



REPARACIÓN DE AMPOLLA QUÍSTICA CON OLOGEN® Y RECUBRIMIENTO EN DOS TIEMPOS CON CÁPSULA DE TENON Y CONJUNTIVA

Rafael Montejano Milner, Cosme Lavín Dapena, Rosa M^a Cordero Ros, M^a Angélica
Henríquez Recine, Alejandro López Gaona

INTRODUCCIÓN

-Una de las posibles complicaciones de la cirugía filtrante del glaucoma es la formación de una ampolla quística.

-Dicho enquistamiento es más frecuente tras el empleo de antimetabolitos durante la intervención quirúrgica.

-Numerosas técnicas han sido propuestas para resolver la mencionada complicación:

- 1) Extirpación de la ampolla
- 2) Avance conjuntival
- 3) Autoinjerto de conjuntiva
- 4) Parche de membrana amniótica o esclera
- 5) Inyección intraampular de sangre autóloga o activador tisular del plasminógeno (tPA)
- 6) Suturas compresivas

Propósito: comunicar un caso de reparación de una ampolla de trabeculectomía enquistada mediante el implante de matriz de colágeno Ologen® y recubrimiento con cápsula de Tenón y conjuntiva.



Fig. 1: Matriz de colágeno Ologen®.

CASO CLÍNICO

-Mujer de 50 años

- AP: Glaucoma agudo en OI

Trabeculectomía en AO

-Cinco años después de la cirugía presenta enquistamiento de la ampolla en OI (fig.3).

Se interviene a la paciente para realizar reparación quirúrgica de la bulla.

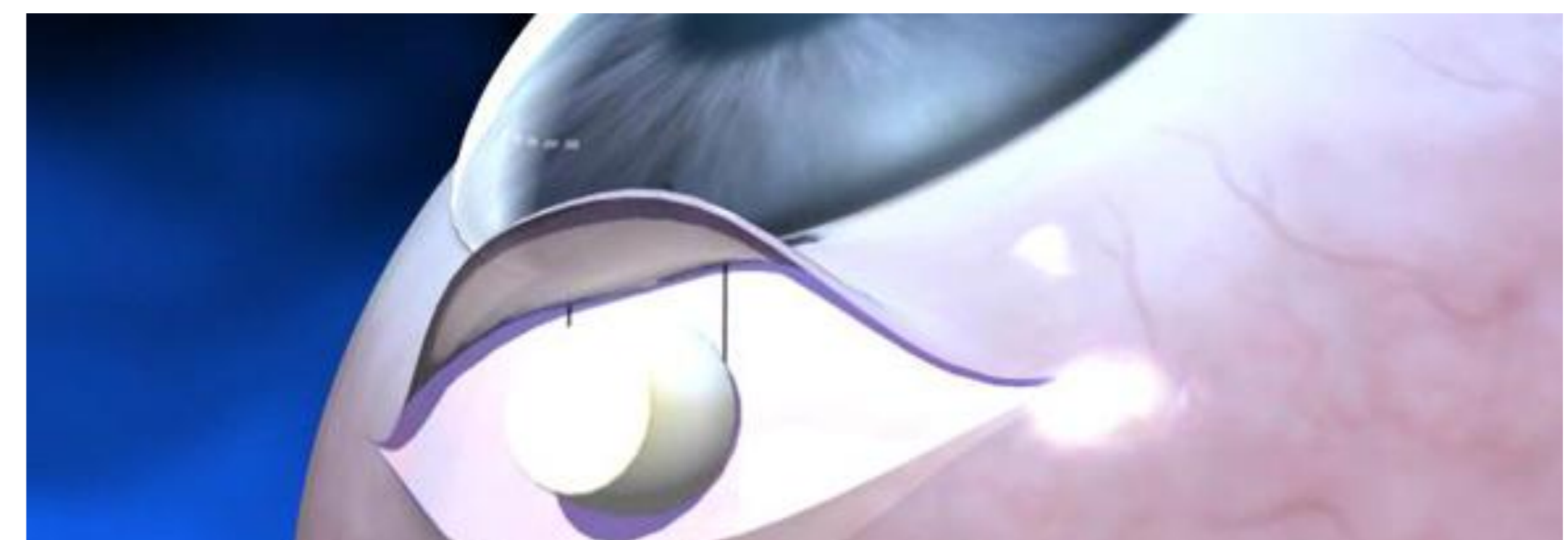


Fig. 2: Posicionamiento del implante Ologen® en espacio subconjuntival durante trabeculectomía.



