



ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/ofthalmologia



Artículo original

Complicaciones tras queratoplastia endotelial: tres años de experiencia

A. Villarrubia^{a,*}, E. Palacín^a, C. Aránguez^a, J. Solana^b y C.R. García-Alonso^c

^a Instituto de Oftalmología La Arruzafa, Grupo INNOVA, Córdoba, España

^b Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz, Badajoz, España

^c ETEA, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de mayo de 2010

Aceptado el 14 de diciembre de 2010

On-line el 20 abril 2011

Palabras clave:

Queratoplastia

Distrofia de Fuchs

Queratopatía bullosa

Queratoplastia endotelial

automatizada con disección de la membrana de Descemet

R E S U M E N

Objetivo: Examinar las complicaciones tras queratoplastia endotelial automatizada con disección de la membrana de Descemet (DSAEK).

Métodos: Revisión retrospectiva de 75 cirugías de DSAEK en 67 pacientes con distrofia endotelial de Fuchs o queratopatía bullosa realizadas en el Instituto de Oftalmología La Arruzafa desde marzo de 2007 hasta marzo de 2010. En 30 casos se asoció facoemulsificación e implante de LIO. Todas las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias fueron registradas, además de la densidad celular endotelial.

Resultados: La dislocación del disco fue la complicación más frecuente: 17 casos (22,5%); 16 se resolvieron con la reintroducción de aire en cámara anterior. La tasa de desprendimiento del injerto fue del 50% en los 8 ojos sin soporte capsular. En 5 casos se produjo un fracaso primario del injerto y en 2 (2,6%) el injerto ha fracasado a medio plazo; solo tenemos un caso de rechazo endotelial (1,3%). Cinco ojos (6,5%) desarrollaron un bloqueo pupilar postquirúrgico que se resolvió tras la extracción del aire. Un ojo (1,3%) con rotura capsular posterior durante la cirugía desarrolló al año un desprendimiento de retina. La pérdida celular media fue del 42,75%.

Conclusiones: DSAEK ha demostrado ser un tratamiento efectivo para la disfunción endotelial; sin embargo no está exenta de complicaciones. La dislocación del disco es la complicación más frecuente siendo resuelta tras la reintroducción de aire en la mayoría de los casos. Existe una curva de aprendizaje y el traumatismo intraoperatorio es un factor relacionado con la pérdida endotelial.

© 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Complications after endothelial keratoplasty: three years of experience

A B S T R A C T

Objective: To study the complications after Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty (DSAEK).

Methods: Retrospective study of 75 eyes in 67 patients with Fuchs' endothelial dystrophy or bullous keratopathy operated on in the Instituto de Oftalmología La Arruzafa from March,

Keywords:

Keratoplasty

Fuchs' dystrophy

Bullous keratopathy

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvillarrubia@yahoo.com (A. Villarrubia).

0365-6691/\$ - see front matter © 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.oftal.2010.12.013

Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty

2007 until March, 2010. Phacoemulsification and IOL implantation was involved in 30 cases. All surgical and post-surgical complications, as well as the endothelial cell density were recorded.

Results: Graft detachment was the most common complication: 17 cases (22.5%); 16 of them resolved with reintroduction of air in the anterior chamber. The rate of detachment in cases without capsular support (8 eyes) increased up to 50%. Five cases had primary graft failure and, in 2 cases, a medium term failure was observed. Only one case of endothelial rejection was observed (1.3%). Five eyes (6.5%) developed a pupillary block, but of them were solved with the aspiration of the air. In one eye (1.3%), a posterior capsule rupture was observed during the phacoemulsification. This case ended with a retinal detachment. The endothelial cell loss was 42.75%.

Conclusions: DSAEK is an effective surgical technique to resolve the corneal oedema due to endothelial failure; however, complications are not uncommon. Graft detachment is the most common complication, but is usually resolved with *re-bubbling*. There is an evident learning curve and the surgical trauma to the endothelium is the most important factor that influences the endothelial cell loss.

