

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

ESCLERECTOMIA TERMICA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR:

JUAN FRANCISCO MANRIQUE OVALLE

Ex-Preparador de Histología y Anatomía Patológica. Ex-Practicante Externo de los siguientes servicios: Cuarta Sala de Medicina de Mujeres, Cuarta Sala de Medicina de Hombres, Segunda Sala de Medicina de Hombres, Primera Sala de Cirugía de Mujeres, Servicio de Urología, Servicio de Ginecología, Servicio de Traumatología, Servicio de Obstetricia (Hospital Roosevelt), Servicio de Medicina de Niños, Primera Sala de Cirugía de Hombres.

Ex-Practicante por oposición del Servicio de Pediatría de la Consulta Externa; Ex-Practicante por oposición del Servicio de Enfermedades Pulmonares de la Consulta Externa; Ex-Practicante Interno por oposición de los siguientes Servicios: Primera Sala de Cirugía de Hombres, Cuarta Sala de Medicina de Hombres, Servicio de Obstetricia (Hospital Roosevelt), Sala Cuna No. 4, Ex-Practicante interno de Cirugía Infantil.

Ex-Practicante del Servicio de Emergencia de la Cruz Roja Guatemalteca, Practicante Médico de la Penitenciaría Central, Ex-Catedrático de la Escuela de Socorrismo de la Cruz Roja Guatemalteca.

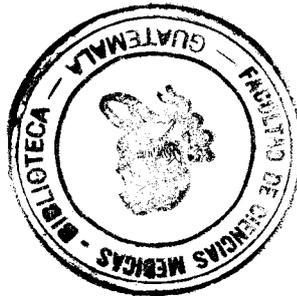
Ex-Jefe de Redacción de la Revista de la «Juventud Médica». Ex-fundador y Director del Periódico de la A.E.M. Ex-Delegado de la A.E.M., ante el Consejo Disciplinario de la A.E.U., Ex-Secretario de Organización de la A.E.U.

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Octubre de 1963.



PLAN DE TESIS

- 1.— Historia.
- 2.— Concepto y Clasificación.
- 3.— Anatomía.
- 4.— Anatomía Patológica.
- 5.— Procedimientos de la Técnica.
 - a) Pre-operatorio.
 - b) Técnica propiamente dicha.
 - c) Post-operatorio.
- 6.— Resultados Post-operatorios.
- 7.— Conclusiones.
- 8.— Bibliografía.

HISTORIA

El tratamiento del Glaucoma fué médico, hasta que de Graefe en 1,856 señaló la iridectomía como tratamiento quirúrgico de la hipertensión ocular, después de haber obtenido una hipotensión duradera en un caso de iridectomía por estafiloma corneal. Posteriormente dió a conocer los resultados de la iridectomía en las distintas formas del Glaucoma y la indicación definitiva de la iridectomía en el tratamiento del Glaucoma agudo, que sigue siendo todavía el método de elección.

En 1,905 Lagrange dió a conocer su iridoclerectomía, primera operación fistulizante destinada a comunicar la cámara anterior con el espacio sub-conjuntival; Holth en 1,806, efectuó la iridencleisis; Heine, la ciclodiálisis en el mismo año y Elliot en 1,909, la trepanación escleral; Weve introdujo en 1,933 la diatermia ciliar y Barkan, la goniotomía en el tratamiento de la buftalmía. Vogt, en 1,936, propuso la diatermia ciliar para el caso de ineficacia de las demás intervenciones y Weekers la diatermia retrociliar. Arato preconiza la angiodiatermia.

Todas estas operaciones han tenido múltiples variantes y constituyen un gran progreso en el tratamiento del Glaucoma y mejoran su pronóstico.

