



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

APORTACIÓN
A LA TÉCNICA DE LA
IRIDENCLEISIS
TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

ROBERTO ENRIQUE SOLÍS OLIVA

En el Acto de su Investidura de
MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1962.

Editada por "Litograffa Hongel"
11a. Calle 2-58, Zona 1.

PLAN DE TESIS

- 10.) RESUMEN HISTORICO
- 20.) DATOS ANATOMICOS Y FISIOPATOLOGICOS
RELACIONADOS CON EL GLAUCOMA
- 30.) CLASIFICACION DE LOS GLAUCOMAS
- 40.) METODOS DE EXAMEN
- 50.) INDICACIONES OPERATORIAS Y OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN:
 - a) Glaucoma Agudo
 - b) Glaucoma Crónico
- 60.) IRIDENCLEISIS: NUESTRA TECNICA
- 70.) CASOS CLINICOS
- 80.) CONCLUSIONES
- 90.) BIBLIOGRAFIA

RESUMEN HISTORICO

Hasta el año 1856 el tratamiento del Glaucoma fue pura
mente Médico.

Graeffe en 1856 señaló la Iridectomía total o antiglauco-
fosa como tratamiento quirúrgico de la Hipertensión ocu-
lar. En 1857 dió a conocer los resultados de la Iridectomía
en las distintas formas del Glaucoma y entre sus conclusio-
nes que se conservan en la actualidad está la indicación de la
Iridectomía en el tratamiento del Glaucoma agudo

En 1905 Lagrange dió a conocer su Irideoesclerectomía
una operación fistulizante destinada a comunicar la cá-
mara anterior con el espacio subconjuntival.

Le siguió en 1906 Holth con la Iridencleisis y Heine con
la Cyclodiálisis.

Elliot en 1909 hizo su primera trepanación escleral.

En 1933 Weve introdujo la Diatermia ciliar y Barkan la
Iridotomía.

Vogt en 1936 propuso la Diatermia ciliar cuando habían
sido ineficaces las demás intervenciones quirúrgicas, pero
él la modificó haciéndola retrociliar.

Finalmente Arato propuso la Angiodiatermia.

DATOS ANATOMICOS Y FISIOPATOLOGICOS RELACIONADOS

EN EL GLAUCOMA

La etiología y patogenia del Glaucoma son muy confusos y no existe ninguna teoría satisfactoria ni probada para explicar todos los casos. Más siendo la Hipertensión ocular el síntoma dominante en la mayoría de los casos de Glaucoma, aunque algunas veces esta puede faltar, el tratamiento quirúrgico ha de ir dirigido contra este síntoma en una forma empírica.

En las operaciones sobre el Glaucoma crónico se actúa mecánicamente facilitando la salida del humor acuoso o bien se interviene sobre el sistema nervioso ciliar que regula la función del cuerpo ciliar.

El Glaucoma agudo es una entidad distinta del Glaucoma crónico pues bastaría con solo dar salida al humor acuoso para actuar como curativo del acceso agudo.

La Hipertensión intraocular ocluye las vías de excreción (ángulo de la cámara anterior y venas acuosas) por lo cual un descenso súbito de la presión vuelve a dejarlos permeables como estaban antes o bien un poco menos.

En el Glaucoma crónico y casos muy avanzados hay 4 lesiones consecutivas de la Hipertensión.

- 1a.) Excavación de la Papila
- 2o.) Atrofia del nervio Optico
- 3o.) Obliteración del Angulo de la cámara anterior
- 4o.) Aplastamiento de las venas acuosas.

El 3o. y 4o. parecen actuar mecánicamente impidiendo la filtración de humor acuoso y dificultando el desagüe venoso coroidal.

