIVO
11	F	66	1/10	x			35	ANG. ABIERTO
12	F	61	8/10	x			30	C/ SINDR. EXFOLIATIVO
13	M	59	7/10	x			33	CONGENITO TARDIO
14	M	59	7/10	x			33	CONGENITO TARDIO
15	F	83	C. D.		x		40	C/ SINDROME EXFOLIATIVO
16	F	73	C. D.		x		30	C/ SINDROME EXFOLIATIVO
17	M	82	LUZ		x		32	ANG. ABIERTO
18	M	67	2/10		x		26	ANG. ESTRECHO
19	M	72	3/10			x	30	ANG. ABIERTO

(*) Trabajo presentado en el Forum In XXV Aniversario en la sesión 07, marzo 25 de 1993 y aceptado para publicación a partir de la fecha.
(**) Clínica de Ojos Maldonado Bas, Córdoba, Argentina.



Técnica quirúrgica

Instilación de pilocarpina al 2%, anestesia peribulbar / lidocaína al 2%. Bajo microscopio de luz coaxial se realiza incisión conjuntival con base en fornix y con una descarga lateral, (Fig. 1 y 2), con

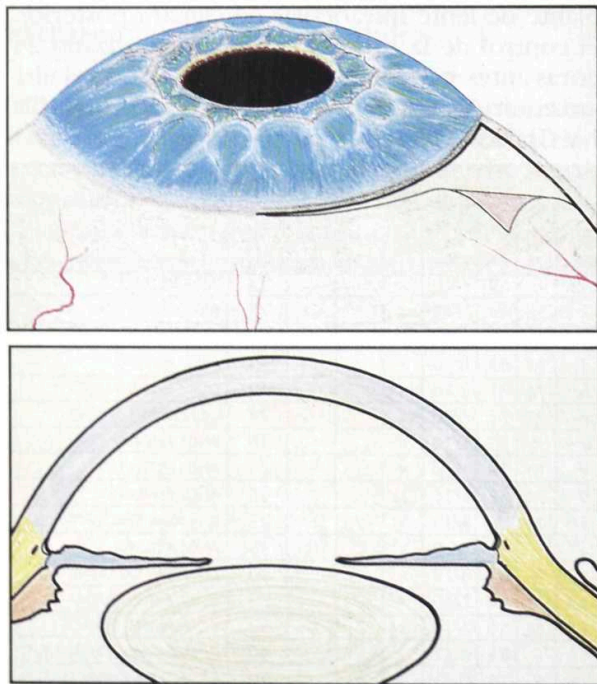


Fig. 1 y 2: Frente y perfil
Incisión conjuntival de base en fornix con una descarga lateral, lo que da un colgajo de conjuntiva triangular.

resección de tenon, paracentesis temporal en cámara anterior, (Fig.3 y 4) tallado escleral de 4 mm de longitud y 3 mm de limbo (Fig. 5 y 6);

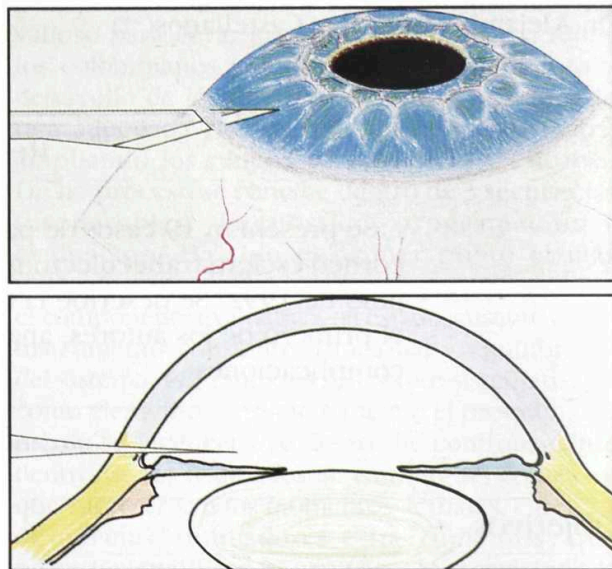


Fig. 3 y 4 : Frente y perfil.
Paracentesis limbar en hora 10 ó 2 según sea el ojo abordado.

