



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. agosto 2003; 7(2): 26-33

ARTÍCULO ORIGINAL

Complicaciones de la trabeculectomía como técnica quirúrgica en el glaucoma

Complications of the trabeculotomy as a surgical procedure in glaucoma

José Carlos Moreno Domínguez¹, Julián Delgado Pérez², Carlos Alberto Perea Ruiz³, Zenaida Torres Paz⁴, Gretel Delgado Martínez⁵.

¹Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. ²Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista de II Grado en Oftalmología. Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Médico residente de Medicina General Integral. Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio en 106 pacientes operados de Glaucoma Crónico Simple por la técnica de trabeculectomía en el servicio de Glaucoma del Hospital Abel Santamaría de Pinar del Río en el período entre 1996 y 2001. El comportamiento en cuanto a complicaciones fue similar en el control de la presión intraocular que evita la progresión del deterioro campimétrico en el glaucoma.

Descriptores DeCS: GLAUCOMA/cirugía, HIFEMA/ complicaciones, TRABECULECTOMÍA.

ABSTRACT

A sample of 106 patients who underwent an operation for simple chronic glaucoma is studied at Glaucoma Service of Abel Santamaría Hospital between 1996 and 2001. The behaviour about the complications was similar to those behaviours registered at previous literature. It was proved that this procedure is very effective for the control of intraocular pressure avoiding the increase of campimetric deterioration in glaucoma.

Subject heading: GLAUCOMA/surgery, HYPHEMA/complications, TRABECULECTOMY.

INTRODUCCIÓN

El glaucoma crónico simple constituye una de las principales causas de ceguera en el mundo y también en nuestro país, es una enfermedad de las edades media y avanzada de la vida, es bilateral y probablemente esté determinada por leyes genéticas controladas por herencia poligénica o multifactorial. Su signo más característico es el aumento de la presión intraocular y hacia un control de la misma es que va encaminado su tratamiento, ya sea disminuyendo la producción del humor acuoso y/o incrementando su salida. Muchas veces el control de dicha presión puede lograrse con tratamiento medicamentoso, pero en ocasiones esto no se consigue, o es necesario una sobremedicación para poder lograr su control, trayendo consigo molestias a los pacientes que en ocasiones llegan a abandonar el tratamiento y si a esto agregamos los posibles efectos colaterales que pueden ocasionar estas drogas, en muchos pacientes es necesario recurrir a tratamiento quirúrgico.¹

Muchas son las técnicas invocadas con el fin de detener el daño que está sufriendo el nervio óptico y con el advenimiento de la microcirugía se ha cambiado el enfoque terapéutico de esta enfermedad y cada día son más confiables y menos riesgosas las nuevas técnicas quirúrgicas.^{2,3} Por todo esto y por ser la trabeculectomía la operación antiglaucomatosa más realizada en nuestro medio, es que quisimos hacer un estudio de las complicaciones que pudieran presentarse con el uso de esta técnica, así como el resultado final alcanzado por estos pacientes, pudiendo de este modo valorar su utilidad.

MÉTODO

Se estudiaron los resultados de la trabeculectomía en 106 pacientes operados de glaucoma crónico simple, de pacientes que acudieron a la consulta de glaucoma del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Abel Santamaría de Pinar del Río, de forma aleatoria entre enero de 1996 y enero de 2001. Los criterios que se tuvieron en cuenta para la realización de la operación fueron: una PIO mayor de 21 mm Hg a pesar del tratamiento médico máximo tolerado, una PIO dentro de límites normales pero que necesitaban de inhibidores de la anhidrasa carbónica para su control, deterioro del campo visual, intolerancia o no cumplimiento del tratamiento médico.⁴

Los pacientes fueron operados de forma ambulatoria y en todos ellos la técnica anestésica y quirúrgica, así como el material de sutura fue idéntico y se realizó bajo magnificación. La apertura de conjuntiva fue con base en fórnix y el tamaño del colgajo escleral, la forma y el grosor así como el método de excisión del bloque de tejido corneo escleral fueron iguales.

Durante el postoperatorio fueron valorados al día siguiente, a los 7 días, a los 15 días, tomando este tiempo como corto plazo, luego se valoraron al mes y a los tres meses, considerando este tiempo como mediano plazo, y a partir de entonces y hasta el año como a largo plazo.

