

## UNA TECNICA MAS DE OPERACION FILTRANTE

POR

ALBERTO PIANCIOLA, M. D.

Buenos Aires, Argentina.

El glaucoma mantiene su condición de afección quirúrgica, a pesar de los progresos de la terapéutica médica. En la mayoría de los enfermos se impone una indicación operatoria, sea breve tiempo después del diagnóstico por el incontrol de la tensión, sea después de un lapso más o menos prolongado de tratamiento medicamentoso, por el progresivo descontrol, descontando desde ya que ambas situaciones prosiguen el deterioro del campo visual.

También en alto porcentaje de casos, estudiados los elementos semiológicos para la elección de una técnica quirúrgica adecuada, nos inclinamos a la realización de operaciones fistulizantes externas, por el predominio de las formas clínicas de ángulo abierto y en los casos de cierre de ángulo, por el compromiso trabecular evidente en casos evolucionados largamente, o previniendo elevaciones tensionales tardías en los casos dudosos.

En las diversas operaciones filtrantes, poca disparidad existe en la talla del colgajo, sí en cambio, innumerables variaciones técnicas se idearon con la finalidad de obtener una fistulización perdurable. Una de las más fisiológicas en el sentido de menos destructiva y de más anatómica es a nuestro criterio la iridectomía filtrante de Malbrán:

- 1º porque la incisión se realiza paso a paso en forma gradual,
- 2º también la diatermia se aplica a medida que se profundiza la sección escleral,

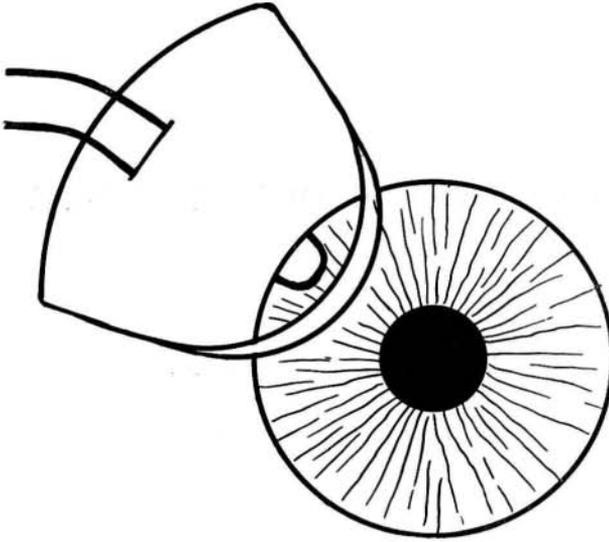


Fig. 1

3º el iris se secciona ab-externo, es decir, prolapsado de la cámara anterior. Su técnica no es complicada; sin embargo notamos: que tiene que ser mínimo el espesor final de esclera que queda sin cauterizar al abrir la cámara anterior,

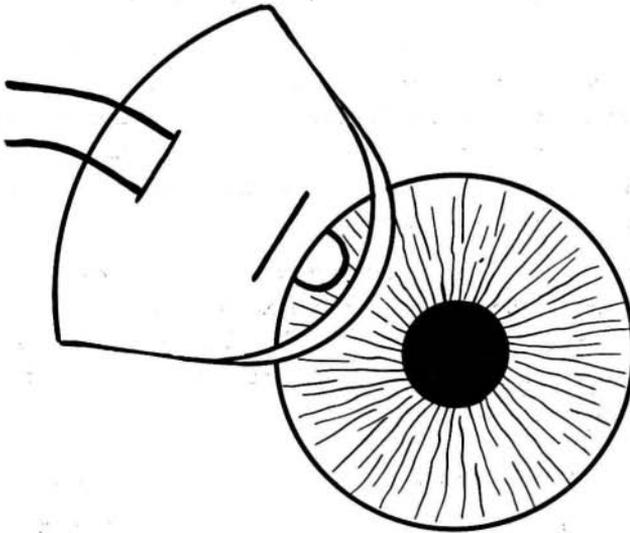


Fig. 2

## OPERACION FILTRANTE

para evitar el posterior cierre de la brecha, porque al comenzar a manar humor acuoso no puede proseguirse con la aplicación diatérmica.