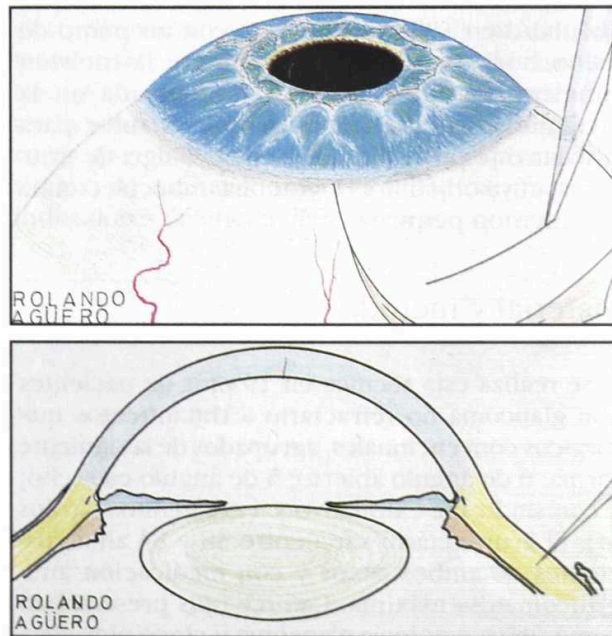


Fig. 5 y 6 : Frente y perfil.
Incisión escleral, laminar, paralela al limbo, de 4 a 4,5 mm de longitud y a 2,5 o 3 mm del limbo

unelización escleral con espátula hasta llegar a córnea clara, (Fig.7 y 8), penetración en cámara anterior con querátomo con 3.2 mm, (fig.9 y 10),

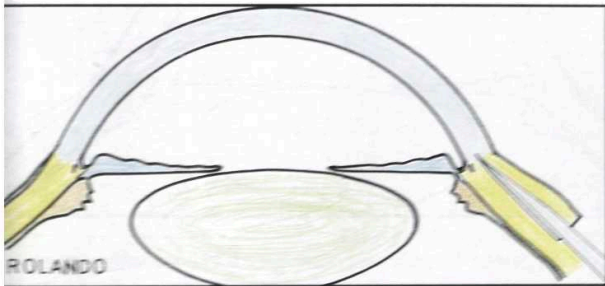
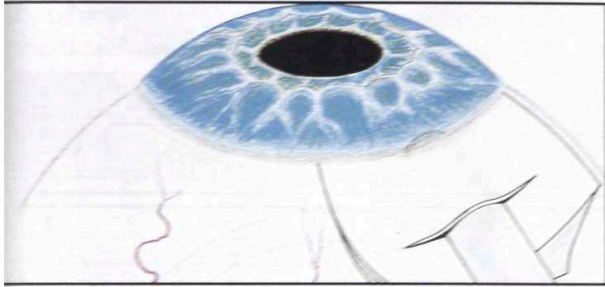


Fig. 7 y 8 : Frente y perfil.
Con espátula periforme o similar, se realiza una disección escleral unelizada, laminar, hasta llegar a córnea clara.

