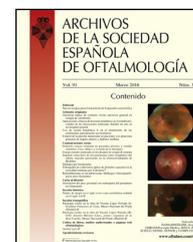




ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia



Comunicación corta

Manejo de la perforación conjuntival y Seidel tardío poscirugía XEN[®]☆

Á. Olate-Pérez*, V.T. Pérez-Torregrosa, A. Gargallo-Benedicto, R. Escudero-Igualada, M. Cerdà-Ibáñez, A. Barreiro-Rego y A. Duch-Samper

Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de julio de 2017

Aceptado el 17 de octubre de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Colágeno

Glaucoma

Microcirugía

XEN[®] gel stent

R E S U M E N

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes de cirugía XEN[®]. A los 18 meses de seguimiento se observa perforación conjuntival a nivel del implante, decidiéndose intervención quirúrgica. En esta se constató un trayecto subconjuntival corto (0,5 mm). Se intenta, sin éxito, extraerlo mediante tracción, sin embargo, el XEN[®] se rompe con facilidad. Finalmente se decide seccionarlo hasta nivel escleral, y suturar la conjuntiva. Durante la primera semana poscirugía existe disminución de la presión intraocular (6 mmHg), para posteriormente aumentar progresivamente hasta 25, optándose por iniciar tratamiento médico.

Discusión: La exposición conjuntival del XEN[®] es una complicación rara, pero potencialmente grave. Para evitarla es importante una técnica quirúrgica metódica durante su implantación. En caso de suceder es importante identificar la causa. Si es debida al trayecto subconjuntival corto, una alternativa terapéutica es la sección del implante a este nivel para evitar nuevas complicaciones.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Management of conjunctival perforation and late Seidel after XEN[®] surgery

A B S T R A C T

Clinical case: The case concerns a 78 year-old woman with a history of XEN[®] surgery, in whom a conjunctival perforation was observed at the implant level at 18-months of follow-up, for which surgical intervention was decided. During surgery a short subconjunctival portion was found (0.5 mm). An unsuccessful attempt was made to extract it by traction, but the XEN[®] broke easily. Finally, it was decided to cut it to scleral level, and suture the conjunctiva. During the first week there was a decrease in intraocular pressure (6 mmHg), to subsequently increase to 25, and deciding to start medical treatment.

Keywords:

Collagen

Glaucoma

Microsurgery

XEN[®] gel stent

☆ Presentado parcialmente como comunicación de casos clínico al 93 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aolatep@hotmail.com (Á. Olate-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.oftal.2017.10.002>

0365-6691/© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Discussion: Conjunctival exposure of the XEN[®] stent is a rare but potentially serious complication. To avoid it, a meticulous surgical technique is important when implanting it. If this occurs, it is important to identify the cause. If it is due to a short subconjunctival portion, a therapeutic alternative is to cut the implant at this level to avoid further complications.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La reciente introducción de las distintas técnicas de cirugía mínimamente invasiva del glaucoma (MIGS) ha cambiado el tradicional enfoque terapéutico. Dentro de ellas se encuentra el implante XEN[®] (Allergan, Irvine, California, EE.UU.), un tubo colágeno sin válvula, que permite el drenaje de humor acuoso hacia una ampolla subconjuntival¹. Las complicaciones posquirúrgicas son poco frecuentes²⁻⁴, pero merecen un abordaje específico. A pesar de esto, existen escasas publicaciones al respecto. A continuación, detallamos el caso de una perforación conjuntival tardía y su manejo.

Caso clínico

Mujer de 78 años, con antecedentes de cirugía de catarata e implante XEN[®] 45 en el ojo izquierdo, posibilidad que se planteó debido a presentar glaucoma primario de ángulo abierto leve (defecto medio: -3,93 dB) y presión intraocular (PIO) en 22 mmHg, pese a tratamiento farmacológico máximo. En revisión a los 12 meses poscirugía se constata evolución favorable, destacando agudeza visual mejor corregida de 1.0 Snellen, PIO de 16 mmHg y ampolla de filtración difusa con escasa elevación.