CONCEPTO Y CLASIFICACION

Para facilitar el entendimiento del concepto del Glaucoma conviene analizar algunas de las definiciones hechas al respecto en los últimos tiempos: Leydhecker, (1,960) dice: «.... desde los puntos de vista etiológico y patogénico, la expresión Glaucoma debe de aplicarse a distintas enfermedades cuya característica común es el aumento de la presión intraocular arriba de los límites normales....»; Becker y Shaffer, (1,961) consideran al padecimiento «....como una enfermedad cuyo cuadro clínico completo se caracteriza por el aumento de la presión intraocular, la excavación y degeneración de la papila óptica y la aparición de lesiones típicas en paquetes de fibras nerviosas, con alteraciones ar- ciformes en el campo visual....». Sin embargo, Sugar había expresado ya en 1,957 ideas semejantes al asentar que los Glaucomas «....constituyen un grupo de enfermedades que tienen de común el aumento anormal de la presión intraocular, junto con las alteraciones anatómicas y funcionales debidas a esta misma alteración tensional....».

CLASIFICACION DEL GLAUCOMA

Existen numerosas clasificaciones acerca del Glaucoma; empero, vamos a considerar la siguiente:

- 1) Glaucoma primario, el cual a su vez se divide en Glaucoma congestivo y Glaucoma no congestivo o crónico simple. A su vez el Glaucoma congestivo se sub-divide en agudo y crónico.
- 2) Glaucoma secundario.
La clasificación de los Glaucomas secundarios es puramente convencional y se han seguido distintos criterios: a) padecimientos inflamatorios: Glaucoma secundario a iridociclitis, ciclitis con heterocromía, etc.; b) padecimientos degenerativos: Glaucoma secundario a retinosis pigmentaria; c) Glaucoma secundario a melanoma maligno de la coroides o cuerpo ciliar, a retinoblastoma; d) Glaucoma secundario a intumescencia cristalina; e) Glaucoma secundario a trombosis de la vena central de la retina, etc. etc.

Por erráticos enumeraremos los términos siguientes usados con alguna frecuencia y que debieran ser desechados del léxico médico: Glaucoma «Funcional» y Glaucoma «Lesional», Glaucoma «Funcional» y Glaucoma «Anatómico», «Seudo-Glaucoma», «Para-Glaucoma», «Glaucoma incompleto», «Pro-Glaucoma», «Glaucoma compensado»,

A N A T O M I A

ESTRUCTURAS OCULARES RELACIONADAS CON EL GLAUCOMA.

En cortes de ojos humanos frescos se comprueba que las fibras azulosas y nítidas de la córnea se engastan como una cuña en la esclerótica, de fibras blancas nacaradas, permitiendo que sus capas superficiales (en una mayor proporción) sobremonten en su periferia, mientras las profundas permanezcan hacia adentro y atrás, proyectándose, para constituir el espolón escleral. Se observa asimismo en el microscopio de disecciones como la periferia del iris se pierde en el cuerpo ciliar que contribuye a la formación del fondo o vértice del ángulo y como, al traccionar al iris con una pinza o pequeño gancho, es posible apreciar en algunos ojos, minúsculas fibrillas que van de su raíz a las capas más profundas de la región trabecular, remanentes del ligamento pectíneo de algunos animales inferiores.

El cuerpo ciliar se identifica inmediatamente atrás del iris por su característico aspecto triangular a la sección sagital; tiene aproximadamente 6.5 mm. de ancho y se extiende para continuarse con la porción más anterior de la coroides en la ora serrata. El cateto más pequeño del triángulo aludido contribuye a la formación de la cámara anterior y está situado hacia adelante, mientras el cateto mayor se adosa directamente a la esclera. Se compone el cuerpo ciliar

de 2 partes, a saber: a) la corona ciliar o «pars plicata», que comprende los dos milímetros anteriores y contiene los procesos, pliegues radiados e irregulares de 2 mm. por 0.8 mm., en número aproximado de 70 que se proyectan en la cámara posterior; b) el orbículo ciliar o «pars plana», porción más posterior y aplanada de este órgano que mide entre 4.5 y 5. mm. de anchura la que es mayor en los sectores temporales. Posteriormente, en el vértice, el estroma ciliar se continúa con la coroides mientras su epitelio se une abruptamente con la retina. Tal unión se presenta como una línea festonada (ora serrata) cuyas proyecciones convexas miran hacia atrás, siendo más prominentes en su porción nasal. La base del vítreo y numerosas fibras zonulares se adhieren a la parte posterior de esta pars plana a lo largo de la ora y sobre la porción más anterior de la retina misma. Hacia el lado temporal, en la región de la base del vítreo, ambas capas del epitelio ciliar están más íntimamente adheridas, siendo el epitelio pigmentario más grueso.