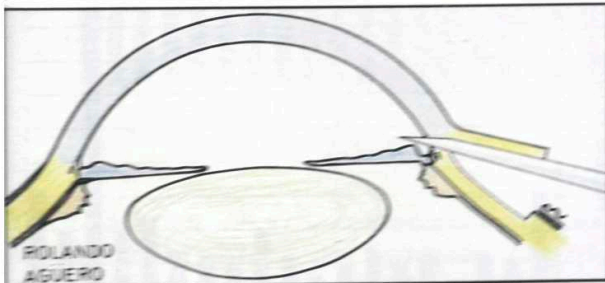
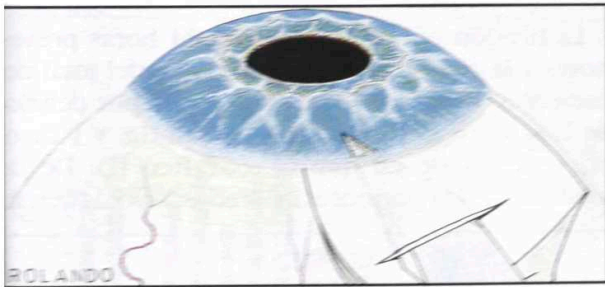


Fig.9 y 10 : Frente y perfil.
Penetración en cámara anterior con querátomo de 3.2 mm, ampliando la entrada hasta 4 mm. Este paso puede realizarse en este momento o después del siguiente.

levantando el borde libre de la herida escleral, se talla un nuevo surco paralelo al anterior hasta el espacio supracoroideo (Fig. 11 y 12).

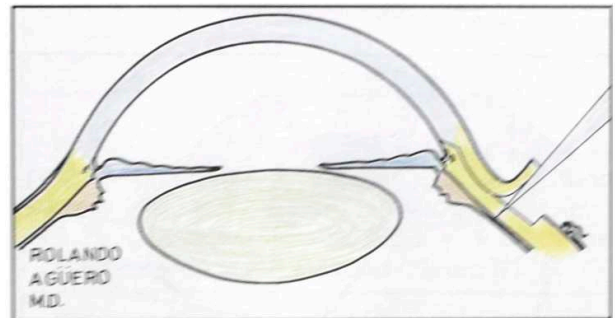
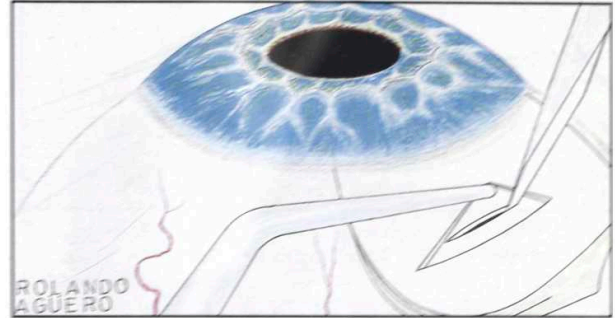
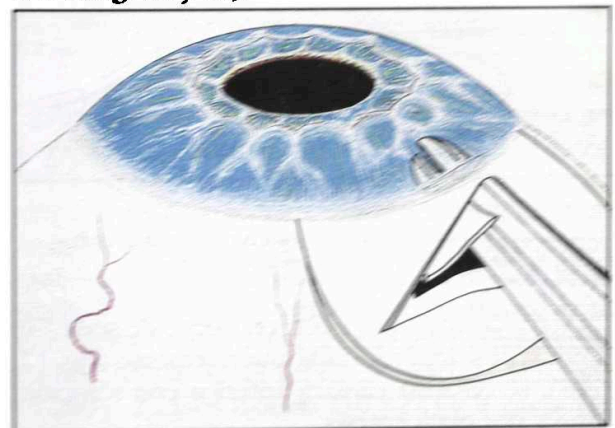


Fig. 11 y 12 : Frente y perfil.
Levantando el borde de la primera esclerotomía, se talla un nuevo surco, paralelo al anterior, hasta llegar al espacio supracoroideo.

Con tijera de Gills roma se realiza ciclodialisis y posteriormente se completa la córneo-esclero-trabeculectomía (Fig. 13 y 14), luego iridectomía basal (Fig. 15 y 16).