CLASIFICACION DE LOS GLAUCOMAS

1o. Glaucomas con ángulo cerrado

- A) Glaucoma primarios con ángulo cerrado
 - a. Prodrómico o intermitente
 - b. Agudo
 - c. Crónico
- B) Secundario con ángulo cerrado
 - a. Glaucoma agudo unilateral
 - b. Sinequias posteriores
 - c. Sinequias posteriores por humor vitrio en ojo afáquico
 - d. Glaucoma maligno

Pueden ser también divididos atendiendo a la pupila

- A) Con pupila bloqueada
- B) Sin pupila bloqueada

2o. Glaucoma con ángulo abierto

- A) Glaucoma primario con ángulo abierto
 - a. Glaucoma simple crónico
 - b. Glaucoma con ángulo abierto con tensión baja.
- B) Glaucoma secundario con ángulo abierto
 - a. Traumático e inflamatorio
 - b. Asociado con tumores
 - c. Secundario a hipertensión retrobulbar
 - d. Secundario a Hidropesía epidémica.
- C) Glaucoma de ángulo abierto asociado con anomalías oculares o enfermedades
 - a. Miopía grave
 - b. Oclusión venosa
 - c. Pseudo exfoliación
 - d. Distrofia de Fuchs
 - e. Retinitis pigmentosa

30. Mecanismos combinados: esta categoría incluye varias combinaciones de Glaucoma con ángulo cerrado y ángulo abierto.

40. Glaucoma congénito

Puede aparecer al nacimiento o entre la primera y quinta décadas de la vida.

A) Glaucoma primario congénito infantil

B) Glaucoma asociado con anomalías congénitas:

- a. síndrome de Sturge-Weber
- b. neurofibromatosis
- c. síndrome de Marfan
- d. síndrome de Axenfeld
- e. síndrome de Lowe
- f. Aniridia
- g. microcornea

C) Glaucoma secundario en niños.

- a. fibroplasia retrolental
- b. tumores: retinoblastoma, granuloma juvenil xantomatoso
- c. inflamación
- d. trauma

Ultimamente se acepta la clasificación siguiente:

10. Glaucoma primario

- a) de bloqueo angular
- b) Glaucoma simple

20. Glaucoma Congénito

30. Glaucoma Infantil y Juvenil

40. Glaucoma Secundario

METODOS DE EXAMEN Y DIAGNOSTICO

- 1) Oftalmoscopia y examen directo
- 2) Registro de la Presión intraocular
 - a) Tonómetro de Schiotz
 - b) Tonómetro de Aplanación (Goldmann)
- 3) Gonioscopia:
 - a) Directa: lente de Koepe
 - b) Indirecta: lentes de Goldmann, Allen-Thorpe y Zeiss.
- 4) Perimetría y campimetría:
 - a) Perímetros de Magliori, Goldmann, etc.
 - b) Pantalla Tangente
- 5) Tonografía.

INDICACIONES OPERATORIAS EN GLAUCOMA AGUDO

Si después de 6 a 24 horas de tratamiento con Mióticos del tipo de la Pilocarpina, Eserina, etc., inhibidores de la anhidrosa carbónica Diamox por ejemplo: 2. 3 tabletas diarias, no se observa mejoría en la sintomatología que presenta el paciente habrá que intervenir de urgencia, Gradle dice que aproximadamente el 90% de los pacientes operados antes del 3er día recobran una visión útil.

Cuando los ataques han sido intensos de 6 a 8 días puede quedar el ojo definitivamente ciego y la operación será solo para aliviar el dolor. Ahora cuando evoluciona hacia el Glaucoma crónico la Iridectomia será ineficaz y solo será posible obtener el alivio de las molestias por medio de la Enucleación.

OPERACION QUE SE PRACTICA EN EL GLAUCOMA AGUDO:

1o.) Iridectomía Antiglaucomatosa.

INDICACIONES OPERATORIAS EN GLAUCOMA CRONICO:

No deberá intervenir quirúrgicamente "mientras con mióticos se dominan los síntomas y especialmente mientras las tensiones sean normales".

La mayoría de las operaciones contra el Glaucoma crónico simple son fistulizantes por lo cual establecen un drenaje de la cámara anterior para rebajar la tensión ocular haciendo lo comunicar con el espacio subconjuntival o supracoroideo donde se resorbe el humor acuoso.

