

11234  
2 of 33



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

*V. B.*  
*Ingeniero*  
*ca. 1982*  
*James*

**GLAUCOMAS COMPLICADOS MANEJADOS CON  
ESCLEROSTOMIA TERMICA.**

**ANALISIS RETROSPECTIVO EN 30 OJOS TRATADOS  
EN LA ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA  
EN MEXICO.**

**TESIS DE POSGRADO**

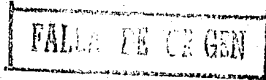
Que para obtener el título en la especialidad de:

**OFTALMOLOGIA**

Presenta el

**DR. LUIS TUEME**

México, D. F.



1982



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E:

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| INTRODUCCION Y ANTECEDENTES | 1  |
| MATERIAL Y METODOS          | 8  |
| MANEJO QUIRURGICO           | 11 |
| RESULTADOS                  | 14 |
| DISCUSION                   | 17 |
| CONCLUSIONES                | 24 |
| TABLAS Y GRAFICAS           | 27 |

## INTRODUCCION:

Los nuevos procedimientos quirúrgicos son a menudo introducidos y adoptados sin pruebas rigurosas de eficacia y confiabilidad, como en los casos de nueva introducción de drogas.

Y esto no escapa a la Cirugía de Glaucoma - teniendo la Esclerostomía Técnica un lugar bien ganado en las filtrantes clásicas.

Como antecedentes históricos en la evolución de la cirugía filtrantes; en 1818 Pierre y Antoine Demours demostraron que el principio de bajar la tensión del globo ocular era el manejo de glaucoma. La Primera Cirugía fué una esclerostomía en 1830 por William Mackenzie.

James Wardrop en 1808 había practicado repetidas paracentesis para el control tensional.

George Critchett en 1857 en la Ciudad de Londres presentó la cirugía de control de glaucoma - realizando la operación de Iridodesis siendo ésta un drenaje por "Inclusión de Iris".

Una Iridectomía basal fué idea de Albecht - Von Graefe también en 1867.

Louis de Wecker en 1869-71 realizó una esclerostomía anterior con vistas de aumentar el drenaje de acuoso.

Söjren Holth (1907) popularizó la inclusión de Iris con su técnica de Iridenclesis, que aún en la actualidad se sigue realizando con ciertas modificaciones.

Mas tarde la moda de realizar el drenaje por cauterización de la cicatriz en la esclera fué - realizada por Count Luigi Preziosi en 1924 de - Malta y elaborada por Harold Scheie en 1958 de - Filadelfia.

Leopoldo Heine en 1905 refirió la técnica de ciclodialisis por primera vez.

El cirujano Italiano De Vicentiis en 1893 - concibió la idea de abrir el conducto de Schlemm con un cuchillo introducido por cámara anterior - el intento no resultó debido que no veía donde - iba dicho corte. Esto fué mejorado por Otto Barkan en 1936-38 en San Francisco recibiendo el - nombre de goniotomía.

En las Esclerectomías, la descrita por La - grange en 1907, siendo modificada por varios autores en el sitio de corte o ampliación del mismo con iridectomía o inclusión del iris.

Elliot en 1909-32 también describió una técnica quirúrgica tomando su nombre como Trepanación corenoescleral de Elliot.

En la Literatura actual nos encontramos con trabajos que nos ayudaron para el mejor entendimiento de resultados y estadísticas para su comparación con las nuestras, así tenemos;

Duke y Greve en 1977 realizaron dos trabajos con el procedimiento de Scheie con doble colgajo conjuntival para el glaucoma simple.

Schimer y Williamson realizó trabeculectomía con cauterio sintetizando las dos ventajas de ambas técnicas quirúrgicas.

En 1973 Drance y Vargas realizaron un estudio comparativo de Trabeculectomía y Termoesclerectomía encontrando no mucha variedad o diferencia en los resultados de ambas técnicas. En el mismo año Frankela y Shaffer realizan un procedimiento de termoesclerectomía protegida.

En 1974 Mortada y Shoukry en Egipto tomaron el procedimiento de Scheie para glaucomas en áfacos mostrando buenos resultados.

En el año de 1975 Spaeth, Joseph y Fernandez realizaron estudios comparativos entre trabeculectomía y procedimiento de Scheie, y las conclusiones fueron: En la trabeculectomía los candidatos eran.

- 1.- Glaucomas malignos en el ojo contralateral.
- 2.- En Glaucoma crónico de ángulo cerrado dado que una iridectomía era considerada insuficiente.
- 3.- Glaucoma de alta presión donde la PIO que bajara no era esencial que fuera menor de 20mm. de Hg.
- 4.- Glaucomas de flujo bajo en el cuál se esperaba una evolución con cámara plana.
- 5.- En riesgo de endoftalmitis.
- 6.- Glaucoma secundario que respondiera pobremente a tratamiento médico.

