UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"OPERACIONES FILTRANTES DEL OJO (ELLIOT-FONTE "

tesis

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

JORGE CHEA GONZALEZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1968

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION

2. ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA CORNEA, COROIDES, IRIS, CRISTALINO y ZONA CILIAR.

3. MATERIAL Y METODOS

   a) Técnica de las operaciones filtrantes del ojo (Fonte Elliot)

   b) Descripción de cada técnica por separado

   c) Experiencia clinico-operatoria

   d) Evaluación de los resultados operatorios

4. DISCUSION

5. SUMARIO

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFIA

CLASIFICACION DE LOS GLAUCOMAS

INTRODUCCION:

El glaucoma es una enfermedad ocular cuyo cuadro clínico completo se caracteriza por estar elevada la presión intraocular, por la excavación del disco óptico y su degeneración y, además, por lesiones típicas de los haces de fibras nerviosas que producen los defectos característicos, en forma de arco, en el campo visual. Cualquiera de estos signos, o todos a la vez, pueden estar presentes en el momento de un examen.

El valor de la presión intraocular se determinar por la velocidad de formación del humor acuoso por el cuerpo ciliar y por la resistencia a su eliminación a nivel del ángulo camerular. La verdadera presión interna del ojo, en completo estado de reposo, es muy dificil de determinar, pues los métodos para medir la alteran su equilibrio estático. Clínicamente, no obstante, puede estimarse por tonometría, Schiotz o aplanación. El diagnóstico definitivo de glaucoma no se puede establecer por la sola presencia de presión intraocu-

lar elevada, a menos que ésta ya haya producido daño al nervio óptico. Sin embargo, todos los esfuerzos del clínico sagaz ha de dirigirse hacia el reconocimiento precoz de las condiciones que, casi inevitablemente conducirán al daño.

Los glaucomas primarios constituyen enfermedades bilaterales que, al menos en parte son determinadas genéticamente. El término (glaucoma secundario) se refiere al aumento de la presión intraocular causado por algún antecedente conocido, o por una enfermedad ocular concomitante. El común denominador en ambos glaucomas, primarios y secundarios, lo constituye la elevación de la presión en tal grado que amenace la integridad del nervio óptico.

A medida que los conocimientos sobre su etiología se hagan más exactos, podrán clasificarse los glaucomas con más facilidad al tomar como base el mecanismo que causa el aumento de la presión intraocular. La etiología del glaucoma agudo de ángulo cerrado nos es ya bien conocida, y cada día aprendemos mas y más acerca del mecanismo patogénico del

glaucoma crónico simple o de ángulo abierto, puesto que ninguno de ellos está asociado constantemente a una reconocida enfermedad ocular causante de la hipertensión, parece útil continuar usando el término de (glaucoma primario), establecido por la costumbre.

La base anatómica y gonioscópica para su clasificación, que se ha comprobado tan útil en los glaucomas primarios desde el punto de vista de su diagnóstico y tratamiento, puede también aplicarse a los glaucomas secundarios; aunque esto no se acepta generalmente, da importancia al mecanismo de producción y permite cierto número de simplificaciones y generalizaciones prácticas. Además, a medida que la patogenia de los distintos glaucomas sea mejor comprendida, las subclasificaciones dentro de categorías anatómicas podrán ser modificadas más facilmente. En terminos generales se puede afirmar que los glaucomas primarios son enfermedades bilaterales, mientras que los secundarios son con frecuencia unilaterales.

Esta clasificación divide los glaucomas en cuatro categorias

principales: 1) Glaucomas de ángulo cerrado, subidivididas a su vez en los causados por un bloqueo de la pupila y los que son debidos a ese factor. II) Glaucomas de Angulo Abierto, subdivididos en los que son producidos por una resistencia a la eliminación del acuoso en la maya trabecular o más allá de la misma, y aquellos con facilidad de drenaje normal, que son causados por la hipersecreción del acuoso o por aumento de la presión episcleral. III) Glaucoma de Mecanismo Combinado, en los que intervienen tanto un ángulo cerrado como mecanismos trabeculares. IV) Glaucomas Congénitos, en los cuales alguna anomalía del segmento anterior del ojo se halla en el momento del nacimiento.