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL GLAUCOMA CRONICO:

- 1o. Esclerectomía (operación Lagrange)
- 2o. Trepanación Corneo-Escleral (Elliot)

- 3o. Ciclodíálisis (Heine)
- 4o. Ciclodíálisis inversa (Blaskovics)
- 5o. Ciclodíálisis e Iridectomía (Wheeler)
- 6o. Ciclodíálisis con implantación de magnesio (Uribe Troncoso)
- 7o. Ciclodíálisis y Esclerectomía (Wolfe y Georgarion)
- 8o. Ciclodíálisis doble con inyección de aire (Barkan)
- 9o. Esclerotomía anterior (Wecker)
- 10o. Esclerotomía posterior
- 11o. Ciclodiatemia (Vogt)
- 12o. Diatemia retrociliar (Weekers)
- 13o. Angiodiatemia (Arato y Kettesy)
- 14o. Parasentesis del Iris (Fuchs)
- 15o. Transfixión del Iris (Fuchs)
- 16o. Giniotomía (Barkan)

IRIDENCLEISIS: NUESTRA TECNICA

No se pretende resolver el problema operatorio del Glaucoma con la presente técnica, sino más bien utilizar un método más en la cirugía del mismo.

La idea de Uribe Troncoso que implanta una plaquita de magnesio colocada en la herida nos hizo partidario de colocar a través de la herida operatoria un colgajo digámoslo así más anatómico.

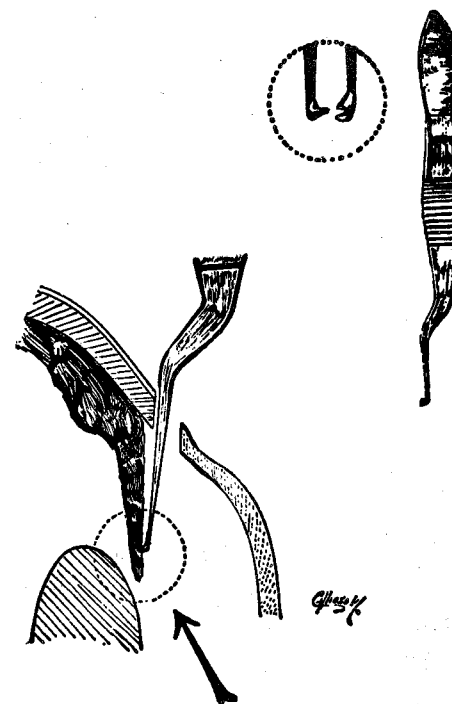
Pre-Operatorio:

- 1o. Diamox 250 mg. P.O. tid.
- 2o. Pilocarpina del 2 al 5% aplicación por instilación (administración para cada caso)
- 3o. Barbitúricos o Tranquilizantes la noche previa a la intervención.

TECNICA OPERATORIA

- 1o. Anestesia por instilación en ojo a operarse
- 2o. Anestesia retrobulbar (Xilocaina, Novocaina, etc.)
- 3o. Incisión de la conjuntiva que se efectúa a 6-8 mm. del limbo esclerocorneal y se procede a la separación de la misma para exponer la esclerótica.
- 4o. Incisión de la esclerótica a las 12 horas a 3-5 mm. del limbo esclerocorneal con ayuda de un cuchillo de Graaffe o de un fragmento de gillete montado en un forceps, se efectúa una incisión de 3-5 mm. de extensión hasta llegar a perforar la membrana fibrosa.
- 5o. Disección del cuerpo ciliar y esclerótica: se introduce una espátula roma por el agujero escleral y con el cuidado de que el extremo del instrumento vaya siempre rosando la cara interna de la esclerótica se llega a la cámara anterior; se penetra a ella y se imprime una oscilación de un cuarto de vuelta hacia cada lado para despegar el cuerpo ciliar de la esclerótica.

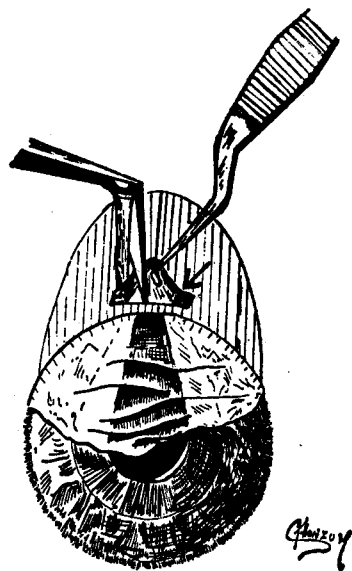
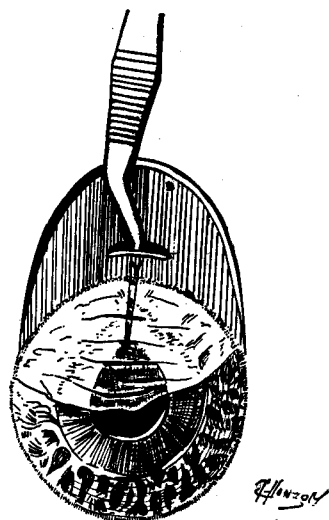
- 6o. Utilización de la pinza para Iridencleisis: W. Amaya A., ha ideado una pinza en forma de bayoneta alargada para evitar la introducción del gancho de Iris. Se ha substituido el gancho de Iris por la pinza por considerar que el mismo al ser introducido y tomar el Iris al nivel de la pupila produce un pequeño traumatismo en el cristalino y muchas veces roza la cara anterior del mismo.