Esto se traspolaba para indicaciones de termoesclerectomía como;

- 1.- Glaucomas donde se necesitaba presiones por debajo o promedio de 18mm. de Hg.
- 2.- Glaucomas secundarios rebeldes, aún a procedimiento quirúrgico.

En 1976 Tabbasa refiere en un artículo la - presentación de infecciones seguidas de cualquier cirugía filtrante, siendo estas muy bajas.

En el mismo año Stephens y Cinotten lanzaron una hipótesis de que la causa de catarata en cirugía filtrante con termocauterío era el alza de la temperatura por éste en la cámara anterior. - En igual tiempo O'Connell y Karseras refieren que la causa de la baja de visión secundaria a cirugía filtrante, eran los cambios en el cristalino, que se recuperaban totalmente después de una cirugía de extracción de catarata.



En 1978 Marion y Shiels realizaron un trabajo comparativo entre termoesclerectomía y esclerostomía de labio posterior obteniendo similitud en los resultados.

En 1979 Duke y Greve realizó estudio prospectivo en 4 años con el procedimiento de doble cól gajo en la cirugía de Scheie y los resultados fueron; Presión Intraocular que bajó de 33.8mm. de Hg. a 17.3mm. de Hg. sin terapia adicional, el 75% de las presiones intraoculares medias, bajo de más de 22m. de Hg. y al 91% controlado con medicamento adicional y en casos de baja de agudeza visual la causa en un 38% fué por catarata.

En el mismo año Bakker y Mauhu presentaron un trabajo de trabeculectomía vs. Cirugía de Scheie en glaucoma de ángulo abierto en Kenianos, refiriendo que las presiones intraoculares fueron similares, pero la Agudeza visual bajó más con el procedimiento de Scheie.

En 1980 Spreth mostró un estudio prospectivo comparando Scheie con Trabeculectomía clásica modificada por Watson, encontrando un porcentaje mayor de cámaras planas con el Scheie, pero a largo plazo las presiones intraoculares eran más sostenidas y por debajo de 16mm. de Hg. con dicho procedimiento de Scheie siendo que con la trabeculectomía se tenía un promedio de 22mm. de Hg.

Por último en el año pasado o sea 1981 Blondeau y Phelps volvieron a repetir el estudio de trabeculectomía vs. Termoesclerectomía con similares resultados.

## MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México. En el período comprendido entre el 23 de Agosto de 1974 hasta el 20 de Enero de 1981.- En este lapso de tiempo se tomaron a estos pacientes desde su ingreso a este Hospital aunque en esa fecha no hayan sido tributarios del estudio que nos compete.

Los Pacientes que entraron a nuestro estudio tuvieron ciertas características que a continuación se enumeran:

- 1.- Que hubieran sido refractarios a tratamiento Médico máximo, o tolerado por ellos.
- 2.- Antecedente quirúrgico fallido, ya hubiera sido por trabeculectomía y/o goniotomía o algún otro tipo de cirugía que hubiera sido la causante de producción de glaucoma como por ejemplo una extracción de catarata.
- 3.- Se aceptaron sin cortapisa los globos oculares en mal estado, tales como glaucoma absoluto por lo tanto el rango de agudeza visual era desde no percibir luz hasta visión de 20/50.
- 4.- La Edad tampoco se tomó como característica importante para su aceptación en el estudio.

Se Obtuvieron 24 pacientes que sumaron 30 - ojos, para la totalidad de los eventos quirúrgicos analizados en esta tesis. (ver Tabla 1.).

La Edad mínima que se tuvo fué de 11 meses - y la máxima de 80 años; Por lo cuál se dividió - en dos grupos tomando como referencia el tipo de glaucoma que son los que mejor resolvería y explicaría los resultados obtenidos fue en: Glauco ma Congénito como primer grupo y en segundo grupo el Glaucoma del adulto.

Por lo tanto la respuesta de la cirugía filtrante en su fisiología y en las complicaciones - diferían substancialmente.

El Primer Grupo fué de 0 a 30 años de Edad - en los cuáles, se encontraban los diagnósticos - tales como; Glaucoma congénito, glaucoma congéni to secundario, glaucoma secundario de múltiples - causas tales como traumatismos, esteroides, etc. (ver Tabla 2).

Y en el segundo grupo en los que se encontra ban pacientes que oscilaban entre los 30 a 60 - años o más, los cuáles tenían diagnósticos tales como; Glaucoma crónico simple, glaucoma secundaria a diversas causas, glaucoma absoluto, glauco mo crónico de ángulo cerrado y glaucoma agudo - secundario. (ver Tabla 3).

