

Transformando un trauma: caso de una catarata traumática con iridodiálisis resuelto simple y eficientemente

Dr. Miguel Ángel Ibáñez Hernández,* Dra. Marcela F. Eugarríos Largaespada**

RESUMEN

Trauma cerrado que produce una catarata traumática e iridodiálisis es resuelto a través de maniobras prácticas, simples y seguras. Después de tratar la catarata con un anillo de tensión capsular y facoemulsificación, la iridodiálisis fue reparada usando una sutura de McCannell doble armada con una aguja de calibre 27. La técnica es efectiva en función y cosmesis.

Palabras clave: Catarata traumática, iridodiálisis, facoemulsificación.

SUMMARY

Blunt trauma that produces a traumatic cataract and iridodialysis is solved through practical, simple and safe manoeuvres. After the cataract treatment with the assistance of a capsular tension ring and phacoemulsification, the iridodialysis is repaired using a double-armed McCannell suture and a 27-gauge docking needle. The technique is functionally and cosmetically effective.

Key words: Traumatic cataract, iridodialysis, phacoemulsification.

INTRODUCCIÓN

Las contusiones pertenecen a la causa más frecuente de trauma ocular. Viestenz y Kuchle (1) en su estudio, Erlangen Ocular Contusion Registry (EOCR) 1985-1995, encontraron que 40% de los traumas cerrados ocurren durante tiempos de esparcimiento y 85% de los pacientes son niños y hombres jóvenes, entre los 10 y 29 años. Si en la valoración inicial de emergencia se encuentra que el paciente tiene un impedimento visual peor a 20/200 entonces hay mayor probabilidad de un daño intraocular severo. La iridodiálisis (separación entre iris y cuerpo ciliar) y la catarata traumática ocurrieron en 10% de casos del estudio. Las iridodiálisis que se extienden más allá de la mitad superior del ojo pueden causar pseudopolicoria, y esto a la vez diplopia monocular, fotofobia y problemas cosméticos para el paciente (2). McCannell (3) describió una técnica de reparación para iridodiálisis usando una aguja curvada con nylon 10-0 que eventualmente se transformó en la sutura de McCannell de hoy en día: una sutura doble-armada de polipropileno 10-0 con una aguja recta de 17 mm.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un hombre de 26 años fue golpeado en su ojo derecho (OD) con una pelota de squash. El paciente acudió a la consulta por un progresivo deterioro en la agudeza visual (AV) del mismo ojo después de un año del incidente. Al examen se encontró OD con 20/400 y 20/20 en el izquierdo. El OD presenta iridodiálisis que involucra el iris inferior, extendiéndose de los meridianos de 5 a 8, sinequias posteriores y una catarata subcapsular posterior que obstruía parcialmente la observación de la región macular. La presión intraocular del ojo derecho era de 12 mmHg. El examen del ojo izquierdo fue sin datos patológicos.

Técnica quirúrgica

El paciente fue preparado siguiendo medidas estándar de asepsia, antisepsia seguida de anestesia local. Para la catarata subcapsular posterior se colocó un anillo de tensión capsular, realizando facoaspiración del núcleo blando e implantando un lente intraocular plegable acrílico a través de una

* Centro Médico Puerta de Hierro. Boulevard Puerta de Hierro 5150-301 A. Col. Plaza Corp. Zapopan, 45116 Zapopan, Jalisco, México. Tel: 3338-4060. E-mail: drmaibanez@prodigy.net.mx

** Dra. Marcela F. Eugarríos Largaespada. Instituto de Oftalmología Loyola, De ENITEL Villa Fontana 2cN, 1cE. Managua, Nicaragua. Tel. (505) 278-6306, E-mail: gaudiumdei1@yahoo.es



Fig. 1. Se crean peritomías conjuntivales en los meridianos 2 y 8 para iniciar el tratamiento de la catarata traumática con anillo de tensión capsular, facoaspiración y colocación de lente intraocular.