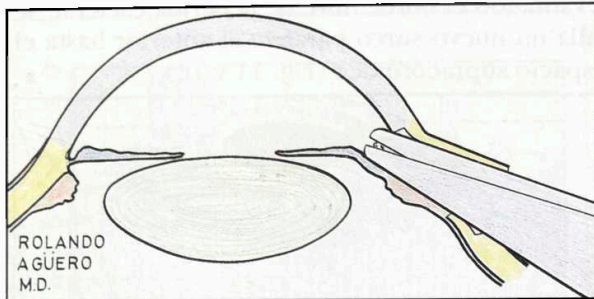


Fig. 13 y 14: Frente y perfil.
Con una tijera de Gills roma, entrando por debajo de la esclerotomía profunda, se realiza una ciclodialis y luego se completa la córnea-esclero-trabeculectomía uniendo con cortes laterales la esclerotomía profunda con la incisión corneal profunda.

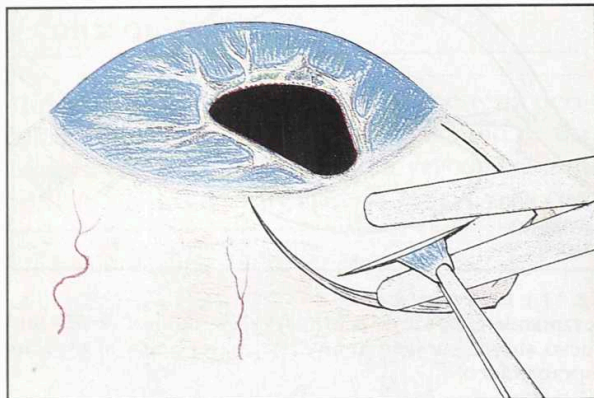


Fig. 15 y 16 : Frente y perfil.
Tomando el iris con pinza de Utrata, se lo asoma por la esclerotomía y se practica una iridectomía basal.

Cierre de conjuntiva con un punto de seda 7-0 sobre la descarga realizada anteriormente (Fig. 17 y 18), se reforma cámara anterior con solución Ringer por paracentesis.

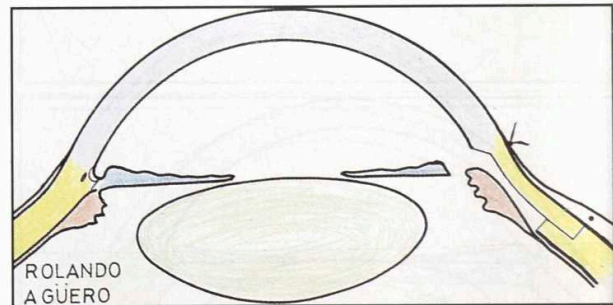
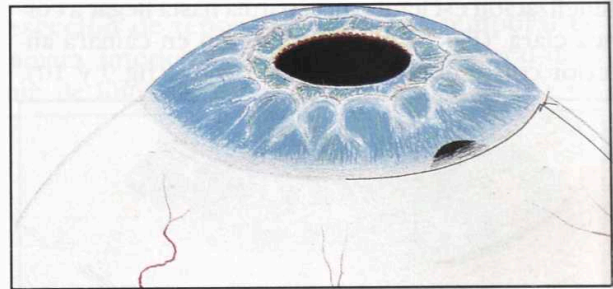
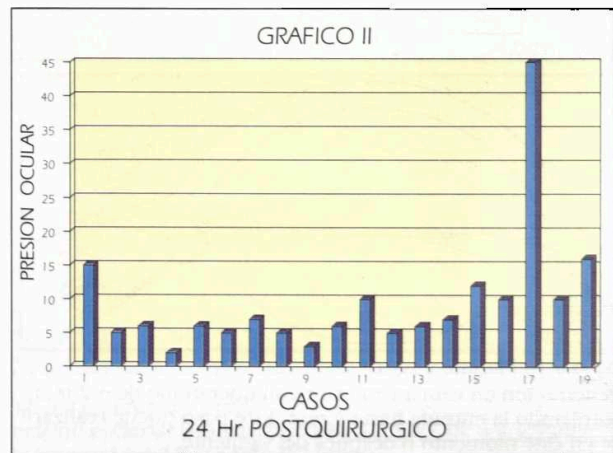


Fig. 17 y 18: Frente y perfil.
Con un punto de seda virgen se cierra la conjuntiva en el extremo que está conectado con la descarga.