Desde el punto de vista histológico se divide el cuerpo ciliar en seis capas: 1) la más externa, lámina fusca o plano supracoroideo; 2) el músculo ciliar; 3) la capa vascular; 4) lámina vítreo; 5) epitelio; 6) limitante interna.

La lámina fusca o plano supracoroideo es en realidad un espacio potencial entre esclera y cuerpo ciliar. El músculo ciliar puede dividirse en 3 porciones de fibras: la más externa o músculo de Brucke, constituido por fibras meridionales superficiales que forman un paquete separado, va a insertarse en su gran mayoría a la cara posterior

del espolón escleral del cual no se desprende fácilmente, mientras unas cuantas fibras pasando por dentro de dicho espolón pierden su pigmentación y se integran al trabéculo; su extremidad posterior toma anclaje en las porciones más anteriores de la coroides. Hacia adentro de estas fibras meridionales se aprecian las circulares que constituyen el músculo de Müller y finalmente, existe una porción de fibras radiales que son en realidad meridionales que bruscamente han cambiado de dirección para constituirse en circulares. Por delante de las fibras circulares del cuerpo ciliar se encuentra el círculo vascular mayor del iris y en todo el estroma conectivo de este músculo pueden apreciarse vasos, nervios y melanocitos.

La capa vascular está en continuidad con la de las coroides. Su estroma es similar al coroides aún cuando con una cantidad menor de melanocitos y mucho más denso su tejido conectivo. Cada uno de los procesos ciliares está constituido por un pliegue de este tejido con un centro vascular y recubierto de epitelio. Las arterias ciliares largas posteriores cruzan el espacio supracoroideo para contribuir a la formación del círculo arterial mayor del iris, del cual salen ramísculos a los procesos. Cada uno de ellos contiene una arteria pequeña dividida en numerosos capilares de 20 a 30 micrones de luz, que son drenados por una sola vena. Estas paredes al parecer son más permeables que las del resto de la economía, pues se ha demostrado electrónicamente su delgadez así como la presencia en ellas de poros extraordinariamente grandes (de 200 a 1000 angstroms). La membrana de Bruch, a nivel de la ora, se divide en dos capas: una exter-

na o elástica y una interna o cuticular. Ambas están separadas por una capa colágena carente de vasos y mientras la elástica se pierde gradualmente en la corona ciliar, la cuticular llega hasta la raíz misma del iris. En el epitelio pueden apreciarse dos capas de células de las cuales la externa está pigmentada tanto más cuanto más cercana está de la raíz del iris. A nivel de la ora estas dos capas epiteliales se encuentran, sobre todo en el adulto, firmemente unidas, lo que explica que casi todos los desprendimientos retinianos se detengan en este sitio; sin embargo, en los jóvenes esta unión es menos firme y puede acontecer que el desprendimiento llegue hasta la base misma de los procesos ciliares.

La membrana limitante está constituida por una complicada trama de material homogéneo; se insinúa entre las células epiteliales adyacentes y dá anclaje a las fibras zonulares.

..... TRABECULO. Está engastado en la cara profunda de la periferia corneana, tiene en su conjunto la forma de un anillo prismático de sección triangular, cuyo vértice, anterior, se confunde con el borde posterior aparente de la membrana de Descemet que, al engrosarse, constituye la llamada «línea blanca de Schwalbe», apreciable de muy variada manera a la gonioscopia; su cara antero-postero-interna se aprecia en libre contacto con el acuoso que llena la cámara anterior y es la que se nos presenta al examen gonioscópico. La base se apoya sobre el espolón escleral. La sección triangular del trabéculo se debe a que está formado por numerosas hojas circulares que se unen en su porción más anterior (línea blanca de Schwalbe) como en una