© 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La queratoplastia endotelial automatizada con disección de la membrana de Descemet (DSAEK: *Descemet's stripping with automated endothelial keratoplasty*) está ganando popularidad como tratamiento quirúrgico de las alteraciones del endotelio corneal, en contraposición a la queratoplastia penetrante (QP) ya que este procedimiento no está exento de inconvenientes (rehabilitación visual prolongada, astigmatismo elevado, complicaciones relacionadas con las suturas, queratitis infecciosa, dehiscencia de la incisión, rechazo endotelial e, incluso, la eventualidad de una hemorragia expulsiva)¹⁻⁴. Para llegar a conseguir una técnica altamente reproducible como es DSAEK, la queratoplastia endotelial ha evolucionado desde que en 1998 Gerrit Melles publicara el primer caso exitoso de restauración de la transparencia corneal mediante el recambio de las capas posteriores de la córnea en un paciente con queratopatía bullosa. Algunos años después, Mark Terry modificó el instrumental y comenzó a publicar series realmente importantes de pacientes. La realización de una descemetorhexis y la obtención del disco donante mediante una queratotomía realizada con microqueratomo sobre una cámara anterior artificial, han conseguido que la técnica sea mucho más reproducible y que ambos lechos, donante y receptor, se unan de una forma más homogénea. Debido a que es un procedimiento relativamente nuevo, las complicaciones asociadas al mismo están aún describiéndose, siendo la dislocación del injerto donante la más frecuente⁵. En nuestro centro se está realizando DSAEK desde hace 3 años y el objetivo de este trabajo es mostrar las complicaciones que han ocurrido así como compararlas con otras series previamente publicadas.

Sujetos, material y método

Se ha analizado de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes intervenidos desde marzo de 2007 hasta marzo de 2010 mediante técnica DSAEK. La indicación quirúrgica en todos los casos fue por edema corneal debido a distrofia

endotelial de Fuchs o a queratopatía bullosa. Después de la cirugía, los pacientes fueron revisados al día siguiente, a los 3 días, a la semana, al mes, 3, 6, 12, 24 y 36 meses (en el caso de mayor seguimiento), excepto cuando alguna complicación aconsejaba otra revisión.

En cada revisión se midió la agudeza visual sin corrección, refracción y agudeza visual corregida. La densidad celular endotelial con microscopio especular Topcon se realizó a la semana, 3 meses, 12, 24 y 36 meses; los datos de esta variable reflejados en este estudio son los de la última revisión realizada a cada paciente. La medida del grosor central del disco donante mediante tomografía de coherencia óptica (Visante, Carl Zeiss, Jena, Alemania) se estudió al mes. Los datos se incluyeron en una tabla de Excel y, posteriormente, fueron procesados con el programa estadístico SPSS (SPSS v. 17, Inc v. 17.0. Chicago, IL EE.UU.). El análisis realizado ha sido el contraste de medias (para determinar si existen diferencias significativas antes y después de la intervención realizada) y, para ello, se han utilizado los siguientes métodos paramétricos: prueba T al 95% ($\alpha = 0,95$) para muestras independientes (este análisis se utiliza como pre-test), prueba T al 95% ($\alpha = 0,95$) para muestras relacionadas (ya que las variables se miden antes y después de la intervención) y análisis de la varianza ANOVA de un factor ($\alpha = 0,95$) (para confirmar o no los resultados obtenidos en el test anterior). Las pruebas no paramétricas de Wilcoxon, Friedman y Kendall ($\alpha = 0,95$) se han utilizado para comprobar la homogeneidad de las variables antes y después del tratamiento.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica ha sido suficientemente descrita en multitud de trabajos¹⁻⁵. Es preciso trabajar sobre un botón con rodete escleral que se adapte a la cámara anterior artificial, con un diámetro total de 16 mm. La córnea debe tener una distancia blanco a blanco de, al menos, 11 mm. Se sitúa el tejido donante sobre la cámara anterior artificial desarrollada por Ziemer Ophthalmic Systems AG (Switzerland) para el microqueratomo Amadeus II. No se realizó paquimetría previa al

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4007739>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4007739>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)