Desafortunadamente toda clasificación resulta arbitraria, y así se podrán encontrar casos individuales que no encajan netamente dentro de una determinada división del marco establecido. Cuando los conocimientos resulten en el futuro inexactos o incorrectos, la clasificación requerirá otras modificaciones ulteriores. Esperamos que la mayoría de los glauco-

mas pueda clasificarse en forma útil y conveniente dentro de estas categorías, y que el conocimiento de los mecanismos básicos causantes de la elevación de la presión intraocular ayudará al clínico en la elección de la terapeutica apropiada.

I. Glaucoma de ángulo cerrado:

A. Con presencia de Bloqueo pupilar:

Este glaucoma se presenta en su forma más típica en el ojo hipermétrope de ángulo camerular angosto y cámara anterior poco profunda. La elevación de la tensión tiende a producirse súbitamente, causando los conocidos síntomad de halos coloreados, visión nebulosa y dolor ocular. La presión intraocular presenta en este tipo notables fluctuaciones.

Una combinación de circunstancias parece que provoca el ataque agudo: resistencia al flujo de acuoso hacia la cámara anterior en el sitio donde hace contacto el iris con la cápsula anterior del cristalino (bloqueo de la pupila), presión más alta en la cámara posterior que en la anterior, periferia del iris poco tensa o laxa y , por último, una posible contribución de factores de orden vascular. Como resultado de todo

esto la periferia del iris se desplaza hacia la pared trabecular, provocando el cierre completo o parcial del ángulo camerular. La iridectomía periférica en estos casos por lo regular salva el obstáculo pupilar y normaliza el drenaje, siempre que la malla trabecular no esté dañada.

1. Glaucoma primario de ángulo cerrado:

   a) Prodrómico ò intermitente

   b) Agudo

   c) Crónico.

2. Glaucoma secundario de ángulo cerrado:

   a) Intumescencia del cristalino (glaucoma agudo unilateral de ángulo cerrado)

   b) Sinequias posteriores al cristalino (iris bombé)

   c) Sinequias posteriores al cuerpo vítreo en ojos afáquicos.

   d) Luxación del cristalino en la cámara anterior o cuerpo vítreo.

   e) Glaucoma maligno.

B. Con ausencia de bloqueo pupilar:

En este tipo de glaucoma el iris está contiguo a la pared tra -

becular, pero el bloqueo de la pupila no es el mecanismo causante del cierre angular y la obstrucción al drenaje.

1. Iris en meseta primaria (iris plateau)

El tipo raro de glaucoma primario, de ángulo cerrado, en el cual el factor de bloqueo pupilar es insignificante. Cuando se dilata la pupila el ángulo queda obstruído mecánicamente por el último pliegue del iris. En tales casos la iridectomía puede no ser efectiva, ya que ella sola rompe el bloqueo pupilar.

2. Cierre secundario del ángulo por el iris:

Sinequias periféricas anteriores que sueldan el iris a la pared trabecular. En ausencia de bloqueo pupilar se produce una forma de glaucoma crónico.

II. Glaucoma de ángulo abierto

A. Con facilidad de drenaje disminuída:

En el glaucoma de ángulo abierto el iris no está contiguo a la pared trabecular. La dificultad de drenaje es causada por la interferencia al flujo acuoso a nivel de los pasajes excretores al

sistema venoso. Los síntomas que provoca son insignificantes hasta el momento en que ya se ha producido un daño ocular considerable.

1. Glaucoma primario de ángulo abierto

   a) Glaucoma crónico simple

   b) Glaucoma de ángulo abierto con tensión baja

2. Glaucoma secundario de ángulo abierto

   a) Traumático e inflamatorio

   b) Asociado a tumores

   c) Secundario a epitelización de la cámara anterior.

   d) Secundario a rubeósis del iris (rubeosis iridis)

   e) Secundario a presión retrobulbar

   f) Secundario a hidropesia epidémica.

3. Glaucoma de ángulo abierto asociado a enfermedades oculares:

   a) Miopia alta

   b) Oclusión venosa

   c) Huso de Krukenberg

   d) Seudoexfoliación capsular

e) Desprendimiento de retina

f) Distrofia de Fuchs

g) Retinosis pigmentaria.

B. Con facilidad de drenaje normal.

Este grupo presenta presión intraocular elevada con defectos campimétricos resultantes, a pesar de encontrarse en todo momento ángulos abiertos y facilidad de drenaje normal.

1. Glaucoma de hipersecreción

2. Glaucoma con presión venosa episcleral aumentada.

III. Glaucoma de mecanismo combinado:

Esta categoría incluye diferentes combinaciones de glaucomas de ángulo cerrado y ángulo abierto.