Fig. 3: Aspecto preoperatorio del OI de la paciente. Obsérvese el aspecto quístico y avascular de la ampolla.



REPARACIÓN DE AMPOLLA QUÍSTICA CON OLOGEN® Y RECUBRIMIENTO EN DOS TIEMPOS CON CÁPSULA DE TENON Y CONJUNTIVA

Rafael Montejano Milner, Cosme Lavín Dapena, Rosa M^a Cordero Ros, M^a Angélica
Henríquez Recine, Alejandro López Gaona

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Anestesia retrobulbar (OI).
- Paracentesis de cámara anterior.
- Peritomía de cuadrante temporal superior (fig. 4 y 5).
- Disección de cápsula de Tenon y avance con sutura a epiesclera limbar con Vicryl 7-0 (fig. 6 y 7).
- Implante de Ologen® (fig. 8).
- Avance conjuntival y sutura a epiesclera limbar con Vicryl 7-0 (fig. 9).

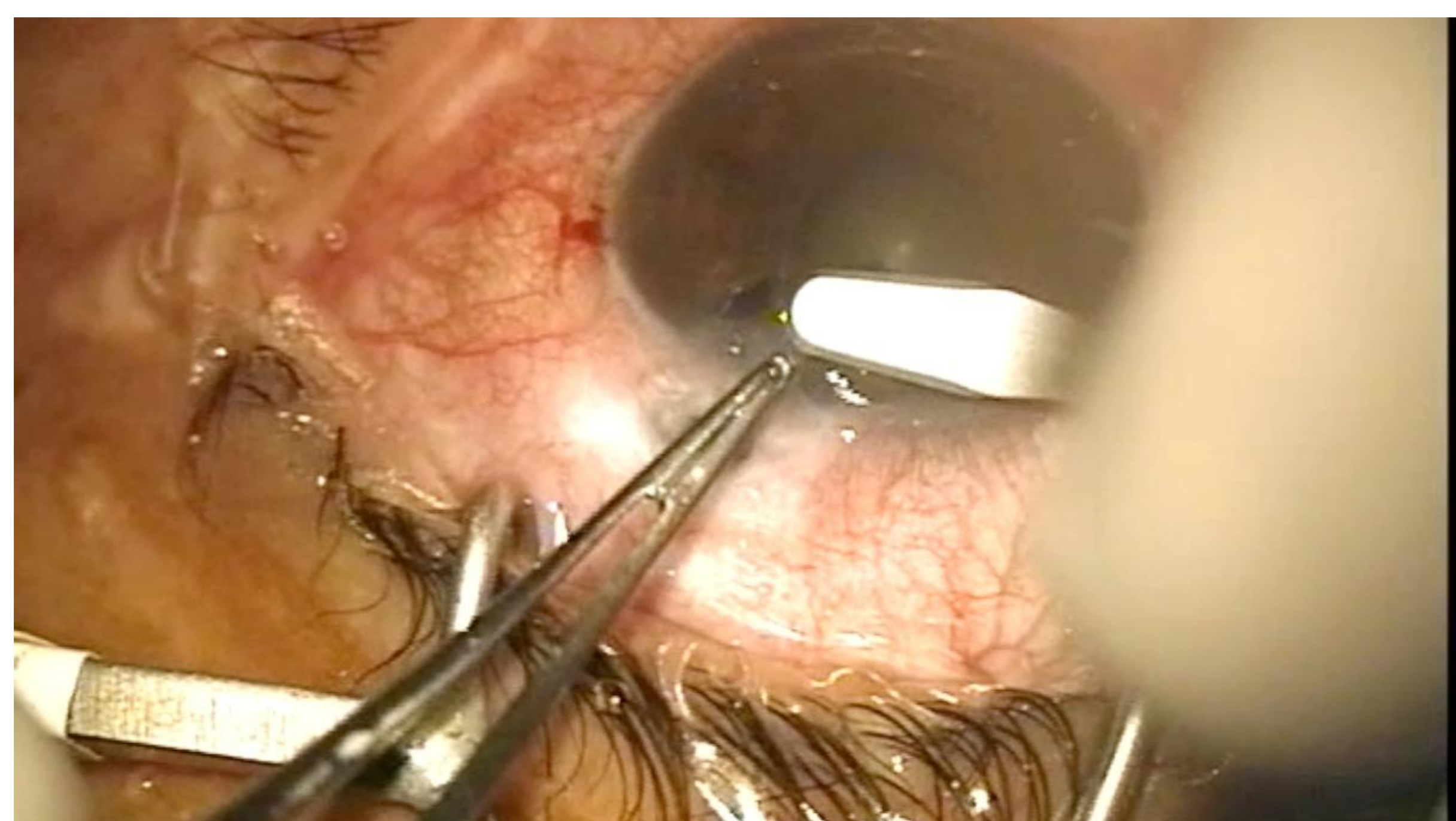


Fig. 4: Peritomía superior y liberación de adherencias corneo-conjuntivales.