Seis meses más tarde, en revisión rutinaria se objetiva PIO en 10 mmHg, levantamiento en «tienda de campaña» a nivel del extremo distal del XEN[®], perforación conjuntival adyacente, exposición del implante y signo de Seidel positivo espontáneo. En la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) destaca posición superficial del implante (fig. 1).

Se decide realizar exploración quirúrgica de la zona. Al diseccionar la conjuntiva se visualiza el extremo distal del XEN[®] corto (0,5 mm) y con intensa fibrosis alrededor. Tras reseccionar la fibrosis, dejando el implante liberado y la esclera desnuda, se tracciona el XEN[®] mediante una pinza, sin embargo se rompe con facilidad en 2 ocasiones. Ante esto se decide seccionar el implante a nivel escleral (fig. 2), permaneciendo su trayecto intra-escleral intacto, avanzar la conjuntiva y suturarla.

Durante la primera semana postoperatoria, la paciente evoluciona sin presentar Seidel, pero con PIO en 6 mmHg. Estas cifras aumentan durante las siguientes semanas hasta alcanzar 25 mmHg al mes de seguimiento, en que además se evidencia una ampolla plana y gran aumento de su reflectividad interna en la OCT-SA, a pesar del manejo con corticoides tópicos (fig. 3).

Se plantea posibilidad de reintervención, sin embargo, comorbilidades intercurrentes de la paciente lo impiden, y se inicia tratamiento con fármacos hipotensores.

A los 6 meses de seguimiento, la paciente presenta PIO estable en 14 mmHg con tratamiento médico, y sin progresión del glaucoma.

Discusión

La cirugía XEN[®], es una técnica sencilla, eficaz y segura, con escasas complicaciones y poco relevantes²⁻⁴. Como en otras cirugías filtrantes, una complicación potencialmente grave es la perforación conjuntival, por la posibilidad de hipotonía e infección^{5,6}.

Esta complicación se ha relacionado con 3 causas principales: falta de cobertura palpebral, localización superficial del implante y una longitud <1,5 mm del trayecto subconjuntival⁵⁻⁸. Para evitar cada una de ellas, es importante una técnica quirúrgica adecuada: evitar la implantación a las 3 y 9 h; ampliar la zona de implantación mediante la rotación en 90° del bisel de la aguja del inyector antes de introducir el XEN[®]; y en caso de obtener un trayecto corto, reposicionarlo desde conjuntiva o retirarlo desde cámara anterior⁷.

En caso de que, a pesar de estas medidas se genere perforación durante el seguimiento, las opciones terapéuticas son la disección, avance y sutura conjuntival, la cobertura mediante injertos y/o la extracción del implante^{5,6,8}.

En esta paciente, las primeras 2 alternativas en solitario se desestimaron debido a la escasa longitud subconjuntival del implante, lo que podría provocar una nueva perforación. Por ello se intentó extraer. Sin embargo, el material colágeno que forma el XEN[®] es muy frágil. Además, se produce un riguroso ajuste del trayecto intraescleral del implante tras un tiempo, lo que hace que la tracción que se ejerza para su extracción lo rompa con facilidad. Así, tampoco se optó por extraerlo desde la cámara anterior, para evitar aquí su rotura y no causar un acortamiento excesivo del XEN[®], al dejar solo su trayecto intraescleral, generando hipotonía en el postoperatorio precoz (Ley de Laplace). Así se decidió la sección del trayecto subconjuntival completo hasta nivel escleral.

En la literatura se describe el caso de un paciente, con antecedentes de trabeculectomía y pobre control de PIO pese a tratamiento tópico máximo, en que se realiza cirugía XEN[®], por ser menos invasiva. En el postoperatorio precoz (15 días) se evidencia exposición conjuntival del implante, que fue exitosamente manejada mediante la cobertura con membrana amniótica, sin sección del tubo⁸. La causa de esta complicación, a juicio de los autores, y a diferencia de nuestro caso, fue

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8791267>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8791267>

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