bisagra y se abren, abanicándose, hacia atrás. Estas bandas u hojas trabeculares están perforadas por múltiples orificios cuyo diámetro es tanto mayor (50 a 60 micras) cuanto corresponden a bandas más profundas e inversamente, tanto menor cuanto más superficiales o vecinas al canal de Schlemm, donde fluctúa entre 1 y 2.5 micras. Estas últimas perforaciones son en realidad verdaderos canales intracelulares que comunican el trabéculo con el canal de Schlemm, siendo los responsables, en último análisis, de la resistencia al flujo del acuoso por esa estructura. Histológicamente ha sido posible demostrar que el tejido trabecular puede ser considerado de estirpe corneana en su porción vecina al canal de Schlemm, mientras sus capas más profundas tienen un múltiple origen uveal. En efecto, como anteriormente fuera mencionado, algunas de las fibras meridionales del músculo ciliar se proyectan adelante del espolón escleral para constituir aquella porción de tejido trabecular subyacente a la corneana; de igual manera pasan por dentro del espolón fibras provenientes de las circulares y radiadas del propio músculo ciliar para integrar la siguiente capa. La cuarta, la más profunda de las capas y por consiguiente, la que se nos presenta al examen gonioscópico, está constituida por tejido iridiano que «barniza», por decir así, la cara profunda del trabéculo (procesos iridianos) o va en forma de pequeños puentes o bridas arborescentes pectinadas desde el último pliegue del iris hasta el trabéculo; remanentes verdaderos del ligamento pectíneo de animales inferiores, se les conoce como trabéculas iridianas.

El canal de Schlemm, de sección muy variable y forma anular, se presenta al corte meridio-

nal como una estrecha hendedura (0.25 a 0.32 mm. por 0.03 a 0.05 mm.) a veces de luz múltiple, limitada hacia atrás por el espolón escleral y hacia afuera por tejido corneano, mientras internamente le cubre un tejido esponjoso de muy particular constitución denominado «trabéculo». En la actualidad se ha demostrado por microscopía electrónica su directa conexión con la cámara anterior a través de los poros trabeculares.

Por su cara periférica está el canal en continuidad, merced a un número variable (20 a 30) de pequeñas ramas, con un intrincado plexo venoso situado en esclera y episclera, tributario a su vez tanto de las venas ciliares anteriores como de las «venas acuosas» de Ascher, vasos conjuntivales que indistintamente pueden apreciarse llenos de humor acuoso, de sangre o de ambos, constituyendo columnas independientes. El carácter aplanado y el trayecto intramural de estos vasos comunicantes, les confiere un carácter valvular que impide, bajo condiciones normales, el reflujo de sangre.

Si ahora recordamos las inserciones anterior y posterior de la mayoría de las fibras meridionales del cuerpo ciliar, nos es fácil pensar que, por su tracción sobre el espolón escleral, hagan aumentar la luz del canal de Schlemm y variar la amplitud de los espacios trabeculares, influyendo así en el drenaje de los fluidos intraoculares; por otra parte, no debe olvidarse que por la tracción que ejerce sobre su inserción posterior obra como tensor de la coroides. La dirección general del espolón escleral (en cuya forma distinguen los autores hasta cuatro variantes) parece apoyar esta manera de pensar, ya

que si la misión de esta saliente se redujera a dar un rígido apoyo a las fibras ciliares, lógicamente se le concibe orientado hacia atrás.

Debemos finalmente recordar que el espesor del cuerpo ciliar es surcado por las arterias ciliares largas posteriores y los ramos perforantes de las ciliares largas anteriores para confluir todas en el círculo arterial mayor del iris, situado en la raíz de este diafragma: hecho de interés, por cuanto la luz de estos vasos puede ser afectada por el tono del músculo ciliar, influyendo así en la tensión intraocular: la eserina al contraer al músculo, retraería las arterias y, al anemizar al ojo, abatiría su tensión.



ANATOMIA PATOLOGICA

La anatomía patológica del glaucoma es mal conocida en sus primeras fases, en las que, como es natural, no se practica la enucleación. Únicamente se señalan lesiones en los vasos de la úvea y en los de la retina. En fases más avanzadas las lesiones encontradas son: en el nervio óptico, las «cavernas» de Schanabel-Redslob; en el ángulo iridiano, la llamada soldadura de Knies, que puede observarse en el vivo con el gonioscopio y en el ojo enucleado al hacer el examen microscópico, apreciándose entonces la soldadura de la periferia del iris con la de la cara posterior de la córnea en mayor o menor extensión; se produce después de «accesos» repetidos de hipertensión y lejos de ser el origen de ésta, como algunos han dicho, es una consecuencia de ella. Más adelante todo el ojo toma parte y, como consecuencia de la mala nutrición de los tejidos y del estancamiento que la hipertensión produce, se llega al glaucoma absoluto, con edema, degeneraciones e infiltraciones de la córnea, estasis venosa en la conjuntiva, ectasias de la esclerótica, opacidad del cristalino y del vítreo, atrofia de los procesos ciliares así como de la retina y del nervio óptico.

