

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS



7° SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

27/JUNIO/2020



COLOCACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR

La implantación de una lente intraocular es una solución por la que optan cada vez más personas a la hora de tratar sus problemas visuales agudos, principalmente los que se producen por efecto de la presbicia o las cataratas.

Estas dos enfermedades tienen una característica en común: aparecen en casi todos los casos como consecuencia de la edad, es decir, afectan a pacientes que han sobrepasado el umbral de los 45 años y tienden a agudizarse conforme pasa el tiempo.

Aplicación de la anestesia: local

Durante la intervención, el equipo médico emplea anestesia local en forma de gotas (anestesia tópica).

Incisión y preparación de la lente:

A continuación, el cirujano realiza una pequeña incisión de 2,8 mm y coloca la lente intraocular en un inyector, que facilita el implante de la lente en la ubicación correcta.

Implantación de la lente:

Con la ayuda del inyector del paso 3, el cirujano pone la lente intraocular sobre el borde de la incisión que ha realizado y acto seguido la introduce en el ojo y la inserta en la posición deseada. El sitio exacto en el que se implanta es entre la córnea y el cristalino, el cual permanecerá o no en su posición natural teniendo en cuenta el tipo de lente que se ha implantado.

Limpieza y sellado de la incisión:

Una vez hecho esto, el especialista se prepara para limpiar la zona intervenida mediante una cánula de irrigación-aspiración. De este modo se retiran todos los restos que hubiesen podido ingresar en el ojo durante la operación. En cuanto a la incisión

Antibióticos:

Tan pronto ha finalizado el procedimiento, el cirujano aplica gotas antibióticas o antiinflamatorias para evitar molestias y dolores en las próximas 24 horas.

CORRECCIÓN DE DIOPTRÍAS

La cirugía refractiva es la solución definitiva para diversas patologías, denominadas defectos refractivos (miopía, hipermetropía y astigmatismo). La cirugía refractiva permite conseguir una correcta visión sin necesidad de gafas o lentes de contacto. El láser, con su precisión, permite tallar la córnea, adecuar su curvatura eliminando las cantidades de tejido corneal necesarias y modificar la refracción ocular para conseguir el correcto enfoque de la imagen en la retina.

La técnica LASIK es la más común. El láser excímer es el apropiado para tratar miopías de entre 1 y 10 dioptrías e hipermetropías de entre 1 y 5 dioptrías, con o sin astigmatismo.

Consiste en el tallado y remodelación con el láser del espesor del tejido de la córnea, en función del defecto y del número de dioptrías a corregir.

La intervención se efectúa en pocos minutos, sin ningún dolor, gracias a la anestesia tópica (por medio de gotas) y sin necesidad de ingreso.

El primer paso es desinfectar la zona operatoria mediante povidona yodada o con clorexidina. Preparar el campo quirúrgico y proceder a la anestesia de la zona mediante el uso tópico de gotas.

Colocar el anillo de succión sobre el globo ocular.

Se crea un disco corneal incompleto mediante un aparato conocido como microqueratomo automático o mediante láser de femtosegundos. Este proceso puede ser mínimamente molesto pero no doloroso.

Retiramos el disco corneal y comenzamos el tratamiento con láser EXCIMER, éste proceso es totalmente indoloro.

Limpia la zona de posibles restos y reposicionar el disco.

Incrementamos la adhesión del disco mediante el secado de la interfase.

Colocamos gotas de antibiótico y antiinflamatorio.

ENUCLEACIÓN

La enucleación es la extracción total del globo ocular

Este tratamiento se realiza en quirófano de forma ambulatoria.

Durante la operación, el cirujano extrae el globo ocular del paciente e introduce un implante del mismo tamaño en su lugar para evitar que la cavidad oftálmica se quede sin volumen. El cirujano ocluye el ojo del paciente durante 24h, el paciente debe además, seguir un tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

Indicaciones para la enucleación:

En el caso de tumores malignos intraoculares, la cirugía contemporánea ha proporcionado técnicas que permiten, en determinadas condiciones, tratar pequeñas masas tumorales sin tener que extraer el bulbo ocular; por ejemplo: la termoterapia transpupilar aplicada a diminutos melanomas de coroides.

La terapia con placa de radiación (braquiterapia) es más comúnmente utilizada en pacientes con melanoma coroideo y del iris para conservar el ojo; al morir las células cancerosas, el tumor disminuye de tamaño, pero no suele desaparecer por completo.

Efectuar hoy en día la enucleación o evisceración depende de la indicación específica y de la preferencia del oftalmólogo.

Peritomía conjuntival 360°, con dos descargas laterales. Es importante preservar la mayor cantidad de conjuntiva posible.

Toma de músculos, y liberación de los mismos previo pasaje de sutura de tracción.

Dissección roma de la Tenon por detrás del globo ocular, intentando liberar adherencias.

Neurectomía previa tracción del globo ocular, eliminando si es posible 2 a 4 mm de nervio óptico junto con el globo ocular (10 mm en el caso de retinoblastoma).