IV. Glaucoma congénito:

Aunque todos los glaucomas primarios son en parte determinados genéticamente, esta categoría sólo se refiere a aquellos casos en los cuales se encuentran, al nacimiento, anomalías del segmento anterior del ojo. El glaucoma, por su parte, puede ser ya manifiesto en ese momento, o puede aparecer durante las primeras cuatro décadas de la vida.

A. Glaucoma primario congénito infantil:

B. Glaucoma asociado a anomalías congénitas

1. Glaucoma infantil tardío

2. Aniridia

3. Síndrome de Sturge-Weber

4. Neurofibromatosis

5. Síndrome de Marfan

6. Síndrome de Axenfeld

7. Síndrome de Lowe

8. Esferofaquia y microcórnea.

C. Glaucoma secundario en niños

1. Fibroplasia retrolental

2. Tumores

a) Retinoblastoma
b) Xantogranuloma juvenil

3. Inflamaciones

4. Traumas

CORNEA

Constituye la sexta parte de la túnica fibrosa del ojo, y como es perfectamente transparente en estado normal representa para el globo ocular el mas anterior de sus medios transparentes a la vez que una porción de sus membranas de envoltura, tiene la forma de un pequeño casquete esférico de un radio un poco menor que la esclerótica, lo que hace que parezca prominente hacia adelante; su radio de curvatura es distinto para cada una de sus caras, anterior y posterior, pero su término medio es de 7.5mm. Sus dimensiones son distintas por delante y por detrás; en efecto, vista por delante aparece ligeramente alargada en sentido transversal, donde alcanza 12 mm., en tanto que su diámetro vertical es un poco menor (11 mm.); esto es debido como ya se ha hecho notar, a que el bisel esclerotical avanza mas por arriba y por abajo sobre la cara anterior de la córnea que en las extremidades del diámetro transversal. En cambio, cuando se mira a la córnea por su cara posterior, aparece perfectamente circular con su diámetro de 13 mm. El espesor es mayor

en la periferia que en el centro; 1 mm.y 0.8 mm. respectivamente.

Se distinguen en la córnea dos caras, una cara anterior y una cara posterior y una circunferencia.

Cara Anterior: Es convexa, lisa y se haya humedecida por la secreción de la glándula lagrimal. Esta cara se mantiene en contacto por el medio exterior cuando los párpados están separados y con la conjuntiva palpebral cuando los párpados se aproximan entre sí.

Cara Posterior: Es cóncava y forma el límite anterior de la cámara anterior del ojo. Su centro de curvatura está separada del polo anterior del cristalino por una distancia de 2.5 mm.

Circunferencia: El borde periférico de la córnea se continúa en el orificio anterior de la esclerótica y en ese lugar hay fusión íntima de los tejidos que constituyen éstas dos porciones de la capa fibrosa.

En las personas de edad, aparece a nivel de este limbo esclerocorneal una opacidad más o menos continua que se conoce con el nombre de arco senil o gerotoxon.

Vasos y Nervios: La córnea carece, cuando menos en el adulto, de vasos sanguíneos. Los vasos de la esclerótica terminan a nivel del limbo esclerocorneal, formando una serie de pequeñas asas cuya convexividad se halla vuelta hacia la córnea pero sin penetrar en ella. La córnea se nutre por la linfa que atravieza sus capas constitutivas, especialmente los espacios interfasciculares y las lagunas de su tejido propio.

La córnea posee una exquisita sensibilidad que le aseguran las ramificaciones terminales de los nervios ciliares, los que se distribuyen en ella formando un plexo sub-epitelial anterior y otro en el espesor de la membrana de Descemet (nervios corneales posteriores).

TUNICA MEDIA O VASCULAR COROIDES

Se encuentra aplicada a la superficie interior de la capa fibrosa, a la cual se adhiere en toda la zona comprendida desde el polo posterior del ojo hasta 1 mm. por detrás del limbo esclerocorneal. A este nivel se separa de ella para dirigirse perpendicularmente hacia el eje ocular, formando un tabique vertical y

perforado en su centro que es el iris. El segmento posterior, es el que corresponde a la esclerótica, se halla dividido por una linea festoneada, colocada por delante del ecuador del ojo y denominada ora serrata, en dos partes distintas. La posterior, más grande y vascular, es la coroides propiamente dicha; la anterior, mas pequeña, de naturaleza muscular y vascular a la vez, es la zona ciliar. Por esto la membrana media del ojo, coroides, membrana iridocoidea o tracto uveal, se distinguen tres porciones que de atras adelante son: la coroides propiamente dicha, la zona ciliar y el iris.