Como se notó las divisiones realizadas fueron necesarias; ya que en el grupo que abarcaba desde el nacimiento hasta los adultos jóvenes se presentaba una variedad de glaucomas mientras - que en el grupo de los adultos y pacientes seniles nunca se hubieran presentado, tales como el glaucoma congénito o viceversa como glaucomas secundarios a catarata intrumecente.

Las Presiones Intraoculares con las que se ingresaron a los pacientes en el presente estudio y con las que finalizaron al término de su observación, junto con el diagnóstico de base y aunado a este las complicaciones en el postoperatorio son analizadas, junto con los fracasos en el control de la Presión Intraocular. (ver Tabla 4).

### MANEJO QUIRURGICO:

La Indicación quirúrgica como anteriormente se había dicho era de cirugía filtrante tipo - Scheie y era principalmente para reestablecer la presión intraocular en valores normales, teniendo como valor normal una cantidad de 18mm. de Hg. para que entrara en las normas más estrictas.

En estos ojos que aparentemente no existía otro tipo de posibilidad médica y/o quirúrgica - excepto la crioterapia, o en los que se veía con mucho temor otra falla quirúrgica con cirugía - filtrante como en pacientes que tenían exceso de fibrosis en los tejidos que presentaban desaparición de bula o una vesícula quística o que tenían como antecedente 2 cirugías anteriores para control de glaucoma.

Las Intervenciones quirúrgicas fueron realizadas casi en su totalidad por un mismo equipo - quirúrgico. Los cuidados preoperatorios fueron - una sedación ligera, una hora antes del acto quirúrgico, La Anestesia practicada fué Xylocaina - al 2% de tipo O'Brien y Retrobulbar.

Para la Operación se colocó una pinza de fijación en el tendón del músculo recto superior - usando ésta para la rotación del globo ocular.

El Colgajo base limbo se realizó acompañado de cápsula de Tenon y conjuntiva, teniendo como diámetros antero-posterior 5mm. y una anchura de 15mm. aproximadamente.

La Localización del colgajo fué principalmente lateral y superior. El Tejido Epiescleral fué disecado con escarificador y cauterización de vasos epiesclerales sangrantes con cauterio eléctrico.

Una insicisión penetrante con bisturí hoja - 15, se realizaba en sitio elegido. Siendo ésta - cuando era en el sector superior en la unión de la córnea con la esclera, Y cuando era lateral a 1mm. por detrás del limbo quirúrgico.

Posteriormente con el cauterio eléctrico que se dejaba al rojo vivo, se aplicaba éste sobre - el labio posterior de la incisión que se había - marcado previamente con el bisturí. Se profundizaba hasta penetrar a la cámara anterior. El siguiente paso era realizar una iridectomía basal del iris que se prolapsaba espontáneamente, en - caso que no sucediera esto, se tomaba el iris en su raíz con una pinza extrayendo parte de éste - realizando una iridectomía basal. Se reformaba - la Cámara Anterior con Aire.

Después de todo, se suturaba la conjuntiva - junto con la cápsula de Tenon, con un surgete -

continuo con seda 7-0. Aplicándole una gota de - antibiótico de corticoide tipo prednisona y atropina al 1% tópicamente.

Se colocaba un parche oclusivo, dejándoles - hospitalizados durante las siguientes 24 horas.

Revisándose terminando ese período, dándose - de alta con medicamentos tales como antibiótico - corticoide tipo prednisona y atropina al 1%. el - corticoide y el antibiótico se aplicaba 4 veces - al día y la atropina al 1% dos veces al día.

Se les citaba a los dos días, 4 días, 8 días - dos semanas, un mes, tres meses, posteriormente - cada 3 meses hasta cumplir un año de observación.



## RESULTADOS:

En el grupo de pacientes que oscilaron entre los 0 y 30 años de los cuales se estudiaron 15 - ojos, se obtuvieron 11 ojos con presiones por de**ba**jo de 18 mm. de Hg. y por arriba de ésta cifra, dándonos un control tensional en el 71% de los - ojos.

Presión Intraocular teniendo una Inicial - promedio de 43.36mm. de Hg. y obteniendo una Presión Intraocular Final de 17.93mm. de Hg.

La Edad promedio fué de 13.6 años.

El período de observación de 12.12 meses.

Se encontró en este grupo de pacientes 2 los que se habfan diagnosticado como glaucomas congénitos que rebasaban una presión intraocular de - 60mm. de Hg. bajando las tensiones a menos de - 18mm. de Hg. con gran facilidad, aún a pesar de- ser algunos glaucomas congénitos secundarios asociados a un Síndrome de Stüger-Weber y a una Anomalía de Peter. Estos diagnósticos como ya sabemos son ojos con mal pronóstico por ser reaciosal control médico y/o quirúrgico, sin embargo, - en este estudio se comportaron excelentemente.