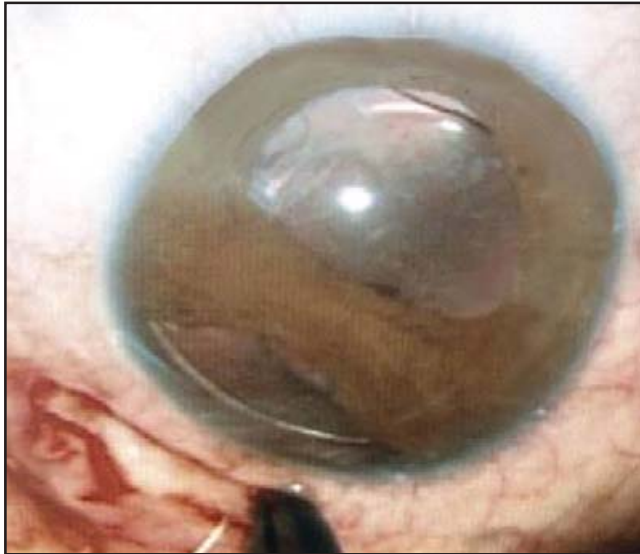


Fig. 2. En el meridiano 8, 1.0 mm posterior al limbo quirúrgico, se introduce la sutura de McCannell doble-armada con aguja de 17 mm.

incisión en córnea clara de 3.2 mm que queda sin sutura. Se dejó material viscoelástico cohesivo dentro de la cámara anterior en preparación para el próximo paso. Se continuó con una peritomía de conjuntiva con base fornix en el meridiano de la iridodiálisis (8) y a 180 grados de ésta (2) (Figura 1). Una vez aplicada diatermia epiescleral, se realiza una incisión 1.0 mm posterior al limbo quirúrgico con la ayuda de un compás en el meridiano de las 8, pasando con una sutura doble armada de polipropileno 10-0 y aguja recta de 17 mm de largo (Alcon SC-5, Fort Worth, TX, EEUU), a través de la base de la raíz desinsertada del iris (Figura 2). La aguja de 17 mm es transportada dentro de una aguja calibre 27 que entró a la cámara anterior en el meridiano de las 2 (Figuras 3 y 4) y, de esta manera, la aguja de 17 mm se exterioriza del ojo.

El procedimiento se repite a los 180 grados de la iridodiálisis (2), entrando la aguja de 17 mm en un sitio próximo al que se usó de salida (Figura 5), para ser nuevamente transportada dentro de la cámara anterior (Figura 6). La maniobra se puede repetir cuantas veces sea necesaria y dependiendo del tamaño de la iridodiálisis (Figura 7). Una vez que el último punto se ha hecho, la sutura se anuda sobre la esclera y se relaja la conjuntiva sobre esta (Figura 8).

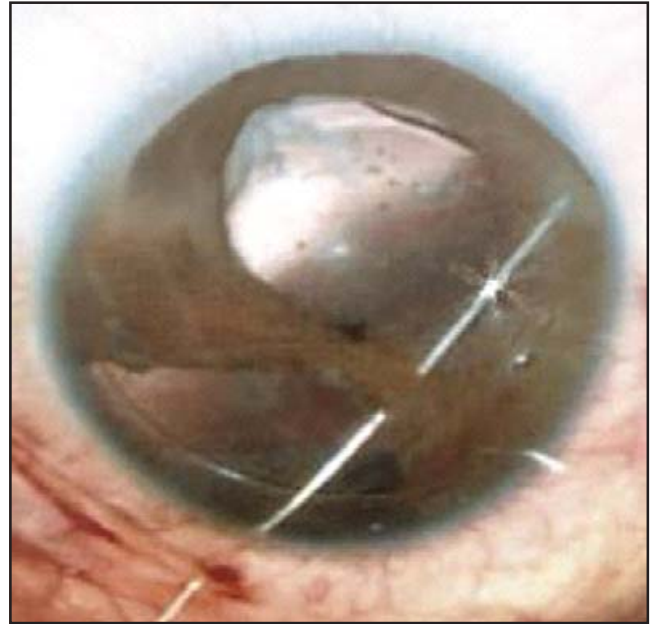


Fig. 3. La aguja de 17 mm se pasa a través de la base del iris.

