

Vitrectomía 25G en Glaucoma Maligno.

LUCIANO BERRETTA, LUCIANA LORENA IACONO,
FLORENCIA MARIA VALVECCHIA, VIRGINIA ZANUTIGH.

RESUMEN

OBJETIVO: Presentar la evolución de un paciente con glaucoma maligno tratado con vitrectomía 25G transconjuntival.

CASO CLÍNICO: Paciente sexo femenino de 74 años de edad que presentó glaucoma maligno luego de trabeculectomía, y persistió pese a la extracción del cristalino como tratamiento inicial. Al no revertir el cuadro, se realizó vitrectomía 25G vía pars plana con buena evolución y resolución de la sintomatología.

RESULTADOS: Tres meses después de la vitrectomía de evolución la paciente presentó agudeza visual de 20/25, persistencia de ampolla filtrante, seudofaquia y sin necesitar gotas hipotensoras para mantener la presión ocular en valores normales.

CONCLUSIÓN: La vitrectomía transconjuntival 25G es una opción válida para el tratamiento del glaucoma maligno postoperatorio luego de una cirugía filtrante y en aquellos casos donde queremos conservar indemne la conjuntiva. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 32-33*

PALABRAS CLAVES: vitrectomía 25G, glaucoma maligno.

25G vitrectomy in aqueous misdirection syndrome.

ABSTRACT

PURPOSE: Report a patient with aqueous misdirection syndrome treated with 25G vitrectomy and the results after the procedure.

CASE REPORT: A 74-years-old woman with aqueous misdirection syndrome after trabeculectomy and the sutures removal 48hs post trabeculectomy. The rise of intraocular pressure persisted after lensectomy with IOL insertion as first treatment. It was decided to perform a pars plana 25G vitrectomy. The results were very good but also resolved the symptoms.

RESULTS: After 3 months the patient had a visual acute of 20/25, with a functional filtering bleb and intraocular lens. The intraocular pressure was normal without any medication.

CONCLUSION: 25G vitrectomy is an interesting option for aqueous misdirection syndrome treatment after trabeculectomy and also in those situations in which it is prefer not to damage the conjunctiva. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 32-33*

KEY WORDS: aqueous misdirection syndrome, 25G vitrectomy.

El síndrome de dirección inadecuada del humor acuoso, también conocido como glaucoma maligno continúa siendo una complicación quirúrgica postoperatoria de la cirugía filtrante de glaucoma, sin embargo puede ocurrir en cualquier cirugía ocular.

Este síndrome se caracteriza por la presencia de hipotalamia o atalamia, antecedente de cirugía ocular y ausencia de desprendimiento coroideo. La fisiopatología de esta condición no es completamente entendida, pero se cree que el mecanismo primario sería un bloqueo del flujo de humor acuoso a nivel del cuerpo ciliar acompañado por la impermeabilidad de la hialoides anterior.¹⁻² La anatomía ocular tiende a la hipermetropía y a una anormal relación entre el cuerpo ciliar, la hialoides anterior y el cristalino.³⁻⁶ El desplazamiento anterior del vítreo hacia el cristalino y el cuerpo ciliar impide la

normal circulación del humor acuoso con el redireccionamiento del mismo hacia la cámara vítrea con atrapamiento dentro de ella, lo que produce un aumento de la presión en la cavidad, desplazamiento anterior del diafragma iridocristaliniano, aplanamiento de la cámara anterior y cierre angular secundario.^{7, 8}

El tratamiento médico con ciclopléjicos, hipotensores oculares y agentes hiperosmóticos y otros tratamientos como la hialoidotomía con Nd:YAG,⁹ han demostrado eficacia en algunos casos, pero la vitrectomía vía pars plana es el tratamiento de elección en aquellos casos refractarios.¹⁰⁻¹²

En esta presentación, describimos el efecto clínico del tratamiento quirúrgico con vitrectomía 25G transconjuntival sin suturas en un paciente con glaucoma maligno refractario al tratamiento médico.

Recibido: 18/06/08
Aceptado: 15/07/08
Centro de Ojos Quilmes.
Buenos Aires, Argentina.
Autor Responsable:
Dr. Luciano Berretta.
Centro de Ojos Quilmes.
Alvear 764, Quilmes.
Buenos Aires, Argentina.
e-mail: luciano.berretta@
hospitalitaliano.org.ar

Los autores manifiestan no tener ningún interés comercial específico en el producto.

Caso clínico.

Mujer de 74 años que presentó síndrome de dirección inadecuada del humor acuoso con disminución de agudeza visual, atalamia, y ausencia de desprendimiento coroideo corroborado con ecografía, luego de trabeculectomía sin complicaciones. Fue tratado en forma primaria con cicloplejia, hipotensores oculares y acetazolamida oral sin respuesta favorable. Debido al compromiso corneal se realizó facoextracción con implante de lente intraocular y al no revertir el cuadro, vitrectomía 25G transconjuntival vía pars plana (Fig. 1 y 2). El cuadro mejoró en forma favorable en el postoperatorio inmediato con buena evolución y resolución total de la sintomatología.