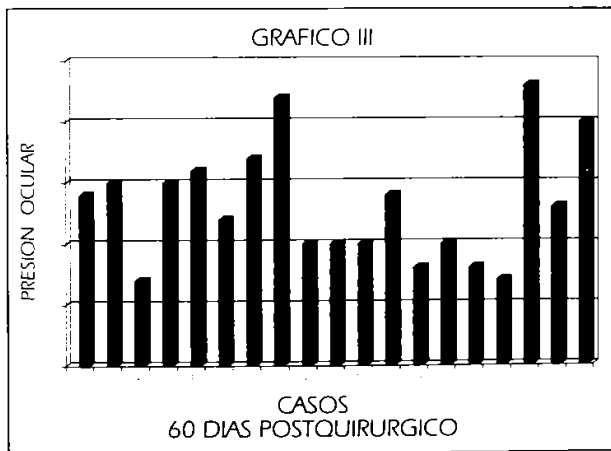
Resultados

La presión ocular se controló 24 horas posteriores a la cirugía, observándose que del total de pacientes 12 tenían la presión ocular por debajo de 10 / mmHg., 6 entre 10 y 20 mmHg. y 1 caso por encima de 20 mmHg. (Gráfico II). De la totalidad de los pacientes operados, sólo 2 fueron



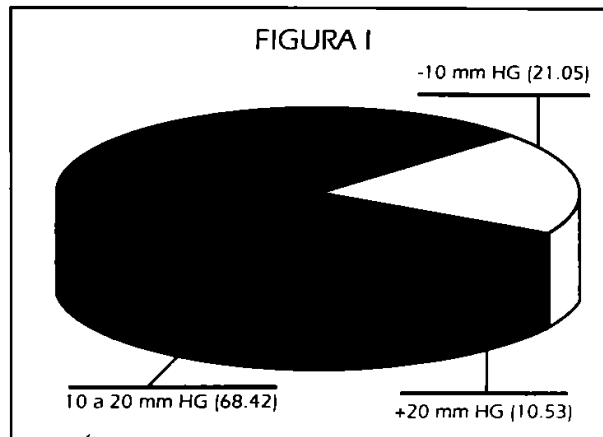
reintervenidos para lograr controlar su presión ocular (10,53%). Los resultados finales se obtuvieron a los 60 días de la primera cirugía donde se controló: tensión ocular, agudeza visual y medicación postquirúrgica. (Tabla II y Gráfico III).

No. Casos	T.O. 24 Hs Post. O.	T.O. 60 Días Post. O.	A. V. CC Post. O.	Reinterv.	Medic. Post.	
					MIN.	MAX.
1	16	14	4 / 10			
2	5	15	C. D.			
3	7	8	8 / 10			
4	2	15	C. D.	X	X	
5	6	16	2 / 10			
6	5	12	5 / 10			
7	7	17	4 / 10			X
8	5	22	2 / 10			X
9	2	10	1 / 10			
10	6	10	6 / 10			
11	10	10	C. D.			
12	5	14	5 / 10		X	
13	6	9	8 / 10			
14	7	10	7 / 10	X		
15	13	9	1 / 10			
16	10	8	C. D.			
17	45	22	1 / 10			X
18	10	12	2 / 10			
19	16	20	3 / 10		X	

