

18
24.

11234



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO
"HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES"**

**FACOEMLSIFICACION CON LENTE INTRAOCULAR
MASTRABECULECTOMIA SIN MODIFICACION DEL TUNEL
ESCLERAL Y CON PUNTO UNICO DE CIERRE**

TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA

DR. CESAR HERNANDEZ PILDAIN

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO OFTALMOLOGO

JEFE DE ENSEÑANZA: DR. RAFAEL SANCHEZ FONTAN



MEXICO, D.F. 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. CESAR HERNANDEZ PILDAIN

INTRODUCCION

Varias técnicas para la combinación de cirugía de catarata y glaucoma se han desarrollado a partir del resurgimiento de la facoemulsificación . En la mayoría de los casos, la facoemulsificación y la trabeculectomía se realizan a través de una misma incisión, con un colgajo escleral base limbo para la trabeculectomía de forma rectangular, trapezoidal o triangular. Estos métodos requieren de mas tiempo quirúrgico por la movilización del colgajo escleral y generalmente requieren cierre con puntos de sutura radiados, además requieren la utilización de un punch para la esclerotomía.

Nuestro propósito con esta técnica es realizar la facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO), mas trabeculectomía sin necesidad de alterar el tunel escleral al crear un colgajo anterior para realizar la esclerectomía filtrante, preservando con esto la estabilidad estructural de la incisión tunelizada, consiguiendo con esto la disminución del tiempo operatorio, la inflamación y consecuentemente la cicatrización de la vesícula.

MATERIAL Y METODOS

Fueron evaluados 8 pacientes (10 ojos), a quienes se les realizó facoemulsificación con colocación de LIO combinada con cirugía filtrante (trabeculectomía modificada) realizadas en el Hospital "Dr Luis Sanchez Bulnes" de enero a mayo de 1996

Dentro de los criterios de inclusión se incluyeron todos los pacientes a quienes se les diagnosticó catarata mas glaucoma por medio de un examen oftalmológico incluyendo campimetría.

Además de los datos demográficos, se les recabó: tipo de catarata, tipo de glaucoma, la agudeza visual (AV) y la presión intraocular (PIO) pre y postquirúrgicas;, estado de la vesícula, el tratamiento antiglaucomatoso y queratometrías postquirúrgicas, seguimiento y complicaciones trans y postquirúrgicas.

A continuación se describe la técnica quirúrgica:

- 1.- Colocación de anestesia local retrobulbar.**
- 2.- Disección conjuntival base fornix de 6 milímetros. .**
- 3.- Cauterización de vasos.**
- 4.- surco de 5 mm a nivel de limbo posterior con bisturí.**
- 5.- Tunelización con cuchillete de Crescent hasta arcada vascular.**
- 6.- Previa colocación de viscoelástico, se realiza puerto lateral con cuchillete de 15°.**

- 7.- Capsulorrexis circular continua.
- 8.- Hidrodissección.
- 9.- Facoemulsificación con técnica divide y vencerás.
- 10.- Aspiración de restos corticales.
- 11.- Previa colocación de viscoelástico, y ampliación de herida quirúrgica con cuchillete de 5.1 mm.
- 12.- se colocaca LIO de PMMA de 5 mm de diámetro óptico en bolsa capsular.
- 13.- A través de puerto lateral se deposita viscoelástico entre la herida quirúrgica y la base del iris para así formar un espacio amplio.
- 14.- Con un cuchillete de 15 se incide ligeramente por delante del surco en el labio escleral abarcando este corte aproximadamente 1.8 mm.
- 15.- Con tijeras de vallas en forma perpendicular al corte se realizan 2 cortes para así reseca un pedazo de labio escleral y formar la esclerectomía.
- 16.- Se aspira el viscoelástico y a través del puerto lateral se inyecta solución salina balanceada y se aprecia que tanta filtración existe a través de la trabeculectomía.
- 17.- Se cubre la herida quirúrgica con la conjuntiva, tensándola y fijándola con un punto de sutura con nylon 10 ceros para que se forme una vesícula.
- 18.- Se coloca dexametasona 4 mg (0.5cc) subtenoniano finalizando la cirugía.