ZONA CILIAR

La zona ciliar o cuerpo ciliar llena el espacio que queda entre la ora serrata y la circunferencia mayor del iris. Tiene la forma de un anillo aplanado de adelante atras, que mide 7 mm. en el lado nasal temporal, de 5 a 6 mm. en el lado nasal del ojo y es mas grueso por delante que por detrás. Su cara anterior es lisa y se aplica a la superficie interior de la esclerótica, mientras que por detrás está tapizado por la porción ciliar de la retina. En este lugar presenta una serie de salientes dispuestos en sentido radiado, mas grueso por delante que por detrás, en número de 80 a 90 y que están separados por surcos que llevan la misma dirección; son los procesos ciliares, cuyo conjunto forma la llamada corona ciliar. Los surcos anteroposteriores que los separan, reciben el nombre de valles ciliares y comunican por su extremidad anterior con la cámara posterior del ojo, de la cual constituyen simples prolongaciones.

MUSCULO CILIAR

Se llama también músculo tensor de la coroides y forma el plano anterior del cuerpo ciliar. En un corte anteroposterior presenta una forma triangular con la base dirigida hacia el eje anteroposterior del ojo y su vertice hacia la ora serrata. Se considera formado por dos porciones: una anterior, mucho más voluminosa, constituida por fibras fadiadas que se insertan por delante en el anillo tendinoso de Döllinger, recibe el nombre de Brücke. En su parte posterior e interna lleva este músculo la segunda porción, formada por fibras circulares, las cuales son la octava y la novena parte de las otras, y cuyo conjunto forman el llamado músculo de Rouget o de Müller; esta fibras circulares se encuentran más desarrolladas en los hipermétropes. Todo el músculo ciliar está compuesto de fibras lisas.

PROCESOS CILIARES

Son el conjunto de cordoncitos celulovasculares en forma de masas, con su extremidad mayor vuelta hacia adelante, en número de 80 a 90 y que constituyen la corona ciliar. Están apli-

cados al segmento interno de la cara posterior del músculo ciliar y formados por capilares extremadamente numerosos, apelotonados, predominando los venosos sobre los arteriales y sostenidos por una trama fibrilar donde se encuentran células pigmentadas. En estos procesos ciliares es donde se forma el humor acuoso.

IRIS

El iris constituye la parte más anterior de la membrana fridocoidea, tiene la forma de un disco de dirección vertical y transversal, que prolonga hacia el eje anteroposterior al que alcanza en una dirección perpendicular la porción ciliar de la coroides, se halla en el iris perforado en su centro por un orificio movible que es la pupila, el diámetro del iris es de 12 a 13 mm. y su espesor de 0.3 a 0.4 mm. en la periferia y 0.5 mm al nivel del borde pupilar; es pues mas grueso en el centro que en la periferia.

Posee una cara anterior, una cara posterior, una circunferencia mayor y una circunferencia menor.

Las arterias largas anteriores son en número de dos, una externa y otra interna. Atraviesan la esclerotica un poco por delante de las precedentes y corren por la lámina fusca hacia adelante hasta llegar a la circunferencia mayor del iris. En este lugar cada una emite una rama superior y una rama inferior las cuales se dirigen alrededor del iris y van a anastomosarse con las del lado opuesto, constituyendo el círculo anterior mayor del iris.

CRISTALINO

Es el más importante de los medios transparentes y refrigentes del ojo. Tiene la forma de una lente biconvexa colocda inmediatamente por detrás del iris y de las cámaras anterior y posterior del ojo y por delante del cuerpo vítreo. Está dirigido en sentido vertical y transversal, de tal manera que su eje anteroposterior casi conincide con el eje del globo ocular. Sin embargo esta correspondencia no es perfecta y podemos considerar que la cara anterior del cristalino mira un poco hácia

abajo y hacia afuera (Tsherning).