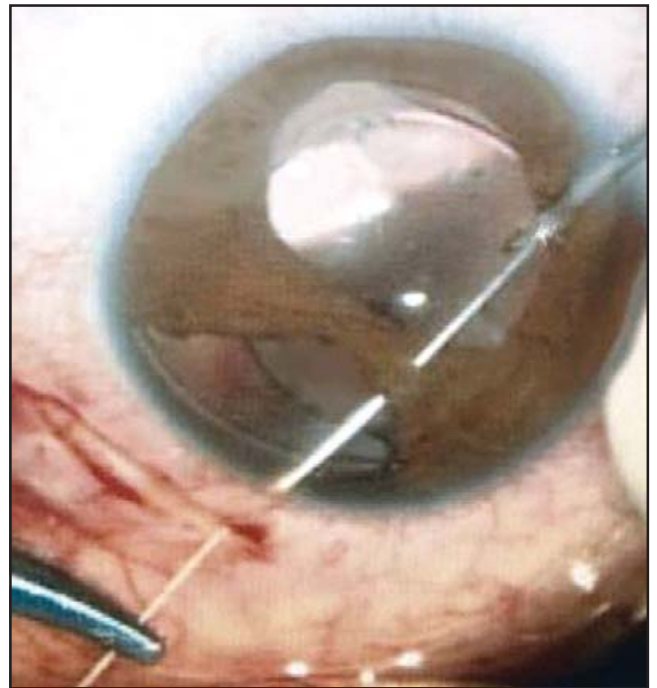


Fig. 4. Momento en que aguja de 17 mm con sutura de polipropileno 10-0 doble armada se introduce dentro de una aguja calibre 27 que entra a 180 grados de la anterior.

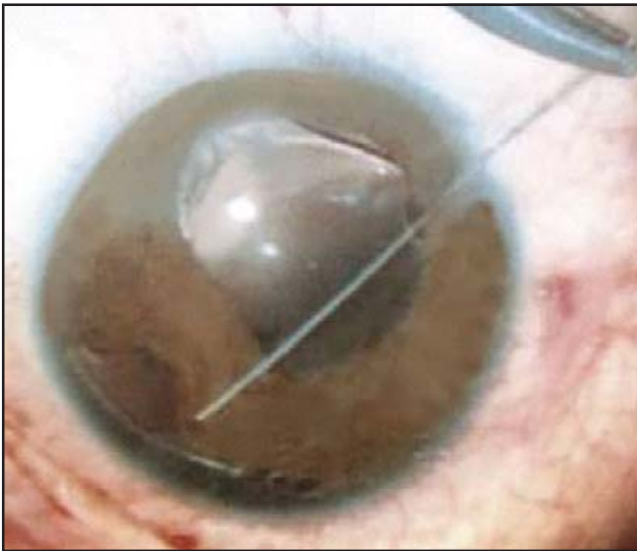


Fig. 5. El procedimiento se repite y la aguja de 17 mm perfora una vez más la base del iris.

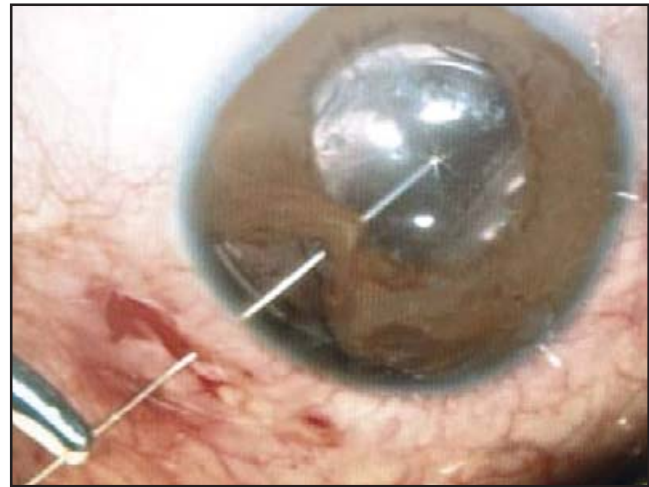


Fig. 7. Segundo pase de la aguja de 17 mm para completar la reparación de la iridodiálisis.



Fig. 6. La aguja de 17 mm sale en el meridiano 8 de la cámara anterior.

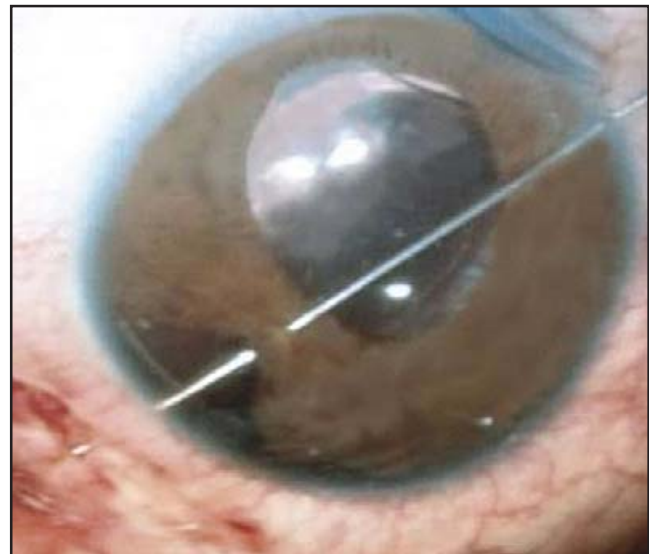


Fig. 8. La sutura se anuda sobre epiesclera y se relaja la conjuntiva bulbar.