La terapia postoperatoria consistió en midriáticos ciclopléjicos, antiinflamatorios y antibióticos locales. Los resultados fueron reflejados en tablas y procesados mediante el paquete estadístico microstat.

RESULTADOS

Nuestro universo de trabajo esta constituido por 106 pacientes, 54 pertenecientes al sexo masculino para un 50.94 % y 52 pacientes al sexo femenino, correspondiéndoles un 49.06 % (tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual según sexo.

Sexo	No.	%
Masculino	54	50.94
Femenino	52	49.06
Total	106	100

Fuente: Archivo de H.C. del Hospital Abel Santamaría.

En cuanto a los grupos de edades vemos que el mayor número de pacientes, 42, se observa entre los 61 y 70 años, lo que supone un 39.62 % (tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual según grupos de edad.

Grupos de edades	No.	%
40 - 50 años	16	15.09
51 - 60 años	24	22.64
61 - 70 años	42	39.62
71 y más	24	22.64
Total	106	100

Fuente: Archivo de H.C. del Hospital Abel Santamaría.

Durante el tratamiento pueden presentarse complicaciones pre, trans y postoperatorias. En nuestro estudio no se presentaron complicaciones preoperatorias. Durante la operación se presentaron un total de 16 complicaciones, 12 de ellas debido a enfermedades generales, como la crisis de hipertensión arterial y la hipoglicemia que presentan el 11.21 % y solo 4 pacientes presentaron hifema para un 3.70 % (tabla 3).

Tabla 3. Complicaciones transtoperatorias.

Complicaciones	No.	%
Hipertensión arterial	8	7.51
Hipoglicemia	4	3.70
Hifema	4	3.70
Sin complicaciones	90	86.79

Fuente: Archivo de H.C. del Hospital Abel Santamaría.

En relación con las complicaciones postoperatorias observamos que a corto plazo las más frecuentes fueron la uveitis anteriores con 12 pacientes que representan un 12.32 %, siguiendo en orden de frecuencia la queratitis y la hipertensión ocular con 8 pacientes cada una de ellas para un 7.54 %. En cuanto a las complicaciones a mediano y corto plazo la hipertensión ocular ocupa el primer lugar con 20 pacientes para un 18.86 %, seguido de las cataratas con 16 pacientes que representan el 15.09 %. Entre las complicaciones a largo plazo, las cataratas ocupan el primer lugar con 16 pacientes que representan un 3.70 % (tabla 4).

Tabla 4. Complicaciones postoperatorias.

Complicaciones	Corto Plazo		Mediano Plazo		Largo Plazo	
	NO.	%	No.	%	No.	%
Uveitis	12	11.32	8	7.34	-	-
Queratitis	8	7.54	-	-	-	-
Hipert. Arterial	8	7.54	20	18.86	4	3.70
Hifema	4	3.70	-	-	-	-
Atalamia	2	1.88	-	-	-	-
Catarata	-	-	16	15.09	16	15.09

Fuente: Archivo de H.C. del Hospital Abel Santamaría.

La agudeza visual podemos ver que antes de la operación el mayor número estaba entre 0.2 y 0.5 con 56 pacientes para un 52.83 % y una AV media de 0.4 y después de la operación este grupo se mantuvo como el más numeroso con 52 pacientes para un 49.05 % y la AV descendió a 0.3 con visión de 0.1 o menor antes de la operación aparecen 20 pacientes que hacen un 18.86 % y después de la operación aumenta a 30 el número de pacientes con esa visión de 0.1 o menor para un 28.30 %.