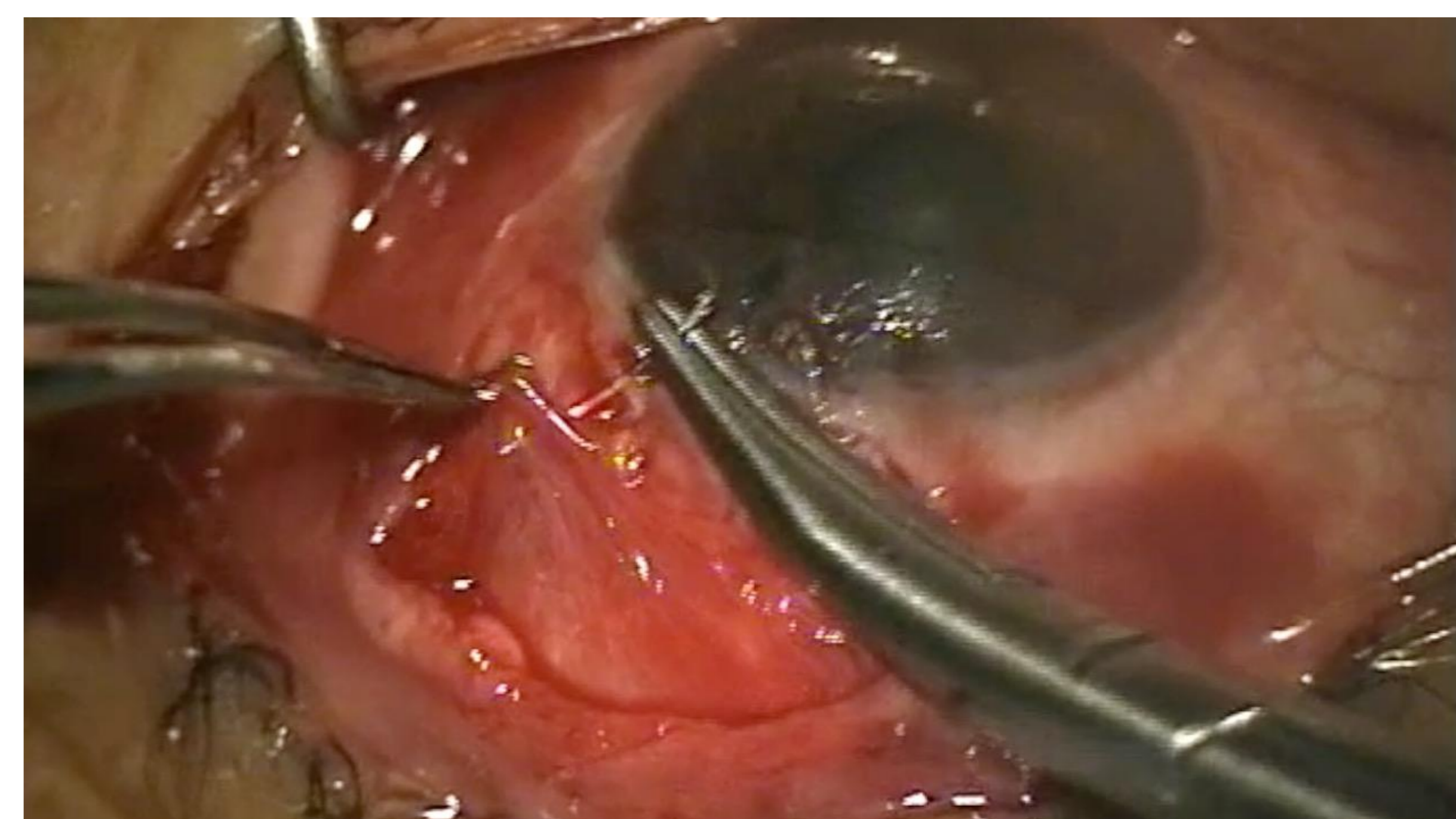


Fig. 7: Avance de la cápsula de Tenon y sutura a epiesclera perilímbrica.



Fig. 5: Disección en plano subconjuntival.