PRE-OPERATORIO

Todo paciente antes de ser tratado quirúrgicamente permanece en tratamiento médico (Diámox, Pilocarpina, Difenamina, etc.) y solo

cuando los resultados de este tratamiento no han sido satisfactorios se procede a la intervención.

- 1.— Nada por boca después de las 24 horas.
- 2.— Vitamina C 500 mgrs. I.M.
- 3.— Vitamina K 10 mgrs. I.M.
- 4.— Enema evacuador a las 20 horas.
- 5.— Sedación a las 20 horas y 6 A.M. del día siguiente. (Fenobarbital, Lística, Taractan, etcétera).
- 6.— Fenérgán 1/2 ampolla a las 7 A.M. I.M.
- 7.— Controles vitales antes de ir a Sala de Operaciones.
- 8.— Lavado del ojo en Sala de Operaciones.

TECNICA PROPIAMENTE DICHA

- 1.— Asepsia y colocación de campos.
- 2.— Anestesia por instilación (Cocaína, Novocaína, Xilocaína, etc.).
- 3.— Anestesia retrobulbar (Scurocaína, Xilocaína, Lidocaína, etc.).
- 4.— Separación mecánica de los párpados (Bleforastato, separadores de castro viejo, etc.)
- 5.— Anestesia sub-conjuntival en la mitad superior de la conjuntiva bulbar.
- 6.— Incisión de la conjuntiva con tijera recta o curva de Westcot a 5 mm. del limbo esclerocorneal.
- 7.— Disección de los labios conjuntivales de la incisión hasta llegar por abajo al limbo esclerocorneal exponiéndolo ampliamente y

por la parte superior hasta la inserción anterior del recto superior. (fig. No. 1.

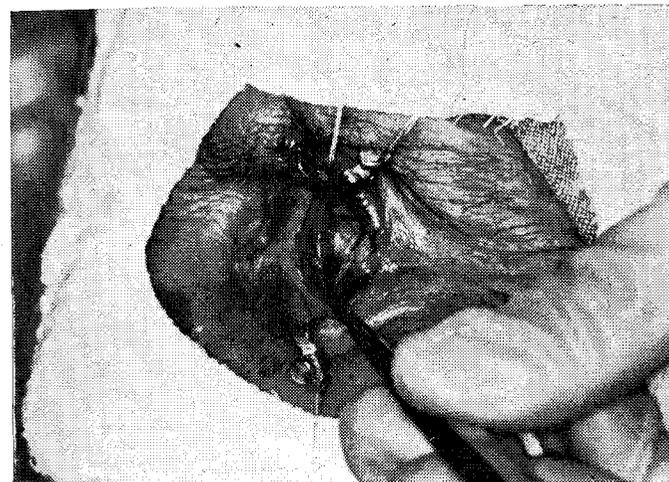


FIGURA NUMERO UNO

Cauterizamos, con la ayuda del cauterio de Hildred o de un gancho de estrabismo previamente incandescente en una lámpara de alcohol, los puntos sangrantes de la esclera. Logramos de esta manera un campo operatorio amplio y exento de sangre.

- 8.— A un milímetro del limbo esclerocorneal incidimos la esclera (usamos un fragmento de Gillete montado en el respectivo clam, cuchillete de Graefe o bisturí Bard-Parker) hasta llegar a la cámara anterior, momento en el cual y a través de la incisión sale el humor acuoso, fácilmente visible (fig. No. 2). Insistiremos que la incisión escleral no debe exceder de 3 mm. Inmediatamente de la salida del humor acuoso se hernia el iris (la mayor parte de las veces a través de la herida operatoria y si

ésta herniación no sucediera, con la ayuda de una espátula podemos lograrla (figura No. 3). Wer y Amaya insisten en no intro-