Las complicaciones en este grupo de pacientes fueron en dos ojos que fueron refractarios al manejo con esclerotomía Térmica. Los cuales analizaremos brevemente:

Un niño de 8 años que ingresó con una presión intraocular de 44mm. de Hg. con diagnóstico de glaucoma secundario a traumatismo, la presión intraocular en el postoperatorio descendió a 38mm. de Hg. pero éste ojo tenía sinequias múltiples de iris por lo que nunca bajó más presión en el período de observación.

El otro paciente reacio al control de la presión era una mujer de 19 años con presión intraocular de ingreso de 54mm. de Hg. y diagnóstico glaucoma secundario a traumatismo, que en el postoperatorio evolucionó con cifras tensionales de 47mm. de Hg. al final, porque en el período comprendido entre el postoperatorio inmediato y una segunda cirugía que se realizó (siendo ésta una capsulotomía posterior), se mantuvo la presión intraocular 15mm. de Hg. y como consecuencia de dicha cirugía se descontrolaron las cifras tensionales.

En el Grupo de pacientes que se encontraban entre los 30 a 60 años o más se obtuvieron 12 pacientes con análisis en 15 ojos, con una edad promedio de 54 años, teniendo como presión intraocular inicial promedio de 40.73mm. de Hg. y la final promedio de 18.4mm. de Hg. siendo el rango de la disminución tensional entre 52mm. de Hg. -

hasta 9mm. de Hg. con medida de 21.5mm. de Hg. -  
El período de observación de este grupo fué un -  
promedio de 13.53 meses (ver Tabla 4).

### DISCUSION:

Se ha dicho que ésta Técnica quirúrgica es muy - fácil tanto desde el punto de vista técnico como en el pedagógico (1). Se dice que es fácil debido a los pasos de que consta el proceso; pero la facilidad es relativa, y únicamente comparada - con otros procesos.

Nos encontramos en ocasiones que la técnica en pacientes con ojos ya operados el principal - problema era la escarificación del colgajo conjuntival y el sangrado que se producía con dicha maniobra.

El Prolapso del Iris que se refiere como presentación espontánea, terminando de realizar la - termo incisión a nivel de córnea y esclera en su unión, en varias ocasiones no sucedió esto a pesar de la maniobra de presionar el labio posterior de la herida para que con esto se presentara, pero notamos que cuando la incisión era superior se presentaba y cuando era temporal había que tomarlo con pinzas de Iris. El tamaño de la Iridectomía es pequeño por lo general.

Aunque en la Literatura Médica actual se le han hecho modificaciones al procedimiento de - Scheie clásico, A veces se ha tomado como manejo único quirúrgico en cierto tipo de glaucomas - (2-5).

Las Variaciones en la Técnica han sido del tamaño de la incisión, a veces combinado con otra técnica, como por ejemplo dejando el colgajo superior de esclera para protección de no tener cámaras planas. En otro tipo de variante los bordes de la herida se amplían ya sea en el labio anterior o el posterior, o a veces en el número de incisiones.

Con respecto a el tipo de glaucomas se le ha dado énfasis en el glaucoma juvenil, también en el glaucoma de baja tensión y por último en el glaucoma secundario principalmente en afaquia (5-19). Pero siempre, aún con sus variantes se han tenido los mismos buenos resultados.

El manejo del postoperatorio inmediato fue aplicando antibióticos, corticoides y midriáticos, todo esto encaminado a la buena evolución del procedimiento (20).

Nosotros hemos visto que con el manejo aséptico del procedimiento no es muy necesario administrar antibiótico terapia. Con respecto a los corticoides como manejo antiinflamatorio, se tienen buenos resultados evitándose secuelas como sinequias anteriores y posteriores de iris, ayudado por un midriático como lo es la atropina al 1%.

Las complicaciones tempranas (5-19) que se refieren en los artículos que revisamos conllevan que conforme mejore la habilidad quirúrgica y la tecnología moderna disminuirán al máximo. Con esto me refiero principalmente a las cámaras planas, presentándose como principal causa el exceso de filtración, el cuál se maneja con parche compresivo, la duración de este cuadro fué de aproximadamente 3 días, pero cuando persiste dicha cámara plana hay que ver que la probable causa de la misma sea un desprendimiento coroidal, el cuál tiene otro tipo de manejo según el tiempo de duración.

