

Drenaje externo de hemorragia corioidea usando instrumentos de cirugía vítreo-retiniana 23G

External drainage of choroidal hemorrhage using 23G vitreoretinal instruments

RAMOS RAMOS JJ¹, ABREU GONZÁLEZ R¹

RESUMEN

Introducción: La aparición de desprendimientos corioideos (DC) asociados a cirugía de vítreo-retina es poco frecuente pero puede resultar una complicación grave, con un mal pronóstico visual final.

Técnica quirúrgica: Proponemos el uso de material quirúrgico para vitrectomía 23G para drenar, por vía externa, un DC hemorrágico masivo.

Conclusión: La técnica ha demostrado ser sencilla, segura y efectiva, con la ventaja de poder realizar otras maniobras quirúrgicas vítreo-retinianas en el mismo acto utilizando el mismo instrumental. Consideramos que puede ser una buena alternativa en casos complicados de desprendimiento corioideo. Es necesario una mayor serie de casos para confirmar nuestra experiencia y poder valorar posibles complicaciones de la técnica en el postoperatorio tardío.

Palabras clave: Hemorragia corioidea, cirugía, vitro-retina, 23-gauge.

SUMMARY

Introduction: Choroidal detachment (DC) secondary to vitreoretinal surgery is not usual, however it is a severe complication with a poor visual prognosis.

Surgical technique: We propose the use of 23g vitrectomy instruments in order to perform an external drainage of massive DC.

Conclusion: The 23g external drainage technique is easy, safe and effective, with the advantage of allowing to perform other vitreoretinal surgical procedures using the same instruments. We consider it as a good alternative in DC complex cases. We need more cases that could confirm our experience, thus assessing the possibility of late postsurgical complications.

Key words: Choroidal hemorrhage, surgery, vitreoretinal, 23-gauge.

¹ Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Candelaria. Tenerife.

Correspondencia:

Dr. J.J. Ramos Ramos

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Ntra. Sra de La Candelaria.
Carretera Del Rosario, 145. 38009-Santa Cruz De Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La aparición de desprendimientos coroides (DC) asociados a cirugía de vítreo-retina es poco frecuente pero puede resultar una complicación grave, con un mal pronóstico visual final (1-3). Esta complicación postoperatoria puede ser tanto de origen serosa como hemorrágico. En el caso de que ésta se desarrolle durante el acto quirúrgico la sangre que se acumula en el espacio supracoroideo, originando un DC progresivo que empuja la coroides y la retina hacia el centro de la cavidad vítrea. Los desprendimientos serosos a menudo se resuelven con tratamientos conservadores, pero a veces es necesario de procedimientos de drenaje (4-6).

En este trabajo se propone el uso de material quirúrgico para vitrectomía 23 G (Alcon, Texas, EEUU) para drenar, por vía externa, un DC hemorrágico masivo. Las ventajas de esta técnica son: el auto sellado de la incisión, manipulación mínima de la conjuntiva y esclera y la posibilidad de un drenaje completo de los DC.

CASO CLÍNICO

Paciente de 83 años de edad sometido a cirugía combinada de catarata y agujero macular de espesor completo, al que se le realizó facoemulsificación e implante de LIO y vitrectomía 23-Gauge (23g) con pelado de membrana limitante interna (MLI) y hexafluoruro de azufre (SF6) en cavidad vítrea. A la semana de la intervención presentó un desprendimiento de retina regmatógeno, por lo que se programó para cirugía vítreo-retiniana. Durante el inicio de la cirugía se produce un DC hemorrágico masivo que obliga a suspender la misma. En el seguimiento postquirúrgico se objetiva, mediante estudio oftalmológico y ecográfico, un DR total y dos áreas de DC: una mayor centrada a las 9 horas y otra menos centrada a las 12 horas (fig. 1). Se decide esperar instaurándose tratamiento conservador y realizándose controles oftalmológicos y ecográficos seriados. A las dos semanas aproximadamente, tras la no resolución de los DC y la existencia del DR se decide intervenir quirúrgicamente para el tratamiento conjunto de ambas patologías mediante vitrectomía 23g utilizando la técnica

quirúrgica que se describe a continuación. Al paciente se le drenaron los dos DC, se reparó el DR mediante fotocoagulación láser del desgarro causante y se terminó dejando la cavidad vítrea rellena con aceite de silicona.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Paso 1: Colocamos una infusión de 20g a 4 mm de limbo en el cuadrante inferotemporal y una microcánula 23g en el cuadrante súpero nasal (fig. 2). Por esta última introducimos un sonda de luz 23g y, con ayuda de ésta, podemos estudiar la localización exacta de los DC para el posterior drenaje de los mismos.