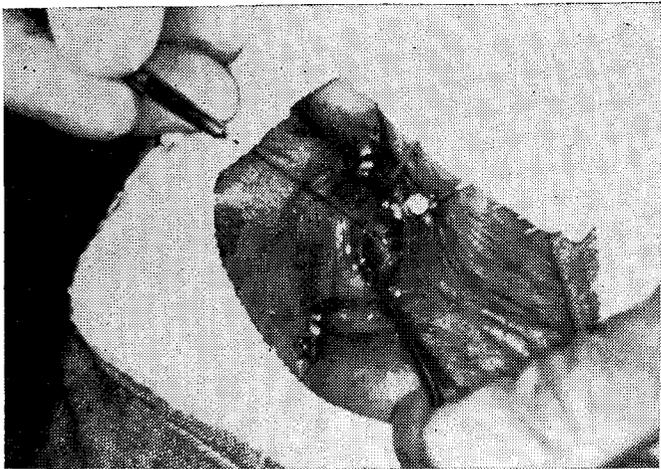


FIGURA NUMERO DOS

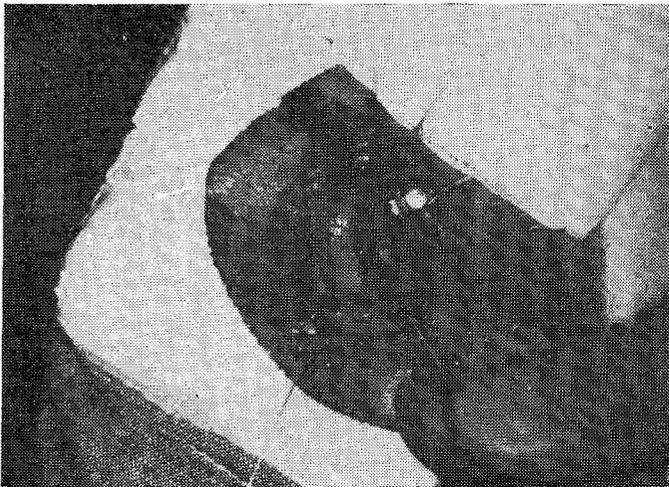
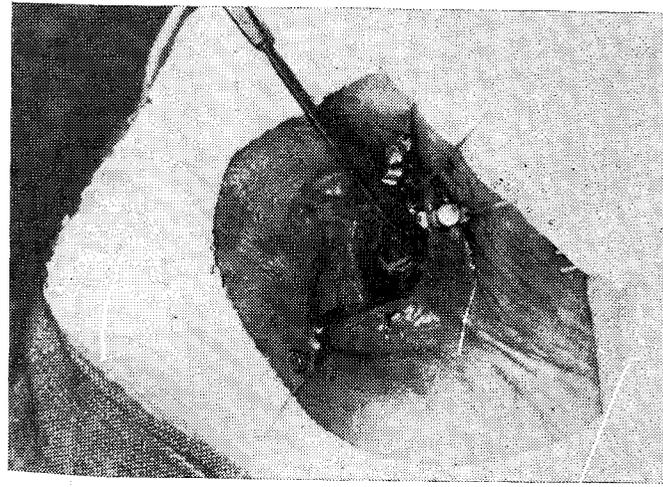


FIGURA NUMERO TRES

ducir ningún instrumental en la cámara anterior sino en maniobras pacientes hasta lograr la protrusión del iris.

- 9.— Se efectúa la iridectomía que puede ser parcial o total según el caso o la preferencia del Cirujano.
- 10.— Cauterización del borde superior de la herida escleral: lo ideal es hacerlo con el cauterio de Hildred o con un gancho de estrabismo previamente incandescente. (Figura No. 4). Se logra la retracción del borde escleral manteniéndose de este modo el espacio de filtración más permanente, lo que hace la intervención más segura.
- 11.— Sutura de la conjuntiva con puntos continuos o separados.
- 12.— Curación local con unguento oftálmico y colocación de apósitos.