Compresión para detener la hemorragia. Se pueden usar gasas embebidas en agentes hemostáticos o cauterización.

Colocación de prótesis internas recubiertas o no por esclera. El objetivo es llenar el máximo de volumen, pero que al cerrar la Tenon no quede una tensión exagerada.

Se puede dejar la cavidad vacía, sin implante intraorbitario y suturar los músculos por delante.

Sutura de los músculos a la esclera, o suturar los rectos entre sí, el externo con el interno y el superior con el inferior.

También se utiliza técnicas de implantes porosos no recubiertos con esclera, donde luego de introducirla se suturan los músculos rectos de manera cruzada y sobre ella la conjuntiva.

Cierre de Tenon con puntos separados y sutura conjuntival todo con reabsorbibles. Preferimos los puntos separados especialmente en casos de prótesis intraorbitarias. Colocamos un conformador transparente, en el inmediato a la cirugía. Indicamos la realización de la prótesis definitiva 15 a 15 días del postquirúrgico a menos que persista edema, o hematomas.

Se indican antibióticos por vía general y vía local. Solamente en casos especiales se ocluyen los ojos. Se aconseja frío y lavado local constante.

En todos los casos, el postoperatorio durante los primeros 10 días, se puede hacer vida normal sin realizar esfuerzos físicos importantes.

CIRUGÍA PARA GLAUCOMA

El tratamiento quirúrgico del glaucoma al igual que el tratamiento médico persigue el control de la presión intraocular disminuyéndola y estabilizándola durante las 24h, evitando las oscilaciones. La mayoría de técnicas quirúrgicas consigue su objetivo construyendo una nueva vía de salida para el humor acuoso.

Las técnicas clásicas buscan una vía de salida al acuoso mediante la formación de una fístula que comunica el espacio intraocular con el espacio subconjuntival. Una vez el acuoso abandona el interior del globo ocular y llega al espacio subconjuntival, es absorbido hacia la circulación general.

De menor agresividad a mayor agresividad quirúrgica tenemos:

MIGS (minimal invasive glaucoma surgery)

Esclerectomía Profunda no Penetrante

Canalostomía y Canaloplastia

Trabeculectomía y Trabeculotomía

Implantes de Drenaje subconjuntivales: implantes con o sin sistema valvulado

La técnica quirúrgica más comúnmente aplicada es la trabeculectomía. Se trata de una cirugía llamada filtrante, ya que lo que intenta es crear un drenaje o fístula que permita la salida del líquido intraocular o humor acuoso sin obstáculos hacia el espacio subconjuntival.

TRANSPLANTE DE CÓRNEA

El trasplante de córnea (queratoplastia) es un tipo de trasplante frecuente y sumamente exitoso. Una córnea (la película transparente situada delante del iris y la pupila) con cicatrices, muy dolorosa, perforada, deformada u opaca puede ser reemplazada por otra transparente y sana.

La queratoplastia de incisión limitada se realizó con anestesia peribulbar asociada de manitol 10% intravenoso. La cirugía se inicia de una manera tradicional:

1. La córnea donante es trepanada con un «punch» y la córnea receptora es trepanada con un trépano de succión, dejando una marca profunda sin entrar a cámara anterior.
2. No necesita anillo escleral. El diámetro de la trepanación en el receptor es entre 7,5-7,75 mm, ambos con una trepanación del donante de 0,25-0,5 mm mayor.
3. Se recomienda marcar las referencias en el anillo receptor para posición de los puntos. Una vez hecho el surco, el epitelio de la córnea receptora es eliminado. Se accede a cámara anterior por paracentésis de 1 mm a las 11 horas.
4. La cámara se llena con viscoelástico de alta densidad.
5. En esta etapa pueden ser realizadas maniobras tales como sinequiotomía, iridoplastia o manipulación de la LIO.
6. Se realiza otra nueva incisión a las 10 horas evitando el contacto con la incisión previa. Desde la primera incisión se avanza con tijera hasta las 4 horas. En este

momento será posible realizar maniobras adicionales que requieren una incisión más amplia.

7. La incisión de las 10 horas se amplía hasta las 5 horas.

8. Se coloca viscoelástico en la superficie de la córnea receptora y sobre ella se coloca el injerto que se fija con puntos simétricos a las 7,30 h y 1,30 h.

9. Con los dos puntos asegurados se corta el puente entre las 10 h y las 11 h y un tercer punto se coloca en ese lugar.

10. Finalmente el puente entre las 4 y las 5 h se secciona y el botón receptor es retirado debajo del injerto manteniendo siempre viscoelástico entre ambos tejidos.

11. Se coloca un cuarto punto y luego se completa la sutura del injerto con sutura continúa.

BIBLIOGRAFÍA

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912008000400005

<https://www.clinicabaviera.com/evisceracion-y-enucleacion-ocular>

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4252/jpb01de16.pdf?sequence=1>