Que al completar la paracentesis puede seccionarse la raíz del iris, en especial si hay sinequias, lo que dificulta o impide su prolapso, obligando a la toma instrumental dentro de cámara anterior.

Basándonos en lo realizado por Sánchez Peña, utilizamos un procedimiento que nos permite una fistulización sin estos inconvenientes:

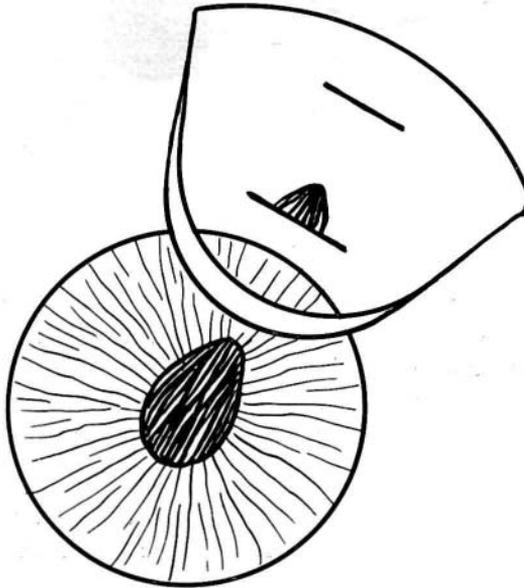


Fig. 3

Luego de un colgajo convencional realizamos a 6 mm de limbo una incisión de ciclodialisis, del ancho mínimo para introducir la espátula de Sánchez Peña o una de ciclodialisis ancha, llevándola directamente a cámara anterior hasta observar su extremo, sin practicar ninguna dialisis.

Debemos notar que no se pierde acuoso en este tiempo, pudiendo hacerlo, si se desea disminuir la tensión, deprimiendo la espátula.

Introducida la espátula, tenemos la ventaja de visualizar exactamente dónde comienza la esclera opaca para ubicar adecuadamente la incisión.

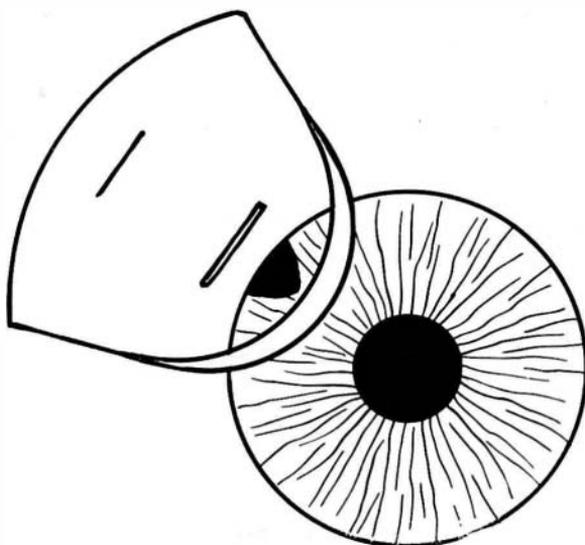


Fig. 4

La sección escleral la realizamos con una hoja de galvano al rojo sombra, para al tiempo que corte cauterice los bordes de la incisión, en uno o dos trazos hasta llegar a la espátula, dándole una extensión variable, término medio de 4 mm. Observamos nuevamente la poca salida de acuoso, aunque la cámara ya está abierta, haciéndolo en cambio al retirar la espátula, presentándose también el iris en la brecha.

La iridectomia se realiza con tijera, o en casos de iris vascularizados con la misma hoja de galvano al rojo vivo, lo cual logra una adecuada hemostasia.

Creemos que esta técnica logra:

- 1º adecuada visualización de la zona de transición limbar,
- 2º la cauterización de todo el espesor de los labios al usar el galvano cortando hasta contactar con la espátula,
- 3º que esta protege el iris y el cristalino del trauma mecánico y térmico, facilitando la iridectomía del iris no tocado y haciendo profilaxis de opacidades cristaliniánas.