

Túnel escleral en la implantación de sistemas de drenaje

J. Sevilla

Médico oftalmólogo
Jefe del Departamento
de Glaucoma
Institut Català
de Retina
Barcelona

Resumen

Se expone la realización de un túnel escleral como modificación de la técnica quirúrgica estándar de implantación de sistemas de drenaje.

Resum

S'exposa la realització d'un túnel escleral com modificació de la tècnica quirúrgica estàndard d'implantació de sistemes de drenatge.

Summary

We report the realization of an scleral tunnel as a modification of the standard surgical technique in the implantation of drainage systems.

Descripción

La implantación de sistemas de drenaje es un procedimiento quirúrgico muy útil en el manejo de los glaucomas refractarios. Dentro de las diferentes maniobras llevadas a cabo durante la realización de dicha técnica hay una que me llama especialmente la atención, que es la colocación del tubo, intentando evitar una de las posibles complicaciones a corto y medio plazo, que es la extrusión del mismo.

En los manuales y/o trabajos donde se describe dicha maniobra¹⁻³, los diferentes autores proponen principalmente la ubicación del tubo sobre esclera, entrando en la cámara anterior (CA) por debajo de un tapete escleral, y recubriendo el tubo con un injerto de esclera liofilizada, duramadre, pericardio o de fascia lata (Figura 1), para evitar que el roce del párpado sobre la conjuntiva pueda poner al descubierto dicho tubo⁴. Algunos autores realizan un túnel escleral utilizando una aguja de 25 G desde aproximadamente 8 mm del limbo hasta entrar en

CA. En el análisis de esta última maniobra, me resulta complicado el cambio continuo de dirección de la aguja siguiendo la curvatura del globo ocular, así como la entrada en CA, por el nuevo cambio de dirección de la punta del tubo, al intentar aposentarlo sobre la superficie del iris, huyendo del endotelio corneal. La técnica que propongo es la siguiente (Figuras 2-10):

- A 8 mm del limbo, en la zona de esclera expuesta entre los rectos superior y externo, se realiza una incisión lineal paralela al limbo.
- Con un cuchillete "crescent angulado de corte superior" realizamos la tunelización escleral hasta unos 2 mm del limbo, donde hemos realizado otra incisión lineal, también paralela al limbo. Este paso debe ser muy cuidadoso por la posibilidad de desplazarse hacia la superficie escleral o bien hacia el espacio supracoroideo.
- Colocamos el plato valvular y lo anclamos a esclera ya sea con Dacron o Prolene, según las preferencias del cirujano.

Correspondencia:
Juan Sevilla Galán
Institut Català de Retina
Pau Alcover, 69-71
08017 Barcelona