Paso 2: Introducimos una segunda microcánula de 23g, a 10 mm de limbo, en la zona central del DC. La microcánula se introduce sólo hasta la mitad de la misma para no sobrepasar el límite de extensión del DC, no realizando cambio en el trayecto de introducción de la misma para no producir efecto valvular en la esclera en el momento del drenaje (figs. 3 y 4).

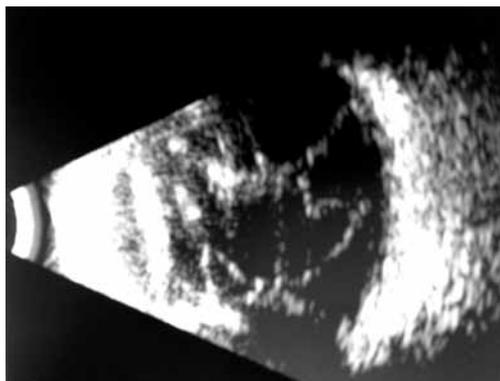


Fig. 1: Imagen ecográfica en la que se puede observar un desprendimiento coroidal superior, otro inferior y un desprendimiento de retina total.

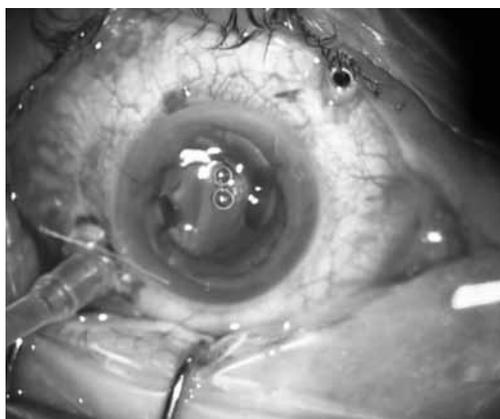


Fig. 2: Imagen en la que se observa la colocación de una infusión 20g temporal inferior y de una microcánula 23g nasal superior.



Fig. 3: Imagen en la que se observa la introducción de una microcánula 23g a 10 mm de limbo.

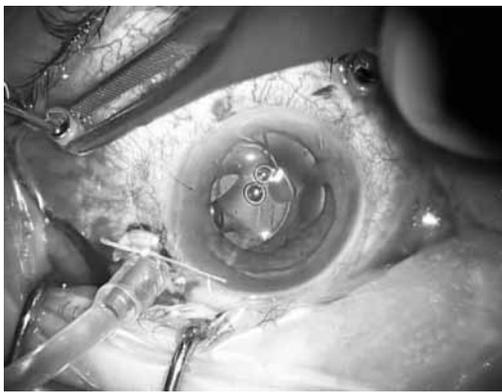


Fig. 4: Imagen en la que se observa la salida del fluido, procedente del DC, al retirar el esclerotomo.

Paso 3: Colocamos la tercera microcánula 23g temporal superior para proceder a una vitrectomía pars plana reglada. En este paso podemos ayudarnos del perfluoro carbono líquido (PFCL) para ejercer presión desde el interior del globo ocular y facilitar el drenaje del DC. Mantenemos la microcánula de drenaje del DC el tiempo que consideremos oportuno y, en el caso de existir otro DC, podemos cambiarla de localización.

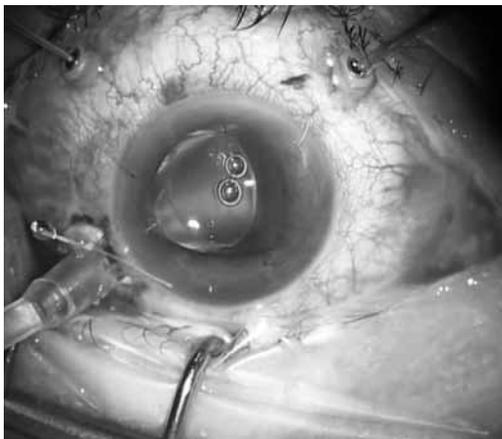


Fig. 5: Imagen en la que se pueden observar las cuatro vías utilizadas en la cirugía: una de 20g con la infusión, una de 23g para el drenaje del DC, otra para sonda de luz y la última para el vitreotomo.