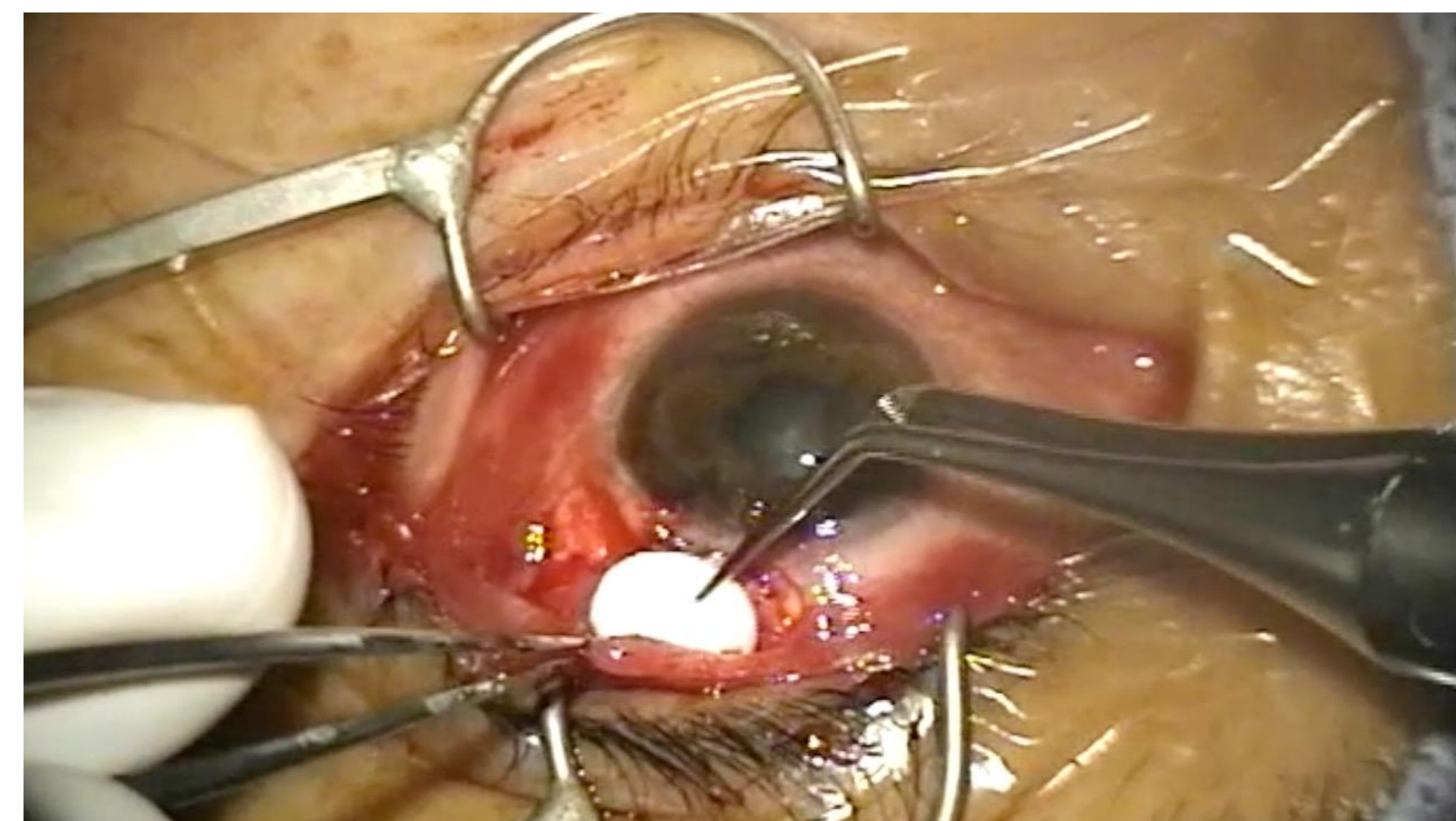


Fig. 8: Implante de Ologen® en el espacio creado entre cápsula de Tenon y conjuntiva.