El diámetro del cristalino es de 9 a 10 mm., su eje anterior, representado por la línea que une el punto central de sus dos caras (espesor), mide 4.5 mm. pero esta cifra varía puesto que aumenta en la visión de los objetos cercanos y en cambio disminuye en la visión de los objetos lejanos. Pesa el cristalino 25 cgr. y se halla mantenido en su posición por un sistema de fibras radiadas que se insertan en su cápsula, cerca de su borde periférico y que reciben el nombre de ligamento suspensor del cristalino o zónula.

El tejido del cristalino es sencillamente elástico, de tal manera que se deforma con relativa facilidad, pero tiende a recuperar pronto su forma primitiva, la coloración varía con el desarrollo del individuo, en el feto y en el niño es transparente mientras que en el adulto toma un tinte amarillento, muy débil que empieza en la región del eje y se expande difusamente hacia el borde periférico; esta coloración amarillenta aumenta con la edad. Su consistencia cambia de la misma manera en

las distintas edades, aumentando poco a poco, hasta que en el individuo anciano se vuelve duro, y especialmente en el centro donde la porción mas consistente, se conoce con el nombre de nucleo del cristalino. Su índice de refracción es de 0.4 en el adulto.

APARATO SUSPENSOR DEL CRISTALINO: el cristalino se mantiene en su lugar por la relación que tiene con el cuerpo vítreo hacia atrás y con el iris en la parte anterior, pero sobre todo por un sistema de fibrillas, que partiendo de la porción ciliar de la retina se dirige al ecuador cristaliniano y se insertan en su cápsula, el conjunto de éstas fibras constituyen la llamada zónula de Zinn o simplemente zónula. La Zónula tiene la forma de un anillo, aplanado de adelante atras, dispuesto en sentido frontal y más delgado en su parte periférica, que corresponde a la ora serrata, que es en su porción central, donde termina en las partes vecinas al ecuador del cristalino. La base toma inserción en el ecuador del cristalino, en la parte mas periférica de la cristaloides anterior hacia adelante, y las fibras posteriores, en la cristaloides posterior.

TECNICA DE FONTE

Esclerotomía térmica retráctil: La técnica es la siguiente:

a) Infiltración subconjuntival del anestésico.

b) Colgajo amplio a un centímetro del limbo, disecándolo hasta él procurando no traumatizarlo.

c) A 1 mm. del limbo, incisión escleral "ab externo", vertical, de 3 mm. de extensión con cuchillete. Cuando se ha perforado la última capa excleral y sale el acuoso, se completa la incisión en sus extremos, colocando el filo hacia arriba.

d) Se prolapsa el iris.

e) Por detrás del labio posterior, se ponen tres a cuatro puntos de fuego, con un gancho de estrabismo de punta ancha y roma, bien caliente pero no al rojo, hasta que se retrae el labio posterior.

f) Sutura firme del colgajo cápsula-conjuntival.

Mencionaremos algunos detalles que influyen en el éxito de la operación: La infiltración subconjuntival facilita la disección del colgajo y evita su ruptura. El "curetaje" no debe

ser excesivo. La incisión escleral debe ser vertical porque el corte biselado favorece la coaptación de los bordes y si ésto sucede debe hacerse quemadura del labio anterior. Si la sección es posterior a 1 mm. puede prolpasarse el cuerpo ciliar o el vítreo. Si no se prolapsa el iris con la maniobra descrita, es preferible tomarlo con gancho de iris que con pinza. Los puntos de fuego no deben ser superficiales porque la retracción es temporal. En los casos de contestión del segmento anterior, los puntos de fuego serán mas numerosos y potentes.

Si la herida escleral se cierra, puede reoperarse con el menor trauma quirúrgico y resultados favorables. Se procederá en la siguientes forma: Infiltración subconjuntival; disección del colgajo partiendo de la cicatriza conjuntival anterior; reapertura con espátula de la herida escleral y nuevos puntos de fuego, cauterizando en este caso el labio posterior con dos puntos de fuego.

TREPANACION DE ELLIOT

A. Instilación de colirio anestésico

B. Anestesia por infiltración subconjuntival y retrovulvar

C. Asepsia y colocación de campos operatorios

D. Colocación del blefafostato

Trepanación: Se practica con un trépano de Elliot de 1.5 mm. de diámetro que se coloca al principio perpendicularmente a la superficie de la córnea y después se inclina un poco de manera que el borde corneal de la trepanación sea el primero en penetrar en la cámara anterior. El trépano se mantiene apoyado en la base reflejada del colgajo conjuntival. Despues que el corte se comienza girando el trépano entre los dedos, debe comprobarse periódicamente la posición, y profundidad de la trepanación, después de lo cual se vuelve a colocar la cuchilla en el mismo surco.