Al mes de postoperatorio la paciente presentó agudeza visual de 20/25, ampolla filtrante con presión ocular dentro de valores normales sin medicación hipotensora y sin recidiva del cuadro luego de 3 meses de seguimiento (Fig. 3).



Figura 1: en esta imagen se observa el intraoperatorio, la cánula de infusión, y los trócares superiores de la ampolla conjuntival.



Figura 2: se observa el final de la cirugía, la extracción de los trócares, dejando una incisión escleroconjuntival autosellante.

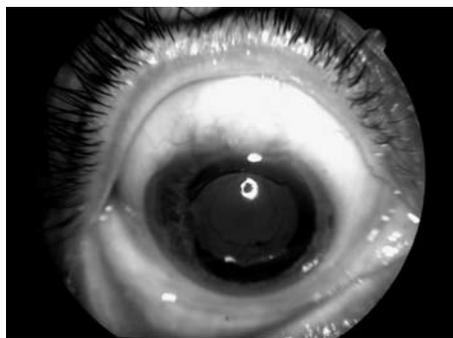


Figura 3: Se observa el segmento anterior de la paciente, luego de 3 meses de postoperatorio.

Discusión.

La vitrectomía ha demostrado ser eficaz en tratar pacientes con glaucoma maligno,¹⁰⁻¹² sin embargo la cicatriz conjuntival inducida podría producir el fallo en la ampolla conjuntival creada en la cirugía de glaucoma.

La vitrectomía 25 gauge transconjuntival es una técnica quirúrgica novedosa, minimamente invasiva, donde se realiza la vitrectomía a través de trocares con un diámetro de 0,50 mm. colocados vía pars plana sin abrir conjuntiva, y al extraerlos las heridas son autosellantes.^{13, 14} Esta característica tendría un beneficio en aquellos pacientes con trabeculectomía filtrante donde queremos preservar indemne la conjuntiva y evitar así el fallo de la cirugía previa.

En nuestro caso, la paciente tenía una ampolla conjuntival que queríamos preservar, por lo tanto se decidió realizar vitrectomía 25G con buenos resultados postoperatorios anatómicos y funcionales, pero los autores concuerdan que se deben realizar estudios clínicos a mayor escala para confirmar los resultados obtenidos.

Bibliografía

1. Epstein DL, Allingham RR, Schuman JS, eds. Chandler and Grant's Glaucoma. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997: 285-303.
2. Cashwell LF, Martin TJ. Malignant glaucoma after laser iridotomy. *Ophthalmology* 1992;99:651-8, discussion 658-9.
3. Carassa RG, Bettin P, Friori M, Brancato R. Treatment of malignant glaucoma with contact transcleral cyclophotocoagulation. *Arch Ophthalmol* 1999;117:688-90.
4. Johnson DH. Options in the management of malignant glaucoma. *Arch Ophthalmol* 1998;116:799-800.
5. Simmons RJ. Malignant glaucoma. In: Epstein DL, ed. Chandler and Grant's Glaucoma. 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1986:264-78.
6. Byrnes GA, Leen MA, Wong TP, Benson WE. Vitrectomy for ciliary(malignant) glaucoma. *Ophthalmology* 1995;102: 1308-11.
7. Epstein DL, Hashimoto JM, Anderson PJ, Grant WM. Experimental perfusions through the anterior and vitreous chambers with possible relationships to malignant glaucoma. *Am J Ophthalmol* 1979;88:1078-86.
8. Luntz MH, Rosenblatt M. Malignant glaucoma. *Surv Ophthalmol* 1987;32:73-93.
9. Epstein DL, Steinert RF, Puliafito CA. Neodymium:YAG laser therapy to the anterior hyaloid in aphakic malignant (ciliovitreal block) glaucoma. *Am J Ophthalmol* 1984;98:137-43.
10. Harbour JW, Rubsamen PE, Palmberg P. Pars plana vitrectomy in the management of phakic and pseudophakic malignant glaucoma. *Arch Ophthalmol* 1996;114:1073-8.
11. Lynch MG, Brown RH, Michels RG, et al. Surgical vitrectomy for pseudophakic malignant glaucoma. *Am J Ophthalmol* 1986;102:149-53.
12. Ruben S, Tsai J, Hitchings RA. Malignant glaucoma and its management. *Br J Ophthalmol* 1997;81:163-7.
13. Fujii GY, De Juan E Jr, Humayun MS, et al. Initial experience using the transconjuntival sutureless vitrectomy system for vitreoretinal surgery. *Ophthalmology* 2002;109:1814-20.
14. Fujii GY, De Juan E Jr, Humayun MS, et al. A new 25 gauge instrument system for transconjuntival sutureless vitrectomy surgery. *Ophthalmology* 2002;109:1807-12.