

Técnica implantación XEN45 AB-externo

Ab-externo XEN gel stent implantation

A. Pardo Aranda, R. Fischer Fernández, L. Sánchez Vela, M. Garrido Marín, J. Rigo Quera, A. Dou Saenz De Vizmanos, M. Castany Aregall

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia:

Alejandro Pardo Aranda

E-mail: apardoaranda@gmail.com

Paciente de 87 años con antecedentes de glaucoma pseudoexfoliativo terminal en ojo derecho (OD). Intervenido de catarata en ambos ojos en 2013. En tratamiento hipotensor con brimonidina cada 12 horas, manteniendo una presión intraocular (PIO) por debajo de 16 mmHg. En la exploración 2020 presenta una agudeza visual con corrección de 0,1 en OD, y de 0,6 en ojo izquierdo (OI). Se observa, bajo lámpara de hendidura, una subluxación inferior de la lente intraocular en OD que afecta eje visual y pseudofaquia correcta en OI. La presión intraocular en midriasis es de 28 mmHg en OD y 18 en OI. En el fondo de ojo se observa una excavación papilar de 0,9 en OD y de 0,6 en OI, máculas contrastadas y retinopatía diabética no proliferativa moderada con hemorragias en punto-mancha periféricas y edema macular diabético OI. Se orienta el caso como síndrome uveítis-hipema-glaucoma.

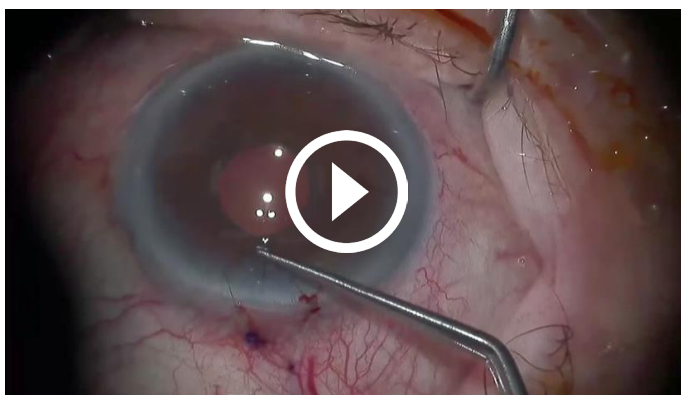
Se realiza, bajo anestesia retrobulbar y sedación, la retirada del complejo saco-lente subluxada, vitrectomía anterior e inserción de lente Artisan® retropupilar, colocando dos puntos de sutura corneales en cruz.

Dos meses después de la intervención, el paciente presenta en OD una agudeza visual de 0,08, y una presión intraocular de 32 mmHg con tratamiento hipotensor de brimonidina cada 12 horas, por lo que se remite al equipo de glaucoma..

En la gonioscopia se observa una sinequia anterior periférica (SAP) a las 12 horas por punto de sutura, con ángulo abierto grado tipo

IV de Shaffer 360°, por lo que se añade dorzolamida cada 12 horas en OD a brimonidina, al ser un paciente broncopata. En la campimetría se observa una afectación severa con progresión de la desviación media (DM) (DM -30dB) respecto a previa (DM -22dB). A pesar del pronóstico visual bajo se decide realizar cirugía filtrante para control tensional. Se descartan esclerectomía profunda no perforante (EPNP) por SAP angular y trabeculectomía por riesgo de Wipe-out (pérdida repentina e inexplicada de visión) por hipotonía, y se opta por realizar implante XEN® Gel Stent (Allergan, an Abbvie company, Irvine, CA, USA) ab-externo para minimizar controles post operatorios (preferencia del paciente)¹.

Se realiza, bajo anestesia retrobulbar y sedación, marcaje de la zona de la SAP asistida con gonioscopia intraoperatoria y retirada de los dos puntos de sutura limbares. A continuación, se realiza una peritomía temporal superior de unos 4 mm (menos extensa que la necesaria para una cirugía filtrante convencional) y disección de conjuntiva y tenon. Se aplica Mitomicina C 0,2 mg/ml en hemostetas subtenon, durante 2 minutos, con posterior irrigación con suero. Se procede al marcaje escleral temporal superior, a 2 milímetros del limbo, para realizar un trayecto intraescleral con una aguja de 30G. Se prepara el XEN® Gel Stent en el inyector, retirando el protector y avanzando el XEN® Gel Stent. Se inserta abexterno con pinzas atraumáticas. Se confirma un correcto posicionamiento en cámara anterior y filtrado por el extremo distal. Al implantar el XEN® Gel Stent por un trayecto de 30G no existe



Video 1. Implantación de XEN® Gel Stent ab externo por un trayecto intraescleral con una aguja de 30G, recubierto por un implante de Ologen® dividido en dos mitades que evita la extrusión del XEN.

flujo peritubular. Se coloca el Ologen® (previamente dividido en dos mitades iguales) por debajo y por encima del XEN® Gel Stent,

dejando el implante protegido en todo su trayecto escleral. Se sutura el Ologen® con vicryl 7/0 en la esclera para impedir el desplazamiento durante la sutura de la conjuntiva o posteriormente².

El paciente presentó un postoperatorio satisfactorio, sin dolor, con cámara formada, una ampolla temporal superior formada y una presión intraocular de 8-10 mmHg en OD, sin observarse maculopatía hipotónica ni desprendimientos coroideos.

Bibliografía

1. Panarelli JF, Yan DB, Francis B, Craven ER. XEN Gel Stent Open Conjunctiva Technique: A Practical Approach Paper. *Advances in therapy*. 2020;37(5):2538-49.
2. Tan NE, Tracer N, Terraciano A, Parikh HA, Panarelli JF, Radcliffe NM. Comparison of Safety and Efficacy Between Ab Interno and Ab Externo Approaches to XEN Gel Stent Placement. *Clinical ophthalmology* (Auckland, N.Z.). 2021;15:299-305.