



CASO CLÍNICO

Glaucoma maligno en paciente con cirugía previa de catarata traumática e implante valvular: reporte de caso



Juan Carlos Serna-Ojeda*, Dalia Consuelo Guadarrama-Vallejo, Jessica Daniela Valencia-Aguirre, Jorge Córdova-Cervantes, Humberto Matiz-Moreno y Vincent Korder-Ortega

Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, México, D.F., México

Recibido el 11 de julio de 2014; aceptado el 13 de enero de 2015
Disponible en Internet el 16 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Glaucoma maligno;
Facoemulsificación;
Implante valvular;
Glaucoma secundario;
Catarata traumática;
Glaucoma

KEYWORDS

Malignant glaucoma;
Phacoemulsification;
Valve implantation;
Secondary glaucoma;
Traumatic cataract;
Glaucoma

Resumen El glaucoma maligno es un glaucoma secundario asociado con un bloqueo ciliar y dirección equivocada del flujo del humor acuoso. Se presenta el caso de un paciente masculino de 19 años con antecedente de explosión de filtro metálico en ojo derecho. Se encuentra con una presión intraocular de 52 mmHg y cristalino luxado a cámara anterior. Se inicia terapia máxima para glaucoma y se realiza facoemulsificación con posterior colocación de válvula de Ahmed, y 3 semanas después de la cirugía presenta hallazgos clínicos compatibles con glaucoma maligno. Se presenta el seguimiento del paciente y los estudios de imagen indicados
© 2014 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Malignant glaucoma in a patient with previous surgery for traumatic cataract and valve implantation: A case report

Abstract Malignant glaucoma is a secondary glaucoma associated with ciliary block and aqueous humor misdirection. We present the case of a 19-years old male patient with history of explosion of a metallic filter in his right eye. The right eye shows an intraocular pressure of 52 mmHg and the lens dislocated into the anterior chamber. Maximal medical therapy for glaucoma is initiated and we performed phacoemulsification with the posterior placement of an Ahmed valve, and three weeks after surgery he presents clinical findings compatible with malignant glaucoma. Patient follow-up and imaging studies are presented.
© 2014 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

* Autor para correspondencia: Instituto de Oftalmología «Fundación Conde de Valenciana». Chimalpopoca 14, Col Obrera, México DF, CP 06800.

Correo electrónico: juanc.sernao@gmail.com (J.C. Serna-Ojeda).

Introducción

El glaucoma maligno es una variedad de glaucoma secundario caracterizado por la elevación de la presión intraocular (PIO), estrechamiento de la cámara anterior a nivel central y un segmento posterior anatómicamente normal¹⁻³.

El glaucoma maligno clásico se desarrolla con mayor frecuencia en pacientes con glaucoma primario de ángulo cerrado posterior a cirugía incisional que en los pacientes con glaucoma de ángulo abierto; también se presenta en pacientes con antecedente de iridotomía, capsulotomía, terapia con mióticos y en traumatismos cerrados^{3,4}.

En la fisiopatología están involucrados una variedad de factores como: cuerpo ciliar posicionado anteriormente en ojos pequeños, desplazamiento del cristalino hacia adelante y cambios en la permeabilidad de la hialoides^{2,3}.

El glaucoma maligno se ha reportado en un 0.4-6% posterior a la cirugía incisional en glaucoma primario de ángulo cerrado. La PIO usualmente esta elevada, pero puede presentarse en rangos normales o incluso bajos^{5,6}. Durante el glaucoma maligno se muestra una rotación anterior de los procesos ciliares, que presiona contra el ecuador del cristalino o la hialoides anterior en áfacos^{2,7}.

Presentamos el caso de un paciente que desarrolla glaucoma maligno posterior a cirugía de facoemulsificación de una catarata traumática y a implante valvular por glaucoma de difícil control.

Presentación del caso

Masculino de 19 años de edad, acude a urgencias refiriendo explosión de filtro metálico en cara con golpe en su ojo derecho hace 11 días, presenta dolor, ardor y lagrimeo.

En la exploración, el ojo derecho con una agudeza visual de movimiento de manos, PIO de 52 mmHg, atalamia, la pupila en midriasis, cristalino luxado a cámara anterior con pigmento retroquerático y toque endotelial (fig. 1). La ecografía reporta el polo posterior sin alteraciones. Se inicia tratamiento hipotensor tópico con terapia máxima a base de brimonidina, dorzolamida y timolol tópico, así como acetazolamida oral y se realiza facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) en el sulcus.