DISCUSIÓN

A la semana del postoperatorio la agudeza visual del paciente fue de 20/50 con mínima inflamación sobre el área quirúrgica. Al mes de la cirugía, el paciente alcanzaba 20/30 con el ojo derecho. A los 6 meses el paciente mantenía la misma AV con mínima opacidad de la cápsula posterior, sin erosión tardía de la sutura, infección o alguna otra complicación.

El trauma ocular que conlleva a una catarata postraumática asociada con iridodiálisis de la mitad inferior del ojo requiere

una minuciosa atención quirúrgica con un mínimo de manipulación. Hace treinta y cinco años, este mismo caso se hubiera atendido de forma diferente y con probables resultados dudosos. Entonces la facoemulsificación era una opción quirúrgica novedosa, aún bajo prueba y desconocida para muchos. Las iridodiálisis se corregían con técnicas de amplias incisiones (4). Para finales de los años 70, McCannell ya había descrito su técnica con nylon 10-0 y aguja curva.

Las técnicas de pequeñas incisiones han experimentado su propia evolución desde que la primera fue publicada hace más de una década. Los colgajos esclerales son tallados y se utiliza una entrada a 180 grados del sitio de la iridodiálisis con una sutura de 10-0 polipropileno (6, 7). El tipo de aguja es según el gusto. En 1993, Zeiter (7) usaba una aguja unida a un inyector calibre 25 y de 3 cm. Wachler y Krueger (3) prefirieron, en 1996, usar la sutura de McCannell doble armada. Unos años des-

pués, Bardak (2) y Bhende (6) usaban ambas agujas rectas, pero el primero de 22 mm y calibre 26, y el último de 1 pulgada y calibre 30; ambos enhebraban sus agujas.

Nuestra técnica se diferencia de las demás en varios aspectos:

1. No se usan colgajos esclerales.
2. El sitio de entrada esta a la par de los meridianos de la iridodiálisis.
3. La aguja recta de 17 mm (enhebrada por el productor) se transporta en una aguja calibre 27.

Los colgajos esclerales no se usaron, porque al igual que Bardak y cols. (2) no hemos visto complicaciones por omitirlos. La sutura doble armada de McCannell es práctica ya que viene enhebrada y no hay peligro de que se separe la aguja de la sutura durante su manipulación. Wachler y Krueger (3) usan una técnica intracameral similar a la del autor, pero sin un transporte.

La aguja que se usa en esta técnica es económica, de fácil acceso en el mercado de insumos quirúrgicos y su tamaño de 17 mm la hace fácil y segura de maniobrar en la cámara anterior. En ningún momento se expone la sutura a la punta o filo de la aguja. En casos de iridodiálisis más extensas, la mayoría de autores usan varios pases de sutura para corregir el defecto, y creemos que el uso de sitios de entrada adyacentes son más fáciles de construir y menos frustrantes en usar que tratar de localizar perfectamente el punto de entrada de la

aguja cada vez que ésta tenga que entrar a la cámara anterior. En conclusión, esta técnica fue diseñada para ser práctica, segura, reproducible y de bajo costo; una viable alternativa con buenos resultados para un imprevisto incidente recreacional.

REFERENCIAS

1. Viestenz A, Küchle M. Retrospective analysis of 417 cases of contusion and rupture of the globe with frequent avoidable causes of trauma: the Erlangen Ocular Contusion-Registry (EOCR) 1985-1995. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2001; 218(10):662-9.
2. Bardack Y, Ozerturk Y, Durmus M y cols. Closed chamber iridodialysis repair using a needle with a distal hole. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26(2):173-6.
3. Wachler BB, Krueger RR. Double-armed McCannell suture for repair of traumatic iridodialysis. *Am J Ophthalmol* 1996; 122(1):109-10.
4. Paton D. Management of iridodialysis. *Ophthalmic Surg* 1973; 4:38-39.
5. Nunziata BR. Repair of iridodialysis using a 17-millimeter straight needle. *Ophthalmic Surg* 1993; 24:627-629.
6. Bhende P. Commentary of closed chamber iridodialysis repair using a needle with a distal hole. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26(9):1267-8.
7. Zeiter JH, Shin DH, Shi DX. A closed chamber technique for repair of iridodialysis. *Ophthalmic Surg* 1993; 24:627-629.