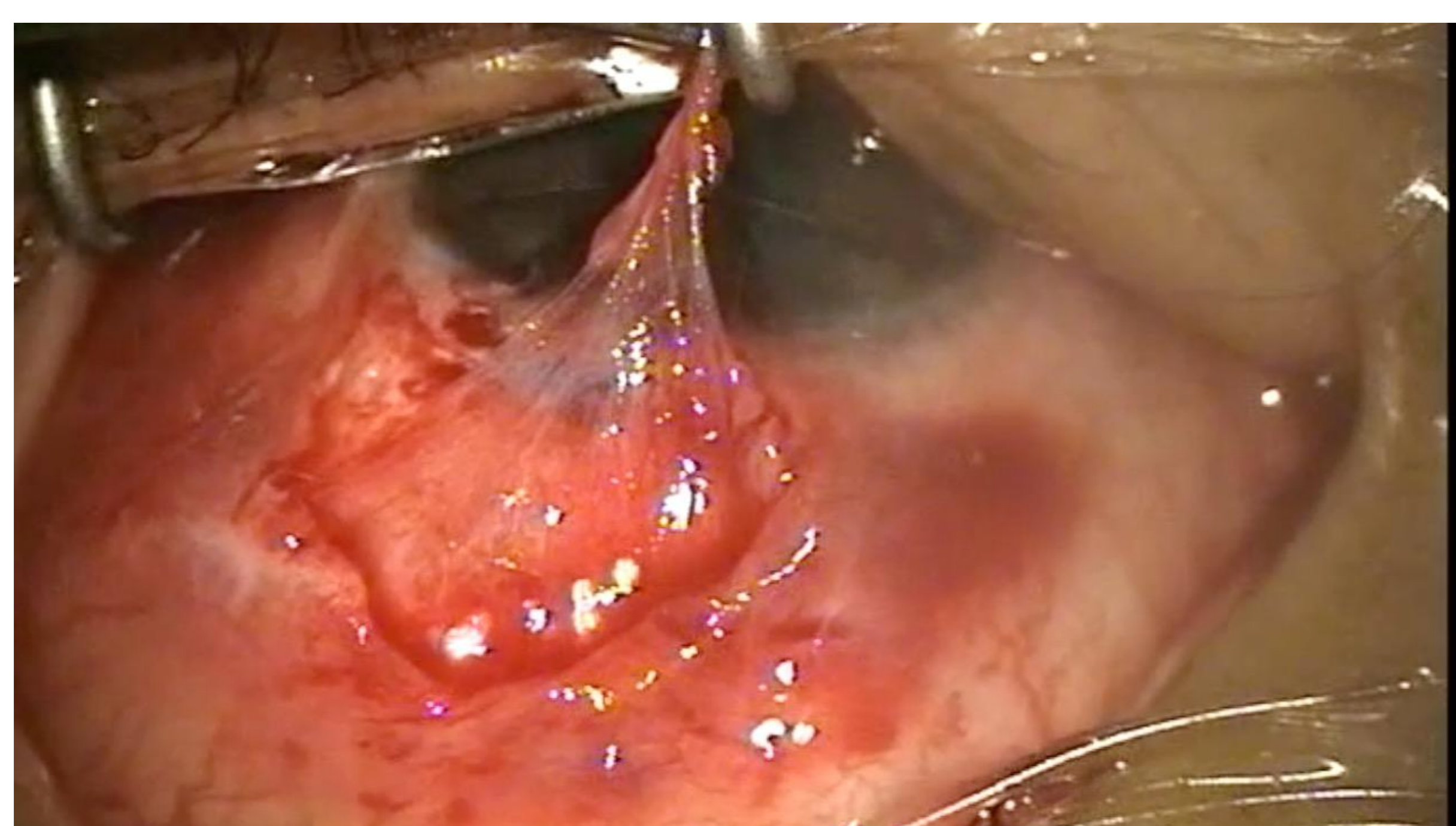


Fig. 6: Liberación y disección de la cápsula de Tenon. Obsérvese el grado de fibrosis y vascularización de la misma.