Cuando la cuchilla penetra en la cámara anterior la pupila se alarga súbitamente, lo que indica el momento en que el iris periférico comienza a prolapsarse. En este instante el trépano se levanta inmediatamente. Si la cuchilla estuvo bien colocada habrá practicado una rodaja corneoescleral perfectamen-

te limitada, que cuelga por unas escasas fibras profundas en el borde posterior de la trepanación a manera de bisagra. El tejido oscuro del iris sobresale de dos bordes formando una pequeñas vesícula. La rodaja se sale de dos bordes formando una pequeña vesícula. La rodaja se extirpa tomándola con pinzas y completando el corte con tijeras pequeñas. A continuación se practica una iridectomía periférica.

En el caso de que no se haya penetrado la cámara lo suficiente para completar el corte de la rodaja con tijeras, se puede hacer a veces con el trépano mismo inclinándolo de modo que se aleje del borde en que penetró. Si el iris ha comenzado a prolapsarse en los bordes, es peligroso usar el trépano. Otras veces puede completarse la incisión circular en la cámara anterior utilizando la punta de un queratomo o de un cuchillete de Graefe comprobando con cuidado la profundidad de la incisión, pero, aun así, a menudo es muy difícil extirpar totalmente las capas más internas.

El cierre del colgajo conjuntivas es idéntico al de las otras operaciones filtrantes.

Nombre: S.O., edad 62 años, Profesión, Oficios domésticos, Sexo: femenino. Estado Civil: Soltera.

Historia: Hace seis meses principió con dolor, ardor, con sensación de archilla en el ojo derecho, con pérdida de la agudeza visual en el mismo ojo. Examen: Tensión tonometro O.D. 42. O.I. 14.6. Conjuntiva enrojecida en ojo derecho cristalino opaco O.D. pupila O.D. no responde a la luz. Diagnóstico: Glaucoma O.D. Operación de Fonte. Resultado: Satisfactorio. T.O.D.: 17.3

Nombre: R.L. Edad: 53 años, Profesión: Oficios domésticos, Sexo: Femenino, Estado Civil: Soltera. Historia: Refiere que desde hace 2 meses principió con lagrimeo en O.D. no obtuvo alivio con remedios caceros, luego notó la pérdida de la agudeza visual, visión nublada y dolor en los globos oculares.

Examen: Tensión tonometro O.D., 28 0.1.28, Púpilas unióticas, poca respuesta a la luz en ambos ojos, con uso de pilocarpina, cristalino Opacidad incipiente en ambos ojos.

Diagnóstico: Glaucoma crónico de O.D. y O.I.

Operación de Fonte. Resultado satisfactorio T.O.D. 17.3 0.5: 14.6

Nombre: M.P. edad, 64 años. Soltera, Profesión oficios domésticos, Sexo: Femenino, Historia: Hace tres años que principio con dolor en el O.I, enrojecimiento de la conjuntiva en el mismo ojo y cefalea intensa, por lo que consultó a un facultativo ya que presentaba pérdida de la agudeza visual, hace cuatro meses principio con igual sintomatología en O.I., motivo por el cual consultó a un facultativo, quien la remitió a este Hospital. Examen: Tensión Tonómetro O.D. 50.6 O.I 81.7. Campos visuales, muy disminuídos en O.D., ausente en O.I. Conjuntivas Vascularidzadas en ambos ojos. Pupilas no responde a la luz. Diagnóstico Glaucoma O.D., Glaucoma absoluto O.I. Operación de Fonte, Resultado satisfactorio.

Nombre: J.G.S., Edad, 52 años Profesión: Oficios Domésticos. Estado Civil: Soltera, Historia Actual: refiere que hace dos meses princiío con dolor en la región frontal y ojos, habiendo recibido tratamiento por facultativo, pero sin lograr mejora algu-

na, habiendo notado una disminución considerable en la agu deza de la visión. Examen datos positivos: tensión, tonometro: O.D. 17.3. O.I. 69.3 mm. conjuntiva: Enrrojecimiento en O.I. y pupila deformada en O.I. Cristalino opaco en O.I Diagnóstico: Operación de Elliot. Resultado: Satisfactorio T. en O.I.: 20.6.