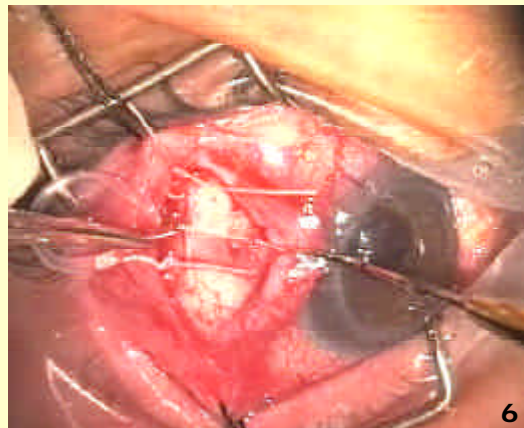
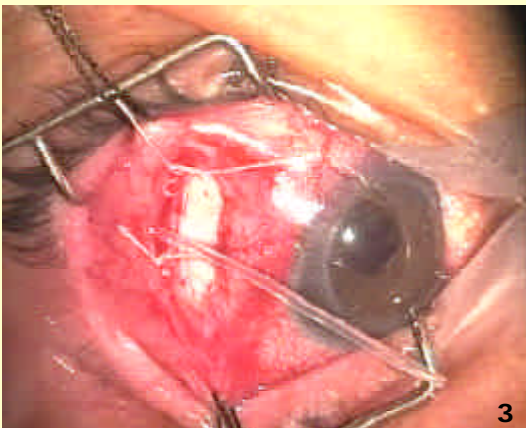
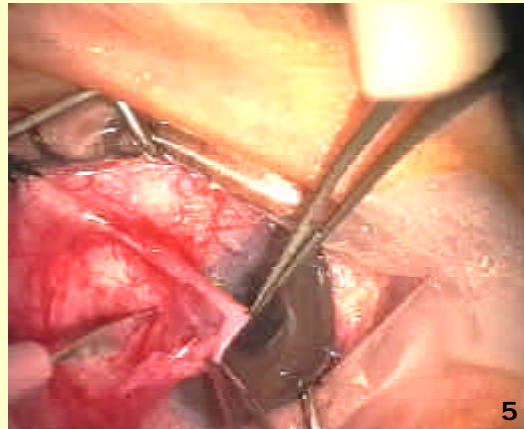
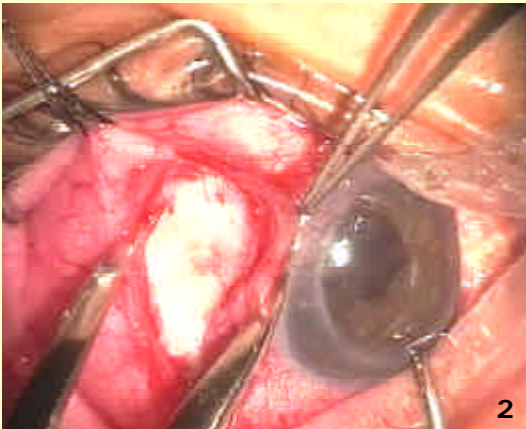
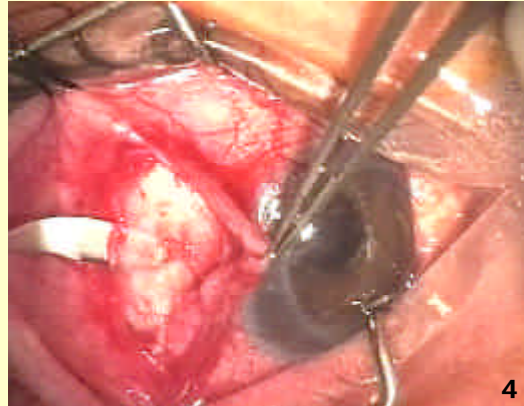
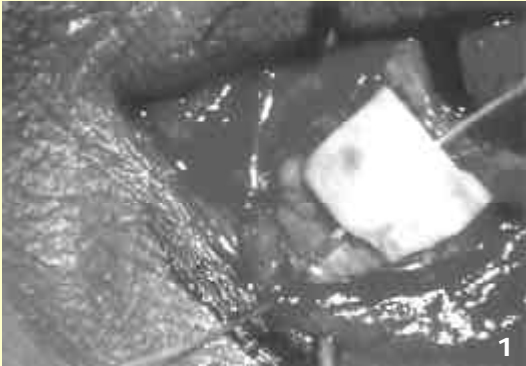


Figura 1.
Parche escleral estándar

Figura 2.
Medición 8 mm al limbo

Figura 3.
Anclando plato valvular

Figura 4.
*Tunelización
cuchillito crescent*

Figura 5.
Incisión lineal proximal

Figura 6.
Pasando espátula

– Pasamos una espátula por el túnel escleral desde la incisión proximal a la distal, introduciendo la punta de la misma en el tubo. Posteriormente extraemos la espátula, arrastrando el tubo hacia el extremo proximal del túnel.

– A nivel de la incisión proximal realizamos una tunelización hasta CA con una aguja de 25 G, dando la dirección adecuada para dirigir posteriormente la punta del tubo hacia la superficie iridiana, huyendo de esta manera del endotelio.