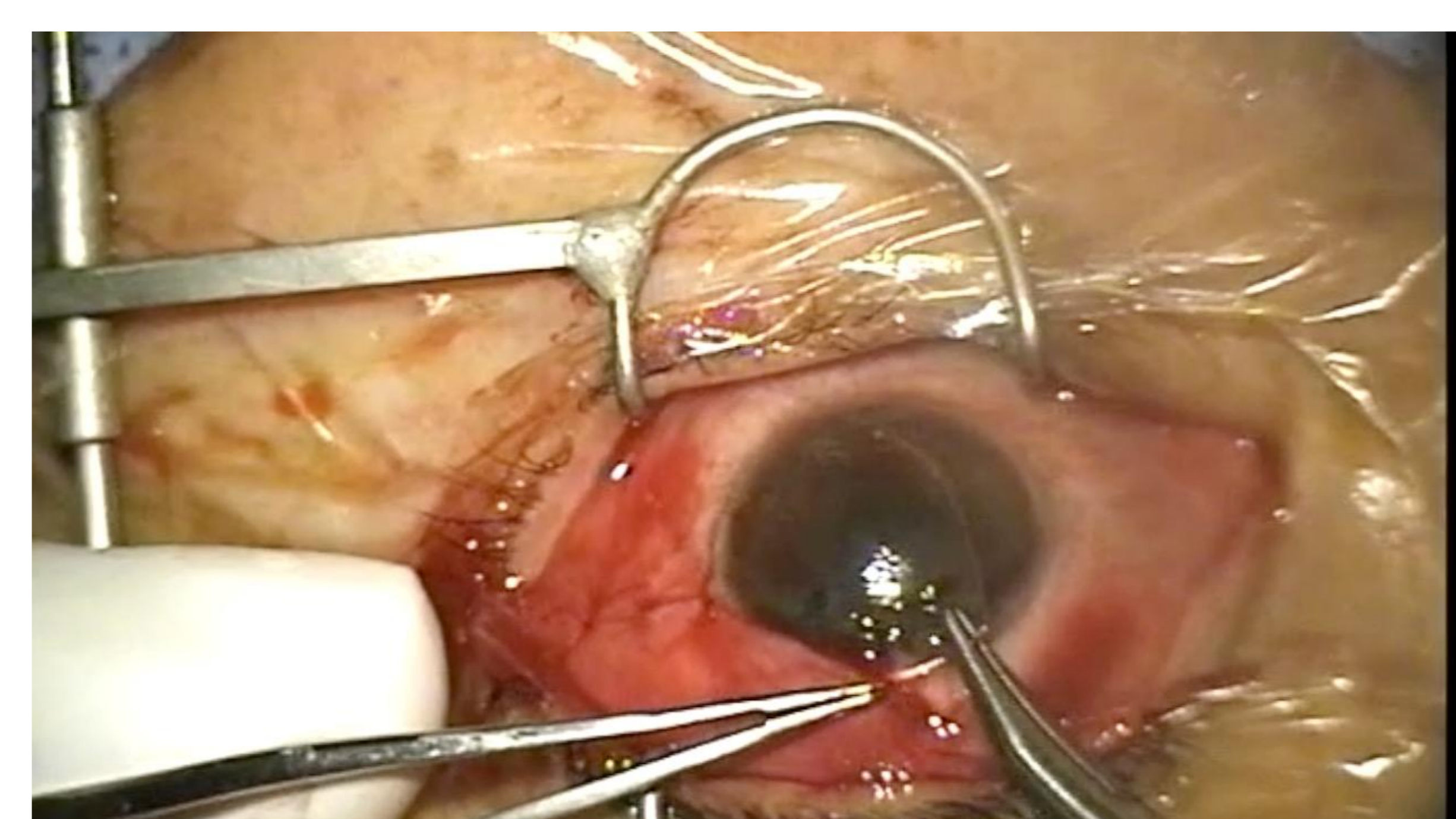


Fig. 9: Sutura conjuntival.



REPARACIÓN DE AMPOLLA QUÍSTICA CON OLOGEN® Y RECUBRIMIENTO EN DOS TIEMPOS CON CÁPSULA DE TENON Y CONJUNTIVA

Rafael Montejano Milner, Cosme Lavín Dapena, Rosa M^a Cordero Ros, M^a Angélica
Henríquez Recine, Alejandro López Gaona

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- En 6 meses de seguimiento el curso clínico ha sido favorable.
- La biomicroscopía ha mostrado una ampolla reconstruida de buen aspecto, con buena cobertura del defecto escleral subyacente y ausencia de Seidel (fig. 10).
- No se ha evidenciado migración del implante o sintomatología sugestiva de alergia.
- La AV OI ha permanecido en 2/3.
- Las cifras de PIO en OI han oscilado entre 8 y 16 mmHg.
- El examen del nervio óptico muestra estabilidad respecto a consultas anteriores.
- No se han detectado signos de hipotonía ocular.