Nombre: A.F. Edad: 39 años, Profesión: Oficios domésticos, Estado civil: soltera, Sexo: femenino, Historia: refiere que hace cuatro meses principió con dolor, ardor y secreción lagrimal en O.D., con disminución de la agudeza visual, estuvo bajo tratamiento, con Diamos y Pilocarpina. Examen: Datos positivos: Tensión y Tonómetros: O.D., 43 mm. O.I., 17.3 mm. Campos visuales disminuídos O.I., conjuntiva enrrojecida en O.D. Pupilas responden lentamente a la luz, en el O.D. cristqlino ligeramente opaco en O.D. Diagnóstico: Glaucoma en O.D., Operación Elliot. Resultado Satisfactorio T en O.D 14.6.

Nombre: M.S. Edad: 78 años, Profesión: Of. Domésticos,

Sexo: femenino. Estado Civil: Soltera. Historia actual: refiere que hace 12 días principió a sentir mucho dolor y pérdida de la visión en O.D., Examen: Datos positivos: Tensión Tonómetros D. 34.4 O.I., 10.2, campos visuales disminuídos, conjuntiva enrrojecida en O.D., pupila responden lentamente a la luz en O.D., cristalino opaco en O.D., Diagnóstico: Glaucoma traumático y absoluto de O.D., Operación Elliot: 12.2

Nombre: J.M., Edad: 66 años, Profesión: Of. Domésticos, Sexo: F., Estado civil: casada, Historia: Refiere que hace dos meses principió con dolor, ardor en el ojo derecho, cefalea y pérdida de la visión, examen: Datos positivos: Tensión y Tonómetro, O.D., 129 Omm. 0.5:12.2. Conjuntiva O.D., enrrojecida y vascularizada, O.D. pupila respuesta lenta a la luz, pupila dilatada, cristalino opaco en O.D. Diagnóstico: Glaucoma en O.D. operación: Fonte. Resultado: Satisfactorio T.O.D. 14.6.

Nombre: I.P.H. Edad: 63 años, Profesión: Of. Domésticos, sexo: F. Estado Civil: Casada, Historia actual: hace ocho meses tuvo un golpe en el ojo derecho; posteriormente dolor, ar-

dor y lagrimeo del mismo ojo, cefalea constante; examen: datos positivos: tensión y tonómetro, 127 mm. O.D. y 17.3 O.I. los campos visuales disminuídos, O.D. conjuntiva enrrojecida O.D. 29.00 O.I 17.3. Cristalino opaco en ojo derecho. Diagnóstico: Glaucoma O.D., Operación fonte. Resultado: Satisfactorio. Tensión O.D. 17.3

Nombre: M.P. Edad: 60 años, Profesión: Of. Domésticos, Sexo: Fem. Estado Civil: unida, historia actual: refiere que hace seis meses ha tenido disminución de la agudeza visual, sensación de ardor en O.I cefalea universal, examen datos positivos: tensión y tonómetro: O.D. 14.6 mm. O.I. 50.6 mm. Campos visuales disminuidos en O.I, conjuntiva enrojecida en O.I cristalino opaco en O.I., diagnóstico Glaucoma absoluto en O.I operación: fonte. Resultado: Satisfactorio T.O.I 17.3.

Nombre: B.N.W. Edad: 48 años, Profesión: Of. domésticos, Sexo: Fem. Estado Civil: soltera. Historia actual: La paciente relata que hace 5 años principió a notar disminución de la agudeza visual, se ha acompañado de visiones luminosas y de colores,

hace aproximadamente un año, principió a sentir dolor en O.I Examen: Datos positivos: Tensión y tonómetros: O.I. 37.2 mm. O.D. 27.2 mm. Diagnóstico: Glaucoma O.I, y Glaucoma O.D. Operación: Elliot. Resultado: satisfactorio T: O.I y O.D. 14.6 y 14.6.