DISCUSIÓN

Entre lo relacionado con el sexo podemos ver que la incidencia fue la misma para ambos sexos, lo que coincidió con la literatura revisada.⁵ En cuanto a la edad vemos que es más frecuente en las edades avanzadas de la vida y no encontramos pacientes menores de 40 años. Esto concuerda lo planteado por otros autores que reflejan el aumento del glaucoma después de 40 años de edad y sobre todo en las últimas décadas de la vida. En este caso existe una disminución después de los 70 años, que esta en relación con el promedio de vida en nuestro país. Durante el preoperatorio no observamos ninguna complicación, no así en el transoperatorio. De las complicaciones transoperatorias, 12 de ellas no son inherentes al acto operatorio, sino debido a las enfermedades generales que presentaban los pacientes como hipertensión arterial y diabetes mellitus, y solo 4 correspondieron a sangramientos en la cámara anterior debido a la realización de una iridectomía muy basal, que dañó vasos del círculo arterioso mayor del iris. Esta complicación cedió con reposo, sin ninguna consecuencia para el ojo. De acuerdo a la literatura, el hifema ocurre en un mínimo de casos, como en nuestro estudio, sin embargo otras complicaciones como ruptura del colgajo conjuntival o escleral encontrada por otros autores no se presentaron.⁶ Entre las complicaciones postoperatorias vemos que las más frecuentes fueron aquellas propias de la manipulación del globo ocular como fueron la uveitis y la queratitis, que evolucionaron muy favorablemente, desapareciendo algunas de ellas a los quince días y las demás antes de los tres meses. Los casos de hipertensión ocular están relacionados mucho de ellos con los procesos inflamatorios postoperatorios; señalados anteriormente, resolviendo la gran mayoría antes de los dos meses de operados, persistiendo solo 4 pacientes con hipertensión ocular que posteriormente fue controlada con tratamiento médico. También fueron observadas opacidad del cristalino que aparecieron a mediano plazo y que por supuesto permanecieron hasta un tratamiento quirúrgico. Es de destacar la baja incidencia de complicaciones en general y que no se presentaron complicaciones graves como la uveítis rebelde a tratamiento médico, ni procesos sépticos a nivel de la bula de filtración o endoftalmítis, ni desprendimiento coroideo o de retina, etc. reportados

por otros autores.^{7,8} Después de la operación se observa una disminución ligera de la agudeza visual, pasando la AV media de 0.4 a 0.3. Esta reducción se observada tras la cirugía puede ser atribuida a las alteraciones metabólicas y de nutrición del cristalino, originadas por la intervención. Muchos pacientes presentaban cataratas antes de la operación. El índice de progresión de la catarata esta de acuerdo con lo reportado por otros autores,⁹ sin embargo hay quienes plantean que la frecuencia de la misma en los glaucomatosos es la misma en los pacientes operados que en los no operados y el proceso sigue el mismo curso lento. Esto no presupone un deterioro visual permanente pues con la extracción del cristalino mejoraría, lo que no ocurre si el daño provocado por la PIO elevada se establece.¹⁰ Como podemos ver con la utilización de esta técnica quirúrgica se producen muy pocas complicaciones, siendo las más frecuentes la aparición de cataratas y el desarrollo más rápido de una opacidad ya existente, siendo el deterioro visual inducido por esta técnica, mínimo y se resolvería posteriormente de una forma relativamente fácil con la extracción del cristalino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becker B, Shaffer R. Diagnostico y tratamiento del glaucoma. Barcelona: 12ª Ed., 2000.
2. Cairns JE. Trabeculectomía. Reporte preliminar de un nuevo método. Am J Opht 1968; 66: 673.
3. Silva Felicio A. Paranhos Flavio RL. Trabeculectomía. Retalho conjuntival base limbo versus base fornix. Arq Bras Oftalmol 1994; 57 (1):51-53.
4. Sánchez Baños M, Piquillen C. Nuestra técnica y sus resultados en la Trabeculectomía. ASEO 1987; 53 (2): 173 - 176.
5. Simón JM. Glaucoma. Barcelona: Editorial Jims; 1973.
6. Marcos de la Huerga A. Trabeculectomía, revisión a los 2 años de la intervención. ASEO 1982; 43 (6): 626 - 29.
7. Gómez José Ivaro Pereira, Fernández Luis Henrique. Uso de membrana amniótica no tratamiento de complicacoes por trabeculectomía. Arq Bras Oftalmol 2001; (5): 1437 - 41.
8. Ventura Marcelo, Yamane Rinitiro. Trabeculectomy in primary glaucoma. Analisis of risks factors on surgery prognosis. Rev Bras Oftalmol 1995; 54 (12): 7 - 18.
9. Chandler and Grants. Glaucoma 3ª ed. Filadelfia: Lea & Febiger; 1996.
10. Janz NK, et al. Ophtalmology. 2001; 108: 1954 - 65.
11. Miquelis M, et al. Actualidades en el manejo de la glaucoma. Simposio Internacional CIMEQ; 1999.

Recibido: 6 de noviembre del 2002
Aprobado: 22 de mayo del 2003

Dr. José Carlos Moreno Domínguez. Calle Maceo No. 13. e/n Gerardo Medina e
Isabel Rubio. Pinar del Río. Cuba.
CP 20100