Las complicaciones tardías de tipo catarata y endoftalmitis (23-25), se encuentran en casos muy aislados, y en nuestra casuística no fueron estudiados.

Los Pacientes en este estudio retrospectivo como dice el título de la tesis, eran pacientes con glaucomas complicados, ya sea por antecedentes quirúrgicos tales como goniotomía y/o trabeculectomía siendo ésta última en la mayoría de los pacientes.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio quirúrgico fué la impresión de efectividad en la baja de la presión intraocular.

Se encontró la facilidad de la técnica quirúrgica y su fácil enseñanza, aunado a esto la rapidez en su realización. Era bien asimilada por los residentes en su entrenamiento quirúrgico únicamente resaltando el cuidado con el colgajo conjuntival, eligiendo bien el sitio de entrada a la cámara anterior, después de haber hecho una hemostasia gentil, no dejar la incisión en forma de embudo, o tocar estructuras con el cauterio tales como el iris, o cuando se realiza la iridectomía al extraer el iris no pinzar la capsula anterior de cristalino.

El parámetro principal que se tomó para la valoración de esta técnica fue la presión intraocular, debido que los otros parámetros tales como agudeza visual en algunos pacientes llegaba a percepción de luz y por lo tanto los campos visuales quedaban sin ningún valor.

Las Presiones Intraoculares que se obtuvieron fueron muy satisfactorias ya que estuvieron por debajo de 18mm. de Hg. y fueron sostenidas a lo largo del período de observación con muy poca variante.

Con respecto a las vesículas filtrantes éstas fueron; amplias y de aspecto carnososo con esto nos referimos que el tipo de vesícula en su aspecto externo va aparejado a su funcionamiento. En este trabajo el tamaño de vesículas era grande, extenso pero aceptado cosméticamente.

La inflamación en el postoperatorio insistimos fué mínima, nosotros referimos o pensamos - que la causa principal para la poca presentación de inflamación se debe a lo depurado de la técnica y su rapidez, por lo tanto menos trauma. Ayudado por supuesto de medicamentos tipo corticoide y midriático que nos mejoran el panorama.

Los Resultados de este estudio clínico retrospectivo, confirma la impresión de los investigadores previos a su efectividad como procedimiento para disminuir la Presión Intraocular.

Se bajó la presión intraocular debajo de 18mm. de Hg. en un gran porcentaje.

Con respecto a la "facilidad" de la técnica y su enseñanza, es debido a que en un hospital especializado en oftalmología se manejan técnicas diversas y sofisticadas que comparativamente en el entrenamiento propio del personal se encuentra ésta "facilidad".

La baja tan grande de la presión intraocular es una ventaja enorme en pacientes con pérdida de campo visual por daño papilar, en pacientes con glaucoma de baja tensión o en pacientes en los que se piensa que es necesario bajarlos por debajo de los 18mm. de Hg.



Sin embargo el procedimiento no queda libre de la posibilidad de hipotonía sostenida y la - formación de catarata, que en nuestro estudio - únicamente se presentó lo primero como cámara - plana resolviéndose satisfactoriamente, lo segundo o sea la catarata no se estudió.

Se ha referido la pérdida de agudeza visual - en una o dos líneas al practicarse cualquier tipo de cirugía filtrante, en nuestro estudio fué difícil tomar este tipo de parámetro, debido a las complicaciones previas de dichos ojos y al tipo de hipótesis de estudio.

Nuestra finalidad principal era demostrar - que existe otro camino a seguir en ojos en los que se ha fracasado tanto en su manejo médico como en el quirúrgico, principalmente refiriéndonos a la trabeculectomía, en una o varias ocasiones.

Esto es debido a que en el tiempo comprendido en este estudio, se realizaba en el Hospital - este tipo específico de cirugía filtrante para - el control tensional del glaucoma.

Se hace necesario enfatizar en lo que se refiere a las complicaciones postoperatorias que - en nuestro estudio no se tomó como dato importante por la mínima presentación de éstas y así reafirmar la facilidad técnica de la realización y de enseñanza para la gente que se inicia en este

campo apasionante del Glaucoma.

Otros autores refieren por diferentes estudios tanto en la facilidad del procedimiento como por el nivel de enseñanza en cirujanos jóvenes.

Todavía quedan dudas debido a que en este procedimiento los estudios que se realizan son comparándolo con la Trabeculectomía.

Nosotros inferimos que este tipo de cirugía filtrante toma su nivel propio de utilización realizándose como se ha realizado un estudio retrospectivo, tomando sus resultados como una alternativa más para el manejo de la presión intraocular alta recalcitrante a otro tipo de manejo.

La comprobación es el tiempo de observación más extenso que corroborarán estos datos.