Nombre A.R. Edad: 52 años, Profesión: Of. Domésticos, Sexo: Fem. Estado Civil: Soltera, Historia actual: cuenta que hace cuatro meses, de manera súbita, comenzó con dolor decabeza y pérdida de la visión del O.D. y con la disminución de la agudeza visual del O.I., Examen: datos positivos: tensión y tonómetros O.D. 69.3 mm. O.I., 7.1 mm. Campos visuales disminuidos conjuntiva enrojecida en O.D., y pupila no responde a la luz en O.D., Cristalino Opaco en O.D., ligeramente en O.I. Diagnostico: Glaucoma absoluto en O.D., operación Elliot, Resultado: Satisfactorio T: O.D. 18.9

Nombre: A.F. Edad: 59 años, Profesión Of. Domésticos, Sexo Fem. Estado Civil: Casada, Historia actual: indica que el día ayer sufrió crisis hipertensiva 170/110 que fue tratada en emergencia de este hospital al mismo tiempo presentó dolor agudo

en el ojo derecho, examen: datos positivos: Tensión y tonómetros O.D. 31.3 mm. O.I., 14.6 mm. Conjuntiva enrrojecida en O.D., Diagnóstico: Glaucoma agudo O.D. Nota final; Operación Elliot. Resultados: Satisfactorios T: O.D. 18.9

SUMARIO

Hemos efectuado una revisión de las técnicas operatorias mas frecuentes usadas en la sala de Oftalmología de Mujeres encontrándolas igualmente beneficiosas en el tratamiento quirurgico del Glaucoma por lo que se sugiere la selectividad de cada técnica según las preferencias del cirujano.

SUMARIO

Después de revisar la Historia clínica quirurgica de los pacientes, intervenidos en la sala de Oftalmología de Mujeres del Hospital General encontramos que las Operaciones filtrantes tecnica de Elliot y Esclerotomía Técnica retractil (técnica de Fonte) son igualmente satisfactorias si se efectuan en los casos que deben realizarse ya que los controles postoperatorios nos indican, que si son selectivas, los resultados seran beneficiosos.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento del Glaucoma debe efectuarse como emergencia Médico-quirúrgica.
2. El tratamiento del Glaucoma por bloqueo Angular es quirúrgico.
3. Las operaciones filtrantes en nuestra experiencia dan resultados satisfactorios
4. debe efectuarse control Preoperatorio y Postoperatorio en cada caso.
5. Es necesario enterar al paciente del estado actual de la enfermedad.
6. Debe advertirse la importancia de los controles de la Tensión ocular periódicamente.
7. La prescripción de mióticos sera selectiva para el ojo no intervenido quirúrgicamente.
8. Las técnicas de Fonte y Elliot han sido satisfactorias en nuestra experiencia.
9. Queda a criterio del cirujano Oftámólogo efectuar la técnica de su preferencia.
10. Debe insistirse sobre un método quirúrgico para mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Becker, Bernard y Shaffer, Robert M. Diagnóstico y Tratamiento del glaucoma, Barcelona Ediciones Toray S. A. 1965 pp. 3-280.

*2. Goldmann, H. Clinical aspects of the Outflow of the aqueos humor in "Glaucom A symposium organ by the council of intern. of medicine science" Springfield, Chas. C. Thomas 1965.

*3. Gorin, George and Posner Adolph. Slit lamp gonioscopy. Baltimore, Williams Wilkins Co. 1957.

*4. Hodgson, T.H. Clinical aspects of Glaucoma in "Glaucoma a symposium" (council of International Organization of medical science). Springfiel, Charles C. Thomas 1955.

5. Moreu, Angel. Manual de Gonioscopia, Madrid, Ed. Morata, 1943. pp. 35-86.

6. Moreu, Angel. El problema del Glaucoma verum, Barcelona Salvat, 1946. pp. 85-205

7. Quiroz Gutierrez, Fernando. Tratado de Anatomía Humana III. Sentido de la Vista, México Ed. Porrúa. 1953, pp. 373-389.

8. Puig, Solanes y otros. Manejo clínico de los Glaucomas, San Salvador El Salvador. Sociedad Salvadoreña de Oftalmología 1963. pp. 126-135.

*9. Sugar S., Saúl. The Glaucomas, New York, P.B. Hoeber, 1957

10. Torres Estrada, Antonio. Nuevos Datos para la determinación de la medida tensional del ojo humano. Acta. Lat 160 35-70. 1968

* Solamente consultados, no citados en el texto.

Vo.Bo. Ruth R. de Amaya Bibliotecaria

Br. JORGE CHEA GONZALEZ

Dr. WELLIGTON AMAYA A.
Asesor

Dr. JOSE MIGUEL MEDRANO
Revisor

Dr. RODOLFO SOLIS HEGEL
Director del Depto. de Cirugía

Dr. MANUEL ARIAS TEJADA
Secretario Interino

Vo.Bo.
Dr. JULIO DE LEON
Decano