DISCUSIÓN

La aparición de un desprendimiento coroideo asociado a la presencia de un desprendimiento de retina regmatógeno se ha considerado como una complicación importante, que ensombrece el pronóstico y el resultado funcional del ojo. La incidencia de desprendimiento coroideo espontáneo en pacientes con desprendimiento de retina ha sido estimado entre un 2% y un 4,5% (1,2). Los factores predisponentes incluyen clásicamente la miopía magna, la afaquia o pseudofaquia y la edad, así como la tensión arterial; siendo los que presentan mayor riesgos aquellos paciente con tensión sistólica elevada y la miopía magna las más relevantes (3) siendo además más frecuente en la raza caucásica. Estos casos se caracterizan por la presencia de hipotonía, inflamación ocular, cámara anterior profunda y la presencia de desprendimientos coroideos en uno o los cuatro cuadrantes (1,4). La mayoría de los autores creen que la hipotonía inducida por el desprendimiento de retina es el paso inicial para la aparición del desprendimiento. El tratamiento inicial del desprendimiento coroideo se realiza con fármacos antiinflamatorios, fundamentalmente corticoides, observándose mejores resultados en aquellos que se asocian a vitrectomía frente a los que no los utilizaron (5).

En el caso de que los desprendimientos coroideos recidiven o se mantengan durante un periodo largo de tiempo y no se resuelvan con tratamiento conservador puede ser necesario su abordaje quirúrgico. Los procedimientos de drenaje implican la colocación de líneas de infusión a través de la pars plana o en el segmento anterior si el desprendimiento impide la colocación segura del dispositivo en el segmento posterior. El drenaje se realiza a través de un corte escleral realizado en el área más prominente del desprendimiento. Los desprendimientos serosos se drenan fácilmente de esta manera; en el caso de los desprendimientos hemorrágicos a menudo es necesario esperar entre 10 y 14 días a que la hemorragia se fluidifique para que pueda ser drenada.

Cuando el desprendimiento de retina asociado al desprendimiento coroideo se trata con cirugía «convencional» las tasas de re-epitelización están comprendidas entre un 35% y un 62%, generalmente con una pobre re-

cuperación visual; estos pobres resultados se han atribuido a retraso en la cirugía (tiempo de espera a una mejoría del DC, de la inflamación o de la hipotonía) mala visualización con dificultad en realizar la retinopexia y PVR (1,4). La realización de un acceso por tres vía a la cavidad vítrea permite el control peroperatorio de la presión intraocular facilitando el drenaje del líquido supracoroideo a través de las esclerotomía. Además permite la visualización de las roturas retinianas y su adecuado tratamiento. La utilización de líquidos pesados (perfluorocarbonos) ayudan al drenaje del líquido del desprendimiento coroideo, dejándose aceite de silicona como tamponador de larga duración. La utilización de instrumental de vitrectomía para el drenaje de los desprendimientos coroideos ya ha sido descrita anteriormente por otros autores, realizándose con material de 25g (6).

Nuestro trabajo tiene la limitación de sólo haber probado la técnica en un único caso, pero a la vista de los buenos resultados observados, la no excesiva complejidad y la posibilidad de realización de otras maniobras quirúrgicas vítreo-retinianas en el mismo acto utilizando el mismo instrumental, consideramos que puede ser una buena alternativa en casos complicados de desprendimiento coroideo. Es necesario una mayor serie de casos

para confirmar nuestra experiencia y poder valorar posibles complicaciones de la técnica en el postoperatorio tardío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gottlieb F. Combined choroidal and retinal detachment. *Arch Ophthalmol* 1972; 88: 481-6.
2. Seelenfreund MH, Kraushar MF, Schepens CL, Freilich DB. Choroidal detachment associated with primary retinal detachment. *Arch Ophthalmol* 1974; 91: 254-8.
3. Auriol S, Mahieu L, Arné J and Mathis V. Risk Factors for Development of Choroidal Detachment After Scleral Buckling Procedure. *Am J Ophthalmol* 2011; 152: 428-432.
4. Jarret W. Rhegmatogenous retinal detachment complicated by severe intraocular inflammation, hypotony and choroidal detachment. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1981; 79: 664-83.
5. Sharma T, Gopal L, Reddy RK, Kasinathan N, Shah N, Sulochana K, Karunakaran C M, Arvind K, Ramakrishan S, Sukumar B. Primary Vitrectomy for combined rhegmatogenous retinal detachment and choroidal detachment with or without oral corticosteroids: a pilot study. *Retina* 2005; 25: 152-157.
6. Kitchens, J. Choroidal drainage using 25 gauge instrumentation. *Ophthalmology Web*. Acceso on line: <<http://www.ophtalmologyweb.com>> [Acceso 10 de Marzo de 2012].