### CONCLUSIONES:

- 1.- Cirugía Filtrante fácil y sencilla.
- 2.- Puede abarcar todo tipo de glaucomas que no respondan a terapia medicamentosa máxima.
- 3.- Las complicaciones a las que se refieren la Literatura Médica y nuestro trabajo, pueden ser evitados teniendo un manejo depurado y metucioso.
- 4.- En nuestro trabajo los glaucomas congénitos fueron los que mejor respondieron a la técnica quirúrgica.
- 5.- Los Glaucomas Secundarios principalmente los secundarios a afaquia y los traumáticos de cierta magnitud son los que más dificultad para bajar la presión presentaron.
- 6.- Se propone como técnica quirúrgica, para aquellos pacientes que han sufrido varias cirugías antiglaucomatosas frustradas.

**TABLA 1**

**NUMERO DE PACIENTES CON DATOS GENERALES**

|  |  |
|--|--|
| Número de Pacientes                            | 24   |
| Número de ojos                                 | 30   |
| Promedio de Presión Intraocular Inicial de Hg. | 43.04mm.   |
| Promedio de Presión Intraocular Final de Hg.   | 18.15mm.   |
| Período de Seguimiento                         | 16 meses   |
| Promedio de baja Tensional                     | 24.89mm. Hg.   |
| Diagnósticos                                   | Glaucomas Congénitos 6<br>Glaucomas Secundarios 11<br>Glaucomas Simple 8<br>Glaucomas Absoluto 1<br>Glaucoma de Ang. Cerrado 3<br>Glaucoma Agudo 1 |

## TABLA 2

PACIENTES ENTRE 0-30 AÑOS.

Son 12 Pacientes

Son 15 ojos

PIO promedio Inicial 45.36mm. de Hg.

PIO promedio Final 17.92mm. de Hg.

Antecedente Quirúrgico en 8 pacientes (4 trabeculectomías y 3 goniotomías y una capsulectomía).

El Tiempo de seguimiento promedio fué de 12.13 - meses

Diagnóstico: 1 paciente glaucoma congénito en -  
ambos ojos  
1 paciente glaucoma congénito un -  
ojo  
1 paciente glaucoma congénito aso-  
ciado a un Síndrome de Sturge-We-  
ber en un ojo  
1 paciente con glaucoma congénito-  
asociado a una Anomalía de Pe- -  
ters. en ambos ojos

## TABLA 3

PACIENTES ENTRE LOS 30 A 60 AÑOS O MAS

Número de pacientes 12

Número de ojos 15 ojos

Promedio de Presión Intraocular Inicial 50.73mm. Hg.

Promedio de Presión Intraocular Final 18.4mm. de Hg.

Antecedente de cirugía 4 trabeculectomías y una extracción de catarata.

Diagnósticos. Glaucoma crónico simple en 8  
Glaucoma secundario 2  
Glaucoma absoluto 1  
Glaucoma crónico de ángulo cerrado en 3  
Glaucoma agudo secundario 1

Tiempo de observación promedio de 13.53 meses

TABLA 4. COMPLICACIONES

Paciente de 54 años con presión intraocular inicial de 30mm. de Hg. y presión intraocular final de 22mm. de Hg. y diagnóstico de glaucoma crónico simple con hipema de 2mm. con duración de 7 - días manejo médico; atropina.

Paciente de 56 años con presión Intraocular inicial y presión intraocular final 18mm. de Hg. - con diagnóstico de Glaucoma crónico simple.

Cámara estrecha durante 3 días manejo; parche - compresivo

Paciente de 59 años con presión intraocular inicial de 26 y presión intraocular final de 22mm. - de Hg. diagnóstico glaucoma crónico simple Cámara estrecha durante 3 días manejo; parche compresivo

Paciente de 80 años con presión intraocular inicial de 58mm. de Hg. y presión intraocular final de 52mm. de Hg. diagnóstico de glaucoma afáquico manejo; se programa para segunda intervención.