FIGUR ANUMERO CUATRO

POS-OPERATORIO

- 1.— Reposo en cama.
- 2.— Controles vitales.
- 3.— Dieta líquida el primer día; libre a partir del segundo.
- 4.— Analgésicos (Conmel, Dialgina, etc.) por dolor.
- 5.— Anti-inflamatorios (Ananase, Quimoral, etc.).
- 6.— Antibióticos (Penicilina, Estreptomocina, etc.). P.R.N.
- 7.— Pilocarpina al 2% en el ojo no intervenido y control del mismo. La frecuencia de la instilación se hace según el caso.
- 8.— Control del ojo intervenido y especialmente de la cámara anterior a las 24 horas.
- 9.— Control de la formación de dicha cámara cada 24 horas ó 48 horas.
- 10.— Quitar puntos si se usó material inabsorbible a los 6-8 días.
- 11.— Alta y controles periódicos.

RESULTADOS POST-OPERATORIOS

Los hemos obtenido muy satisfactorios en lo referente a la baja tensional del globo ocular, tal como lo hacemos notar en los casos presentados a continuación.

La formación de la cámara anterior fué generalmente rápida (24-48 horas), siendo muy contados los casos en que esta cámara necesitó para formarse un tiempo más prolongado. En estos casos y con la maniobra sencilla de un masaje a través de los párpados, logramos el resultado apetecido. También el post-operatorio se registró favorable: dolor ocasional, irritación local prácticamente ausente, edema mínimo, etc.

CASO NUMERO UNO

Historia Clínica número: 18795-61.

Ingreso: 16 de Octubre de 1962.

Nombre: J.J.M.G.

Edad: 61 años.

Residencia: Colonia Santa Luisa, Ciudad de Guatemala.

Ocupación: Oficios domésticos.

Agudeza visual. O.D. 20/200
O.I. 20/200

Tonometría: O.D. 54.7
O.I. 64.0

Diagnóstico: Glaucoma crónico O.D.
Catarata Glaucomatosa O.I.

Tratamiento: Esclerectomía térmica O.D.

Cirujano: Dr. Wellington Amaya.

Tensión post-operatoria: O.D. 25.8
O.I. 64.0

Resultado: Satisfactorio.
(Pendiente de intervención quirúrgica O.I.)

Egreso: 18 de Noviembre de 1962.

CASO NUMERO DOS

Historia Clínica número: 06058-63.
Ingreso: 5 de Abril de 1,963.
Nombre: A.G. de A.
Edad: 56 años.
Residencia: Antigua, Guatemala.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. 20/30
O.I. 20/70
Tonometría: O.D. 12.5
O.I. 59.1
Diagnóstico: Glaucoma O.I. de ángulo cerrado.
Tratamiento: Esclerectomía térmica. O.I.
Cirujano: Dr. Wellington Amaya.
Tensión Post-operatoria: O.D. 12.5
O.I. 10.5
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 30 de Abril de 1,963.

CASO NUMERO TRES

Historia Clínica número: 06657-63.
Ingreso: 18 de Abril de 1,963.
Nombre: M. R. S.
Edad: 51 años.
Residencia: Aldea Las Delicias, Taxisco
Santa Rosa.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. 20/70
O.I. Dedos a 20 cms.
Tonometría: O.D. 10.2
O.I. 59.1
Diagnóstico: Glaucoma crónica O.I.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O.I.
Cirujano: Dr. Wellington Amaya.
Tensión Post-operatoria: O.D. 10.2
O.I. 12.5
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 11 de Mayo de 1,963.

CASO NUMERO CUATRO

Historia Clínica número: 2871-55.
Ingreso: 11 de Mayo de 1,963.
Nombre: M. V. de U.
Edad: 60 años.
Residencia: Ciudad de Guatemala.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. Percepción luminosa.
O.I. 20/100
Tonometría: O.D. 71.0
O.I. 14.6
Diagnóstico: Glaucoma crónico O. D.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O. D.
Cirujano: Dr. Alfonso Wer.
Tensión Post-operatoria: O.D. 15.9
O.I. 14.6
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 8 de Junio de 1.963.

CASO NUMERO CINCO

Historia Clínica número: 00759-63.
Ingreso: 27 de Mayo de 1,963.
Nombre: V. A. H.
Edad: 62 años.
Residencia: Ciudad de Guatemala.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. Dedos a 50 cms.
O.I. 20/70
Tonometría: O.D. 43.4
O.I.: 19.6
Diagnóstico: Glaucoma crónico O.D.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O.D.
Cirujano: Dr. Wellington Amaya.
Tensión Post-operatoria: O.D. 20.0
O.I. 19.6
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 15 de Junio de 1,963.