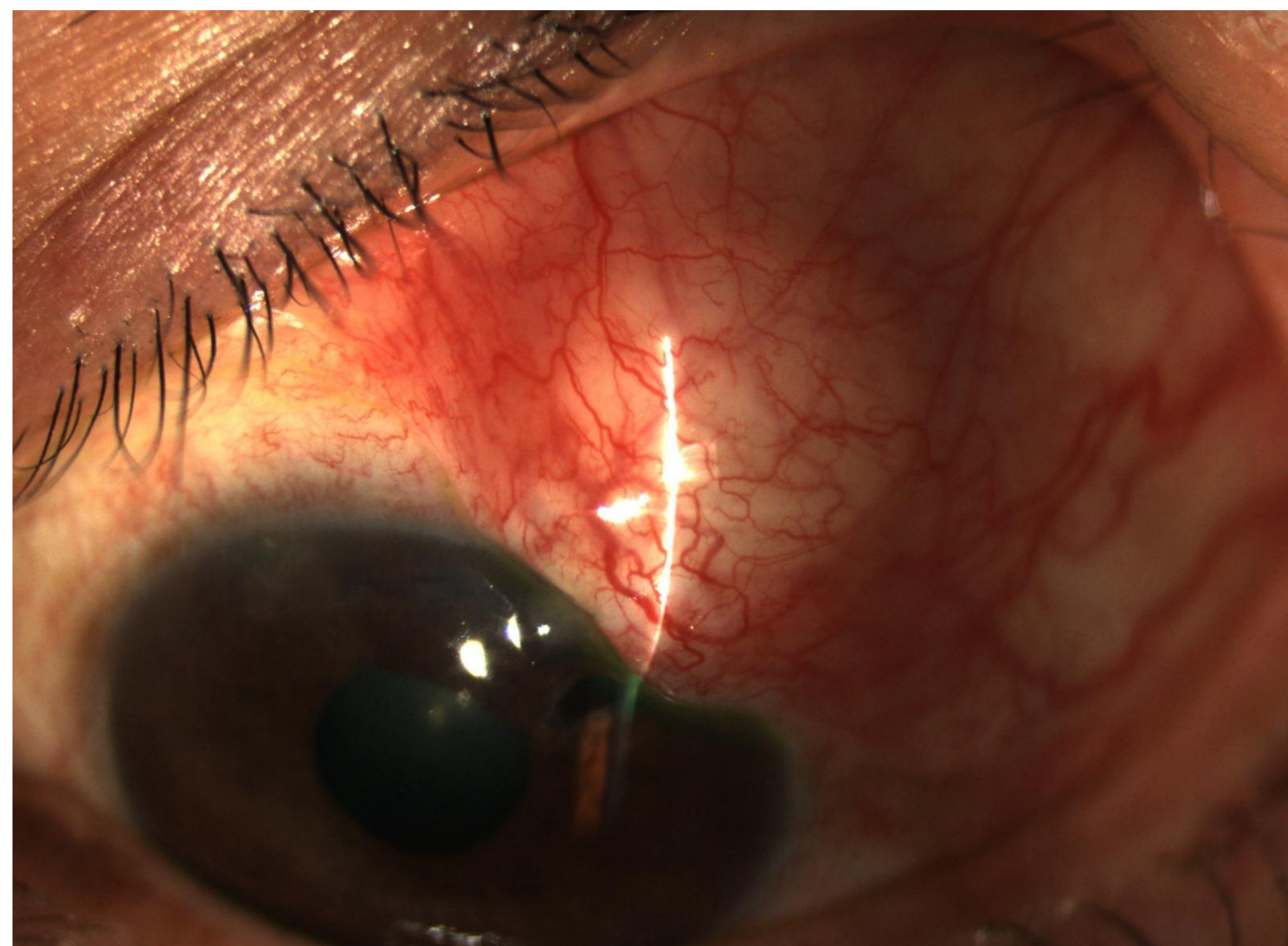


Fig. 10: Aspecto de la ampolla 2 meses después de la reparación quirúrgica.

DISCUSIÓN

-El empleo de matrices de colágeno prefabricadas y un doble recubrimiento con las envolturas del globo ocular del propio paciente puede ser una alternativa válida para reconstruir ampollas de filtración que hayan fracasado por enquistamiento.

-Queda por dilucidar si el interior del globo ocular queda tras esta cirugía lo suficientemente aislado del exterior como para no existir un riesgo aumentado de endoftalmitis infecciosa o ampulitis.

- Los autores recomiendan un seguimiento estrecho, vigilando especialmente la aparición de cualquier síntoma de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tanuj D, Amit S, Saptorshi M, Meenakshi G. Combined subconjunctival and subscleral ologen implantinsertion in trabeculectomy. Eye 2013;27:889.
2. RosentreterA, Schild AM, Dinslage S, Dietlein TS. Biodegradable implant for tissue repair after glaucoma drainage device surgery. J Glaucoma 2012;21(2):76-8.
3. Anand N, Arora S, Clowes M. Mitomycin C augmented glaucoma surgery: evolution of filtering bleb avascularity, transconjunctival oozing, and leaks. Br J Ophthalmol 2006;92:175-80.
4. Catoira Y, Wudunn D, Cantor LB. Revision of dysfunctional filtering blebs by conjunctival advancement with bleb preservation. Am J Ophthalmol 2000;130(5):574-9
5. Panday M, Shantha B, George R, Boda S, Vijaya L. Outcomes of bleb excision with free autologous conjunctival patchgrafting for bleb leak and hypotony after glaucoma filtering surgery. J Glaucoma 2011;20(6):392-7.
6. Sethi P, Patel RN, Goldhart R, Ayyala RS. Conjunctival advancement with subconjunctival amniotic membrane draping technique for leaking cystic blebs. J Glaucoma 2014 [Epub ahead of print].