Con la pinza al hacer la toma en la cara anterior el problema queda practicamente resuelto.

Se tira la pinza hacia fuera hasta hacerlo visible al nivel de la herida.

y con la ayuda de la tijera de Wecker o de Barranquer, se incinde el Iris.



a cada lado de la pinza de tal modo que se logre un

fragmento alargado desde el borde pupilar hasta la base, este fragmento queda enclavado en la herida escleral.

70. Sutura de la conjuntiva con material inabsorbible; utilizamos de preferencia seda 4-0
80. Cura local antibiótica en ambos ojos y vendaje binocular.

POST-OPERATORIO:

10. Reposo absoluto
20. Administración antibióticos parenterales
30. Diamox 250 mg. P.O. (P.R.N.)
40. Pilocarpina al 2-4% en el ojo no operado por intilación 3 o 4 veces al día.
50. Al quinto o sexto día después de la evaluación del estado de la herida se retiran los puntos de la Conjuntiva.
60. Alta y controles periódicos.

CASOS CLINICOS:CASO NUMERO 1

Paciente: A. V. M.

Historia Clínica: 08527-60

Edad: 30 años, Guatemalteco, Agricultor.

Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma crónico Ojo Derecho,
Tensión O. D. 49 y O.I. 59

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

Operación: Iridencleisis Ojo Derecho - 4 - 10 - 1960.

Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar

Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorios

Complicación: Ninguna.

Condición al egresar: Mejorado, tensión O.D. 20 y O.I. 59

No se intervino el O. I. porque el paciente pidió su alta.

CASO NUMERO 2

Paciente: C. V. S.

Historia Clínica: 19665-60

Edad: 45 años, guatemalteco, agricultor

Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma Crónico Ojo Izquierdo
Tensión O.D. 15 y O. I. 41.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

Operación: Iridencleisis Ojo Izquierdo - 22 - 10 - 60.

Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar

Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorio.

Condición al egresar: Mejorado, tensión ocular O.I. 17 y O.
D. 15.

Complicaciones: Ninguna.

CASO NUMERO 3

Paciente: M. C. S.

Historia clínica: 01067-61

Edad: 45 años, Guatemalteco, jornalero

Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma crónico Ojo Derecho,
Tensión O. D. 59 y O. I. 24

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

Operación: Iridencleisis Ojo Derecho - 2-2-1961

Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar

Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorio

Condición al egresar: Mejorada tensión O.D. 18 y O.I. 24

Complicaciones: Operatorias ninguna.

CASO NUMERO 4

Paciente: H. R. Ch.

Historia Clínica: 10747-61

Edad: 58 Años, Guatemalteco, jornalero.

Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma Crónico Ojo Izquierdo

Tensión O. D. 16 y O. I. 65.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

Operación: Iridencleisis Ojo Izquierdo - 3-8-1961

Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar

Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorio

Complicación: Ninguna

Condición al egresar: Mejorada tensión O.I. 20

CASO NUMERO 5

Paciente: J. S. G.

Historia Clínica: 14987-61

Edad: 52 Años, Guatemalteco, Chofer

Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma crónico Ojo izquierdo.

Tensión O. D. 82 y O. I. 69

Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.

Operación: Iridencleisis Ojo Izquierdo - 22-8-1961

Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar

Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorios

Condición al egresar: mejorado, tensión O.D.82 y O.I. 22 Glau
coma absoluto (No se intervino)

Complicaciones: Ninguna.

