

## TTO QUIRURGICO DESPRENDIMIENTO COROIDEO

Dr. Lorenzo López Guajardo

Separación de coroides/cuerpo ciliar de esclera por una acumulación de **suero** o **sangre** entre las dos estructuras.

Sinónimos: Efusión coroidea, efusión supraciliar, efusión uveal, desprendimiento cilio-coroideo, desprendimiento uveal

Es una anormal colección de líquido en el **espacio supracoroideo**

Normalidad:

T.A. > P.I.O. > p supracoroidea > p atmosférica

ETIOLOGIA DC

### Escleropatía

Congénita

Síndrome Efusión Uveal/Nanofthalmos

Adquirida

Amiloidosis/Mucopolisacaridosis

### Hidrodinámica

Hipotonía Ocular

Herida filtrante/hiperfiltración/ciclodíalisis

DR

Ojo abierto

Disfunción ciliar

Presión venosa uveal elevada

Fistula AV, Sturge Weber, Valsalva/compresión vorticosas

HTA

### Inflamatoria

Uveítis/escleritis/celulitis

Post QX: cirugía/fotocoagulación/crioterapia/trauma

### Neoplasia

**MODELO EXPERIMENTAL: 2 CAUSAS PARA DC (¿multifactorial?)**

### SÍNDROME EFUSIÓN UVEAL

DC bilateral + DR no regmatógeno

Dilatación epiescleral, PIO normal, EPR "piel leopardo"

Diagnóstico de exclusión

Escleropatía: incremento resistencia

Curso recurrente: secuelas visuales

TRATAMIENTO. esclerectomias de espesor parcial +/- vitrectomía

No descompresión vorticosas

### MACULOPATIA HIPOTÓNICA

Pliegues en retina/EPR/coroides

Edema papila/vasos tortuosos

Pliegues retina causa primaria pérdida AV

DX: Funduscopia, PIO

AFG/ ECO/OCT

TTO: Etiológico

Pronóstico: duración dependiente

### CLASIFICACIÓN DC:

DC seroso: postQx, trauma o inflamación

PIO BAJA, especialmente < 5 mmHg

DC hemorrágico: post o **intraQx**, trauma

rotura vasos ciliares

Anamnesis:

## ¿Cirugía reciente? ¿Trauma?

+ uso de hipotensores, estornudos o esfuerzos, AAG o ACO?

Síntomas:

DC seroso: indoloro, puede alterar la visión

DC hemorrágico: ¡dolor!

Pérdida visual

Exploración:

Alteración de la visión (sombra, PL)

CA normal, estrecha o atalamia

PIO: baja → DC seroso

alta → DC hemorrágico

FO: anular o 4 lóbulos

más elevación anterior que posterior

visión de ora serrata sin indentar

Pruebas:

ECO-B: elevación plana con inserción al m ciliar

signo del doble pico

no fluctuación con movimientos

contenido hipocogénico (seroso) o

heterogéneo

(hemorrágico)

TTO DC SEROSO:

TTO CONSERVADOR

Cicloplejia

Corticoides (orales o tópicos)

Si la causa es postTrabe → LC terapéutica/visco-gas CA

CIRUGIA si:

refractario en 1-2 meses: MACULOPATIA HIPOTONICA

contacto retinas "kissing" > 48 hrs

atalamia con contacto LIO/Lente-endotelio

Técnica: Esclerotomía de evacuación

Lugar de incisión guiado por ECO y fundoscopia

Donde exista más líquido

Anestesia retrobulbar

Infusión en CA (si hay vitreo, hacer VA)

Disección conjuntival (?)

Esclerotomía radial de 2-3 mm a 12 mm del limbo

(Cuchillete de CRESCENT/15°)

Cauterizar+/- coroides y drenar líquido (o sangre)

Dejar esclerotomía filtrante **ABIERTA** en el postQx

Repetir en otros cuadrantes si es necesario

MANIOBRAS "ADICIONALES"

Hacer vitrectomía por pars plana (riesgo DR)

Burbuja de aire en CA (?)

Cerrar hiperfiltración (?)

TTO DC HEMORRÁGICO:

IntraQx:

Visco cohesivo en CA y sutura (catarata, evitar expulsiva)

Tto con acetazolamida y CTC tópicos y orales

PostQx:

Si es pequeño, reabsorción espontanea (Ciclopejia y CTC)

**CIRUGIA** si:

Atalamia (contacto iridocorneal >3-7 días)

Edema corneal progresivo

Kissing >48 horas

**PROBLEMA LIQUEFACCIÓN COAGULO 7-10 DIAS – Control ECO-**

Cirugía inmediata?

#### DC Y CIRUGÍA OCULAR

PostQX: 0,005-10%

-Post-trabeculectomía: **3-10%**

-post V de Ahmed: **hasta 26%!**

-post cirugía escleral en DR

IntraQx: más hemorrágicos “hemorragia expulsiva” tras qx de cataratas (+ en EEC-2,2% - que en Facoemulsificación-0,2%)

-TA elevada, alta miopía,

-en vitrectomía por mala colocación de trócares

#### DC Y VITRECTOMIA: INFUSIÓN SUBCOROIDEA

-Mala colocación de trocares (NO EN CAVIDAD VITREA)

- Retracción trocar infusión bien colocado por tensión en vía infusión- indentar.-

**EVITAR INFUSION SUBCOROIDEA**