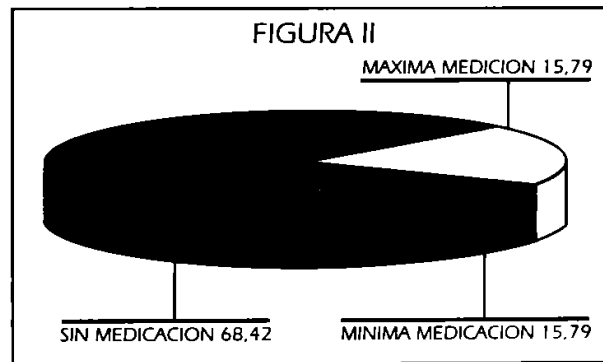


Trece pacientes (68,42%) controlaron su presión ocular entre 10 y 20/ mmHg.; 4 pacientes (21,05%) por debajo de 10 mmHg. y 2 casos (10,53%) lo hicieron por encima de 20 mmHg. De este último grupo, un caso controló su presión ocular con medicación máxima a los 90 días de operado; al

otro caso se le implantó una válvula de Molteno con la cual reguló su presión. (Figura I).



Según la medicación administrada a los pacientes en el último control, permitió dividirlos en tres grupos: 13 (68, 42%) sin medicación; 3 (15,79%) medicación mínima y 3 pacientes (15,79%) medicación máxima (Figura II).



La agudeza visual en aquellos pacientes a los cuales se les realizó córneo-esclero-trabeculectomía no tuvo variaciones importantes; en el caso de pacientes con técnica combinada la agudeza visual logró mejorarse en baja escala debido al importante daño campimétrico que ellos presentaban. (Tabla II). Las complicaciones fueron evaluadas 48 horas posteriores a la córneo-esclero-trabeculectomía, donde se observó: 1 caso de atalimia (5,26%), 2 casos hifemo (10,52%) y 2 casos hemorragia en la ampolla (10,52%). Todos evo-

lucionaron espontáneamente dentro de la primera semana de operados.

Discusión y conclusiones

La corneo-esclero-trabeculectomía requiere entrenamiento para su realización. Su técnica no es fácil debido a la pequeña incisión por donde debe realizarse su abordaje. Para evaluar la eficacia de esta técnica se realizó un estudio comparativo con los resultados obtenidos en este trabajo y los de otro autor argentino (6). (Tabla III).

GLAUCOMAS	No. DE OJOS	RESULTADOS BUENOS		FALLECIDO
		% C/MBR.	% C/MBR.	
ANG. ABIERTO	6	33.33	50.00	16.66
ANG. ESTRECHO	5	80.00		20.00
C. SINDROME ENFOLIATIVO	4	75.00	25.00	
CONGENITOS	4	100.00		
TOTAL	19	68.42	21.05	10.53
SAMPAOLESI	436	85.00	10.00	5.00

Las ventajas que pudimos observar durante el desarrollo de esta nueva técnica fueron:

1. Incisión pequeña

2. Incisión valvulada:

- a) Evita hernia de iris
- b) Mantiene el ojo cerrado

c) No se produce descompresión brusca

3. No debilita la pared escleral por no tener descargas laterales

4. Filtración más posterior, disminuyendo la incidencia de ampollas quísticas sobre córnea.

5. Permite ampliar la corneo-esclero-trabeculectomía.

Bibliografía

1. Shepher D. J. R. Induced astigmatism in small-incision cataract surgery. J. Cataract Refract Surg. 15:85-88, 1991.
2. Masket, S. Horizontal anchor suture closure method for small incision cataract surgery. J. Cataract Refract Surg. Vol. 17 Supplement 1991.
3. Freeman, J. M. Scleral stretch incision for cataract surgery. A technique for no suture closure and control of astigmatism. J. Cataract Refract Surg. Vol. 17 Supplement, 1991.
4. Sampaolesi, R. Glaucoma segunda edición. Clasificación de los glaucomas 385-389. 1991.
5. Maldonado Bas, A. Extracacão extracapsular do cristalino. Aspiração manual. Rev. Brasil de oftal. XLII:15, 1983.
6. Sampaolesi, R. Glaucoma segunda edición. Valoración de los resultados de la cirugía de glaucoma 650. 1991.