Figura 7.
Tunelización proximal
aguja 25 G

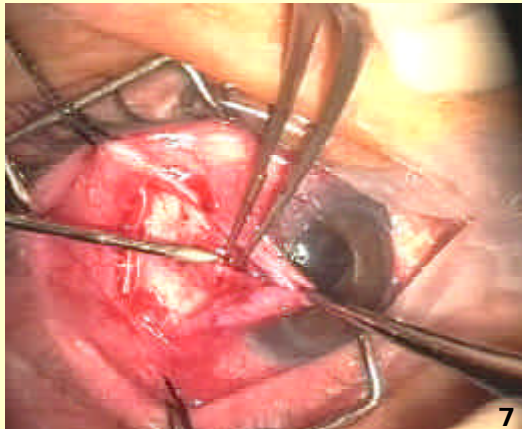


Figura 8.
Tunelización proximal
aguja 25 G

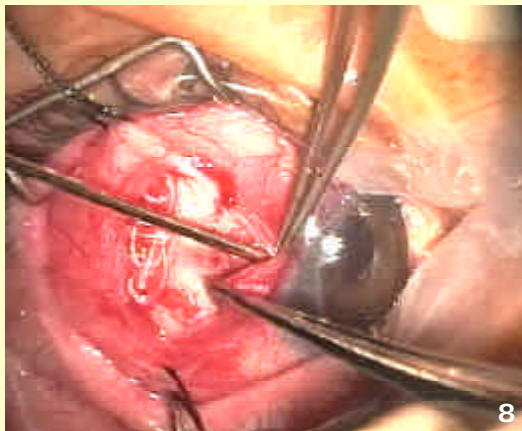


Figura 9.
Tubo intraescleral

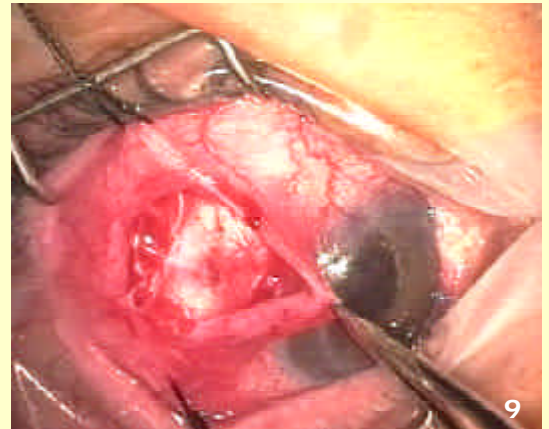
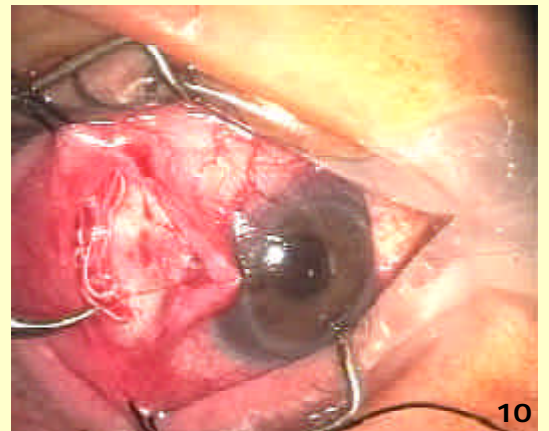


Figura 10.
Sutura final
incisión proximal



– Seguidamente introducimos el tubo en CA.

De esta manera conseguimos tener el tubo a nivel intraescleral, evitando el rozamiento palpebral sobre la protrusión que el mismo produciría sobre conjuntiva, y también evitamos la utilización de aloinjertos.

No se han realizado estudios comparando las posibles diferencias, en cuanto a resultados y complicaciones, entre las diferentes posibilidades técnicas utilizadas, en la colocación del tubo durante la implantación de sistemas de drenaje, intentando evitar una de las posibles complicaciones a corto y medio plazo, que es la extrusión del tubo.

Bibliografía

1. Moltano ACB. Cairns's Glaucoma. In: Moltano ACB. *Use of Moltano implants to treat secondary glaucoma*. Grune & Stratton, 1986;Vol.1:211-38.
2. Neshor R, et al. Moltano Implants in Children. *J Glaucoma* 1992;1:228-32.
3. Gil-Carrasco F, Salinas-Van Orman E. *Válvula de Ahmed*. México. McGraw-Hill Interamericana, 2000.
4. Goss FJ. Chandler and Grant's Glaucoma. In: *Aqueous Shunting Procedures*. Cap 65. (fourth edition). David L. Epstein, pag.567-8.