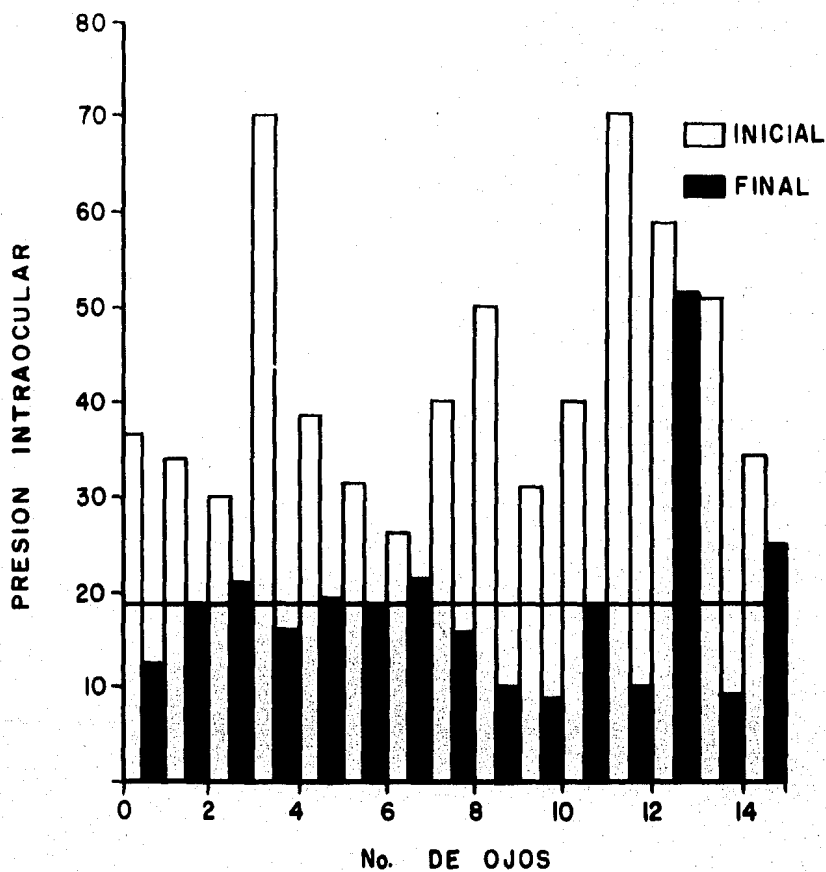
Paciente de 19 años con presión intraocular inicial de 33mm. de Hg. y presión intraocular final de 47mm. de Hg.

ESTA TESIS NO DEBE<sup>29</sup>  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Diagnóstico glaucoma secundario a traumatismo -  
Manejo; segunda intervención.

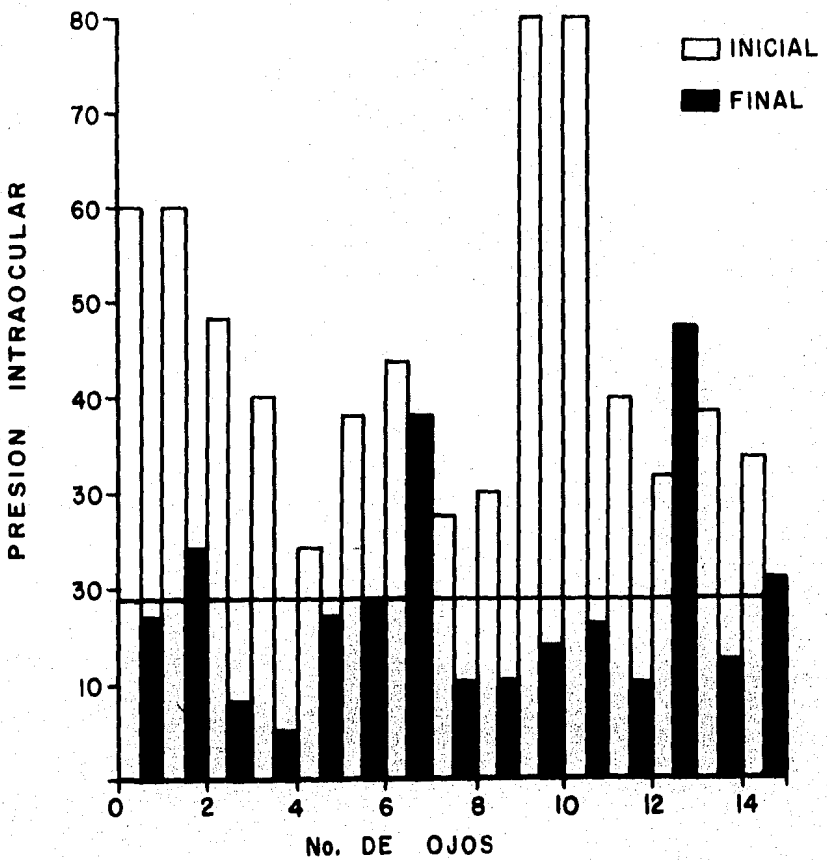


PRESION INICIAL Y FINAL EN  
 EDADES DE 0-30 AÑOS.



GRAFICA 1

PRESION INICIAL Y FINAL EN  
 EDADES DE 30-60 AÑOS O MAS.



## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Schimek RA; Williamson WR.  
Ophthalmica Surg. 1977 Feb; 8 (1): 35-9
- 2.- Polychronakos D.J.  
Modification of Scheie's Fistulizing operation for Glaucoma.  
Arch. Ophthalmol Jun 68;79 (6):736-7
- 3.- Anwar M.  
Modifications of Scheie's Operation  
Br. J. Ophthalmol Apr 70;54(4) :269-72
- 4.- Jack MK  
Modified Scheie procedure for aphakic glaucoma  
Eye, ear, Nose, Throat Mon Apr 72;51 (4);  
139-41
- 5.- Marion JR; Shields MB  
Thermal Sclerostomy and posterior lip sclerectomy: a comparative study.  
Ophthalmic Surg 1978 Dec; 9(6) : 67-75
- 6.- Douglas WH; Ramsell TG  
Results of preoperative antiglaucomatous treatment and of Scheie's Operation  
Br. J. Ophthalmol Jul 69;53 (7) :472-6
- 7.- Sofranko JE  
Clinical Results of the Scheie procedure in glaucoma  
Surg. Forum 1971;22:470-1

- 8.- Shaffer RN; Hetherington JR; Hetherington J JR; Hoskins Jr.  
Guarded Thermal sclerostomy - a preliminar - report.  
Trans Am Ophthamol Soc 1971;60:141-6.
- 9.- Shaffer RN; Hetherington J Jr; Hoskins HD Jr.  
Guarded Thermal Sclerostomy.  
Am J Ophthamol Oct 71; 72(4) :769-72
- 10.- Drance SM; Vargas E.  
Trabeculectomy and Thermosclerectomy: a com-  
parasion of two procedures.  
Can J Ophthamol Jul 73;8(3):413-5
- 11.- Frankelson EN; Shaffer RN; Heteherington J -  
Jr Guared thermal sclerostomy.  
Can J Ophthamol Apr. 73;8(2):330-3
- 12.- Viswanathan B; Brown IA  
Peripheral Iridectomy with scleral cautery -  
for glaucoma Arch Ophthamol Jan 75;93(1); -  
34-5
- 13.- Schimek RA; Williamson WR.  
Trabeculectomy with cautery  
Ophthamic Surg 1977 Feb;8(1):35-9
- 14.- Dake CL; Greve EL  
Double Flap Scheie (A prospectiva study of -  
an external Filtering operation in glaucoma-  
simple)  
Doc Ophthamol 1977 28 Feb; 42(2):352-64

- 15.- Francois J  
Combined Operation for cataract and glaucoma  
*Ophthalmologica* 1978;177(3):158-67
- 16.- Singh D  
Clinical Evaluation of Scheie's Operation -  
in glaucomatous eyes.  
*J. Indian Med. Assoc* 1978 16Apr;70(8):175-7
- 17.- Greve EI; Dake CL  
Four Year Follow-up of a glaucoma operation.  
Prospective study of the double Flap Scheie.  
*Int Ophthalmol* 1979 Jul;1(3):139-45
- 18.- Spreth GL  
A Prospective controlled study to compare -  
the Scheie procedure with Watson's trabecu-  
lectomy.  
*Ophthalmic Surg* 1980 Oct; 11(10):688-94
- 19.- Blondeu P. Phelps Ch. Trabeculectomy vs. -  
Thermoesclerostomy *Arch. Ophthalmol* 1981;99:  
810-16
- 20.- Sollom AW; Pearce JL; Rubinstein K.  
Scheie's Operation with sub-conjunctival De-  
pomedrone.  
*Ophthalmologica* 1969;159(1):142-51
- 21.- Spaeth GL; Joseph NH; Fernandea E.  
Trabeculectomy: a reevaluation after three-  
years and a comparasion with Scheie's Proce-  
dure *Trans Am Acad. Ophthalmol Otolaryngol* -  
Mar-Apr 75;79(2):OP349-61

- 22.- O'Connell EJ; Karseras AG.  
Intraocular Surgery in advanced glaucoma  
Br J Ophthalmol 76;60(2) :124-31
- 23.- Tabbara KF  
Late Infections following filtering proce--  
dures Ann Ophthalmol Oct 76;8(10):1228-31
- 24.- Stephenes G; Cinotti A; Freeman FR; White -  
H; Barasch R.  
Is the increase of the temperature in the -  
thermofistulizacion Operation of Scheie so-  
high as to cause cataract.  
Ann Ophthalmol Sep 76;8(9):1067-8
- 25.- Freedman J; Gupta M; Bunke A.  
Endophthalmitis after Trabeculectomy  
Arch. Ophthalmol 1978 Jun; 96(6):1017-8
- 26.- Mortada A; Shoubry  
Scheie Operation for aphakic glaucoma  
Bull Ophthalmol Soc Egypt 1974; 67:97-101