En el postoperatorio inmediato al día siguiente presenta una agudeza visual de 1/200, PIO 35 mmHg, edema corneal

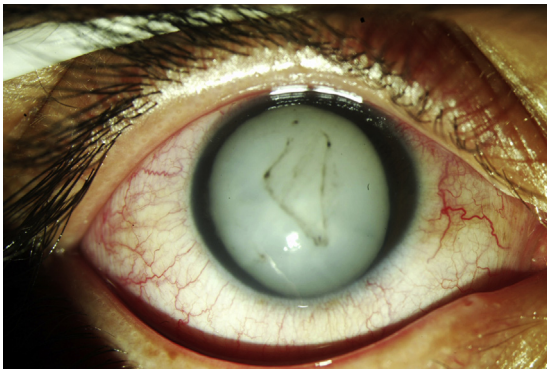


Figura 1 Imagen clínica del ojo derecho a la presentación del paciente.

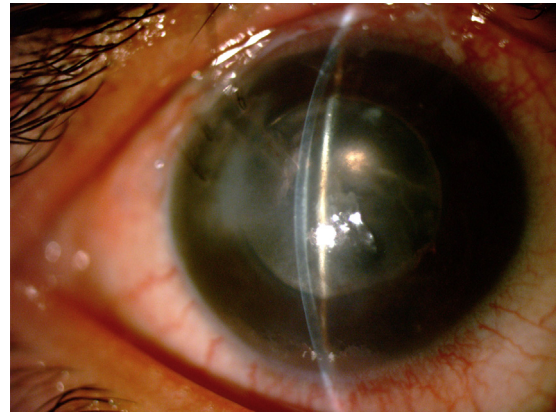


Figura 2 Imagen clínica del ojo derecho 3 semanas después de realizado el implante valvular.

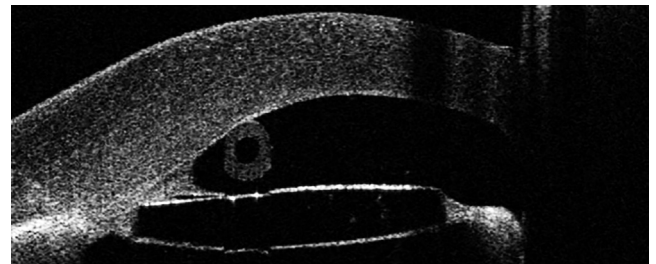


Figura 3 Tomografía de coherencia óptica visante mostrando toque endotelial del tubo valvular.

3+, estrías en descemet, celularidad en cámara anterior así como también restos hemáticos. Por PIO que persiste elevada a pesar de terapia máxima se coloca válvula de Ahmed.

Después de 3 semanas se encuentra válvula de Ahmed in situ con tubo en cámara anterior con toque endotelial, cámara plana con estrechamiento más marcado en la parte central, LIO parcialmente luxado a cámara anterior y una PIO de 15 mmHg (fig. 2). No se encontraba inclinación hacia delante del iris, y había ausencia de iris bombé. Por los hallazgos clínicos se diagnostica glaucoma maligno a pesar de la PIO estable. Inicialmente se instaura manejo con ciclopléjicos y supresores de la producción de humor acuoso, y se opta por realizar procedimiento quirúrgico.

Se realiza vitrectomía vía pars plana, vitrectomía con disrupción de la hialoides anterior para lograr flujo del humor acuoso de la cavidad vítrea a la cámara anterior, y recolocación del LIO. A los 8 días de postoperatorio la PIO se mantiene en 26 mmHg con toque endotelial persistente del tubo valvular, lo cual se corrobora con imagen de tomografía de coherencia óptica visante (fig. 3) y edema corneal persistente (fig. 4), por lo que se decide recolocación del tubo valvular dentro de la misma cámara anterior pero evitando el toque endotelial, con subsecuente disminución de la PIO.

Discusión

En el caso se muestra un paciente que tras sufrir trauma ocular contuso presentó una catarata traumática, subluxación de la misma a cámara anterior y aumento importante de la PIO, atalamia y edema corneal, requiriendo tratamiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4032292>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4032292>

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