CASO NUMERO 6

Paciente: S. P. A.
 Historia Clínica: 19566-61
 Edad: Guatemalteco 68 años, agricultor.
 Diagnóstico Pre-Operario: Glaucoma crónico Ojo Izquierdo
 Tensión O. D. 18 y O. I. 55
 Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.
Operación: Iridencleisis Ojo Izquierdo - 30-10-1961
 Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar.
 Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorios.
 Condición al egresar: Mejorado, tensión O.I. 22
 Complicaciones: Ninguna.

CASO NUMERO 7

Paciente: R. A. M.
 Historia Clínica: 20025-61
 Edad: 60 años, Guatemalteco, Agricultor.
 Diagnóstico Pre-Operatorio; Glaucoma crónico Ojo Derecho
 Tensión O. D. 80 y O. I. 18
 Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.
Operación: Iridencleisis Ojo Derecho - 9-11-1961
 Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar
 Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorios
 Condición al egresar: Mejorado, Tensión O. D. 23
 Complicación: Ninguna

CASO NUMERO 8

Paciente: J. M. M.
 Historia Clínica: 07814-60
 Edad: 61 años, Guatemalteco, Agricultor.
 Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma Crónico Ojo Derecho
 Tensión O. D. 33 y O. I. 14
 Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.
Operación: Iridencleisis Ojo Derecho - 3-5-1962
 Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar
 Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorios
 Condición al egresar: Mejorado, Tensión O. D. 18
 Complicación Ninguna.

CASO NUMERO 9

Paciente: E. A. H.
 Historia Clínica: 04978-62
 Edad: 26 Años, Guatemalteco, carpintero.
 Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma crónico Ojo Izquierdo
 Tensión O. D. 20 y O. I. 29
 Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.
Operación: Iridencleisis Ojo Izquierdo - 11-5-1962
 Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar
 Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorios
 Condición al egresar: Mejorado, tensión O. I. 18
 Complicaciones: Ninguna

CASO NUMERO 10

Paciente: A. de L. B.
 Historia Clínica: 26291-62
 Edad: 42 Años, Guatemalteco, Zapatero
 Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma crónico Ojo Derecho.
 Tensión O. D. 48 y O. I. 15
 Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.
Operación: Iridencleisis Ojo Derecho - 18-9-1962
 Anestesia: Local Xilocaína-Retrobulbar
 Pre-Operatorio y Post-Operatorio: Satisfactorio
 Condición al egresar: Mejorado, Tensión O. D. 16
 Complicaciones: Ninguna

CASO NUMERO 11

Paciente: I. P. U.
 Historia Clínica: 17037-62
 Edad 52 años, Guatemalteco, Oficios Domésticos
 Diagnóstico Pre-Operatorio: Glaucoma crónico Ojo Izquierdo.
 Tensión O. D. 15 y O. I. 50
 Cirujano: Dr. Wellington Amaya A.
Operación: Iridencleisis Ojo Izquierdo - 3-10-1962
 Anestesia: Local Xilocaína-Reotrobulbar
 Condición al egresar: Mejorada. Tensión Ocular O.I. 26 mm.
 Complicaciones: Ninguna

CONCLUSIONES

- 1a. La Técnica operatoria para el Glaucoma Crónico no resuelve completamente el problema del mismo.
- 2a. La Técnica descrita es una simple contribución basada, en los estudios del Profesor Uribe Troncoso (New York) y de nuestra experiencia.
- 3a. La introducción en la Técnica de la Iridencleisis de un nuevo instrumento aporta otra solución más, al difícil problema del Glaucoma.
- 4a. Por considerarse una comunicación previa esperamos nuevos resultados que nos aporten futuras estadísticas.

ROBERTO ENRIQUE SOLIS OLIVA

Vo. Bo.

Dr. Wellington Amaya A.
Asesor

Vo. Bo.

Dr. José Miguel Medrano
Revisor

Imprímase:

Dr. Raúl Rodríguez Padilla
Decano - Interino

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario.

BIBLIOGRAFIA

10. Anatomía Descriptiva: Testut y Latarjet 9a. Edición
20. Elementos de Oftalmología: Carreras Durán 2a. Edición
30. Oftalmología Especial: Manuel Márquez. 1952
40. Cirugía Ocular: Arruga. 4a. Edición
50. Diagnosis and Therapy of the Glaucomas: Becker and Shaffer. 1961.
60. Ophthalmic Surgery: Berens and King. 1961
70. Complications in Eye Surgery: Fasarrella. 1957.