Todas las cirugías fueron realizadas por un mismo cirujano, el tratamiento fue con acetato de prednisolona 0.2 g y sulfacetamida sódica en frasco gotero de 15 ml 6 veces al día a razón de 2 gotas en cada aplicación. a dosis de reducción. El seguimiento postquirúrgico incluyó revisiones al día siguiente, a la semana, al mes a los 3 meses y posteriormente según la evolución clínica.

RESULTADOS

Se analizaron 8 pacientes (10 ojos), 7 de sexo femenino (87.5%), y uno de sexo masculino (12.5%).

El rango de edad fué de 63 a 83 años con promedio de 73 años.

El tiempo de seguimiento fue de 3 a 9 meses con promedio de 6 meses.

La PIO prequirúrgica tuvo rango de 18 a 23 mmHg con promedio de 20.5 mmHg

La PIO postquirúrgica fue de 8 a 15 mmHg con un promedio 11.5 mmHg

El promedio de disminución de la PIO fue de 9 ± 5 mmHg.

La AV prequirúrgica varió de cuenta dedos a 4 /10 con promedio de 2/10.

La Av postquirúrgica varió de 2.5/10 a 8/10 con promedio de 5 /10.

La vesícula se formó en 9 ojos.

Queratometrías postquirúrgicas: El astigmatismo tuvo un rango 0.50 a 1.50 con un promedio de 1.00.

El tipo de glaucoma fue de primario de ángulo abierto en los 8 casos (80%) y de tensión normal en 2 (20%) casos.

El tipo de catarata fue el de tipo senil en 9 (90%) casos y metabólica en 1 (10%) en 1 caso.

Complicación transoperatoria fue pérdida de vitreo en 1 caso.

La complicación postquirúrgica fue vesícula plana en 1 caso.

Ningún paciente requirió tratamiento antihipertensivo ocular postquirúrgicamente.

DISCUSION

El manejo de catarata en un paciente con glaucoma ha presentado cambios importantes como el aumento en la utilización de la técnica de facoemulsificación. Las ventajas de la cirugía de catarata con incisión pequeña incluyen la disminución del tiempo operatorio, rápido retorno a la actividad física, estabilización temprana de la refracción y menor inducción del astigmatismo.

Con las técnicas convencionales que combinan la facoemulsificación mas LIO mas trabeculectomía requieren la alteración del tunel escleral para realizar el colgajo escleral anterior, requiriendo de un mayor tiempo quirúrgico, de la utilización de un punch escleral y cierre con puntos de sutura radiados, provocando con esto una mayor manipulación de los tejidos que resultaría en mayor inflamación y con esto mayor probabilidad de cicatrización de la vesícula.

Nuestra técnica permite la recuperación visual rápida, disminución de la PIO y estabilidad de la vesícula filtrante ya que no compromete la estabilidad del tunel escleral y disminuye la manipulación de la conjuntiva al colocar un solo punto de fijación.

La unica complicación que tuvimos al no formarse la vesícula fue porque el único punto de sutura conjuntival quedó flojo, resultando Seydell y obstruyéndose la vesícula filtrante.

CONCLUSION

- Nuestra técnica de combinar facoemulsificación, implante de LIO y trabeculectomía sin realizar modificación del tunel escleral y punto de sutura único de fijación conjuntival ofrece resultados muy alentadores por lo que seguiremos realizándola para así obtener una muestra mayor de pacientes para compararlos con las técnicas hasta ahora descritas. -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Blecher MH. Phacotrabeculectomy with a foldable intraocular lens. CLAO J 1992; 18:208-209.**

- 2.- Gregg FM. Phaco emulsification and modified trabeculectomy for managing combined cataracts and glaucoma. J Cataract Refract surg 1992;18:362-365.**

- 3.- Lyle WA, Jin JC. Comparison of a 3- and 6-mm incision in combined phacoemulsification and trabeculectomy. Am J Ophthalmol 1991; 11:189-196.**

- 4.- Wedrich A, Menapace R, Radax U, et al. Combined small-incision cataract surgery and trabeculectomy technique and results. Ophthalmol 1992, 16:409-414.**