CASO NUMERO SEIS

Historia Clínica número: 11168-63.
Ingreso. 11 de Junio de 1,963.
Nombre: M. G. F.
Edad: 56 años.
Residencia: Tiquisate, Escuintla.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. 20/50
O. I. 20/200
Tonometría: O.D. 16.5
O. I. 59.1
Diagnóstico: Glaucoma crónico O.I.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O.I.
Cirujano: Dr. Alfonso Wer.
Tensión Post-operatoria: O.D. 16.5
O. I. 14.0
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 19 de Junio de 1,963.

CASO NUMERO SIETE

Historia Clínica número: 11732-63.
Ingreso: 18 de Junio de 1,963.
Nombre: H. de P. de De. L.
Edad: 40 años.
Residencia: Coatepeque, Quezaltenango.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. 20/30
O. I. Percepción luminosa.
Tonometría: O.D. 43.4
O. I. 43.4
Diagnóstico: Glaucoma crónico bilateral.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O.I.
Cirujano: Dr. Wellington Amaya.
Tensión Post-operatoria: O.D. 43.4
O. I. 20.6
Resultado: Satisfactorio. (Pendiente inter-
vención O.D.)
Egreso: 29 de Junio de 1,963.

CASO NUMERO OCHO

Historia Clínica número: 11782-63.
Ingreso: 22 de Junio de 1,963.
Nombre: N. C. v. de P.
Residencia: Petén.
Edad: 60 años.
Ocupación: Oficios domésticos.
Agudeza visual: O.D. Percepción luminosa.
O. I. 20/30
Tonometría: O.D. 69.3
O. I. 16.5
Diagnóstico: Glaucoma crónico O.D.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O.D.
Cirujano: Dr. Wellington Amaya.
Tensión Post-operatoria: O.D. 10.2
O. I. 16.5
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 29 de Junio de 1,963.

CASO NUMERO NUEVE

Historia Clínica número: 16477-63.
Ingreso: 22 de Agosto de 1,963.
Nombre: M.L.L. de M.
Edad: 66 años.
Residencia: Jocotán, Chiquimula.
Ocupación: Oficios domésticos .
Agudeza visual: O.D. Dedos a 4 metros.
O. I. 20/70
Tonometría: O.D. 29.0
O. I. 17.3
Diagnóstico: Glaucoma crónico O.D.
Tratamiento: Esclerectomía térmica O.D.
Cirujano: Dr. Alfonso Wer.
Tensión Post-operatoria: O.D. 18.0
O. I. 17.3
Resultado: Satisfactorio.
Egreso: 31 de Agosto de 1963.

CONCLUSIONES

- 1.—Las técnicas quirúrgicas para el control de la hipertensión ocular son múltiples y variadas.
- 2.—La aportación de la presente técnica no pretende resolver el problema del glaucoma.
- 3.—La sencillez de la técnica que resume otras (Iridencleisis, Iridectomía y Esclerectomía) la hacen de elección en los casos cuya indicación sea posible.
- 4.—Los resultados post-operatorios obtenidos son satisfactorios sin ser definitivos.
- 5.—La aportación de futuras estadísticas harán posibles otras conclusiones.

Br. Juan Francisco Manrique Ovalle

Dr. Wellington Amaya A.
Asesor.

Dr. José Miguel Medrano
Revisor.

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario.

Imprímase
Dr. Carlos Manuel Monsón Malice
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Tratado de Anatomía Humana. Testut y Latarjet.
- 2.— Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. 1,962-1,963.
- 3.— Diagnóstico y Terapéutica de los Glaucomas. Becker y Shaffer.
- 4.— Atlas de Cirugía Oftalmológica. Berens y King.
- 5.— Cirugía Ocular. Arruga.
- 6.— Oftalmología Especial. Manuel Márquez.
- 7.— Manejo Clínico de los Glaucomas Estado Actual. Sociedad de Oftalmología de Guadalajara y Hospital General de México.