DESPRENDIMIENTO POSTQUIRÚRGICO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET (A PROPÓSITO DE UN CASO)

DESCEMET'S MEMBRANE DETACHMENT AS A COMPLICATION OF CATARACT SURGERY

SEVILLANO C1, VISO E1, MILLÁN-RODRÍGUEZ AC1

RESUMEN

Caso clínico: Se presenta un caso de desprendimiento de la membrana de Descemet tras cirugía de la catarata mediante facoemulsificación tratado con éxito utilizando SF6 al 20% intracameral.

Discusión: Se exponen los posibles mecanismos etiopatogénicos y se comentan las distintas opciones terapéuticas. Enfatizamos la necesidad de adopción de medidas preventivas de este trastorno y de la importancia de su detección inmediata para evitar complicaciones adicionales.

Palabras clave: Desprendimiento, membrana de Descemet, SF6 intracameral, facoemulsificación, complicación.

ABSTRACT

Case: A case of Descemet's membrane detachment after cataract surgery successfully treated with an injection of sulphur hexafluoride 20% is presented. **Discussion:** Possible pathogenic mechanisms and available therapeutic options are discussed. We highlight the need for prophylactic measures and the importance of an early detection to prevent further damage (*Arch Soc Esp Oftalmol 2008; 83: 549-552*).

Key words: Descemet's membrane, detachment, SF6, anterior chamber, phacoemulsification, cataract surgery complications.

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento de la Descemet (DMD) postquirúrgico es una complicación infrecuente pero con graves repercusiones visuales si no es tratado adecuadamente. Habitualmente relacionado con la cirugía de la catarata, se ha descrito también en otras intervenciones oculares. Clínicamente se distinguen dos tipos: planares, cuando la separación entre la Descemet y el estroma es menor de 1 mm, y no planares si esta distancia es mayor. Los pequeños desprendimientos incisionales, sin apenas significación clínica, no se incluyen en esta clasificación.

Recibido: 23/7/07. Aceptado: 11/8/08.

Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

¹ Licenciado en Medicina.

Correspondencia: Carlos Sevillano Torrado C/. Joaquín Costa, 21, 2.º D 36001 Pontevedra España

E-mail: seviojosverdes@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años, sin antecedentes de interés, intervenida de catarata en OI mediante facoemulsificación con implante de lente intraocular en saco capsular.

La exploración oftalmológica preoperatoria mostraba una agudeza visual de 0,4 OD y visión de bultos en OI. El examen biomicroscópico era normal salvo una catarata cortical OD y una catarata avanzada OI. Los reflejos pupilares, la presión intraocular, la oftalmoscopia del OD (no era visible en OI) y la ecografía del segmento posterior del OI eran normales.

La intervención fue llevada a cabo con anestesia tópica por vía temporal. Debido a la mala visualización capsular, se procedió a su tinción con azul tripán tras intercambio líquido-aire. Al intentar introducir material viscoelástico, observamos una oleada en la córnea que se expandía concéntricamente desde la paracentesis, efectuada a las 5. Identificado el DMD, se completó el procedimiento quirúrgico sin complicaciones añadidas, utilizando parámetros de fluídica bajos y protegiendo el endotelio continuamente con viscoelástico a fin de no lesionar la membrana.

Al final de la intervención no introdujimos gas para reaplicar la Descemet ya que la turbidez corneal impedía distinguir los límites del desprendimiento y/o la existencia de desgarros o pliegues.

El examen postoperatorio a las 24 horas mostraba un edema corneal leve-moderado que demarcaba un desprendimiento no planar inferior extenso (figs. 1 y 2). Se instauró tratamiento corticoideo y reali-



Fig. 1: Edema corneal que demarca el DMD.

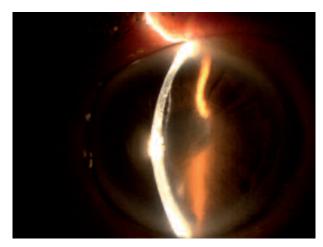


Fig. 2: Se observa la superficie de Descemet desprendida.

zamos al día siguiente un intercambio acuoso-SF6 (20%) a través de una paracentesis superior .

A los 10 días, ya reabsorbido el gas intracameral, la Descemet presentaba una aposición casi completa excepto pequeñas áreas aisladas de aproximadamente 300 micras de separación con el estroma, que se reaplicaron espontáneamente de forma progresiva a lo largo del mes siguiente (figs. 3,4).

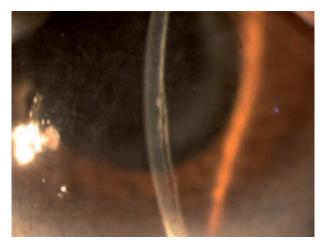
Transcurridos 3 meses desde la cirugía la agudeza visual era de 0,8 y en el examen biomicroscópico únicamente se observaba un leve engrosamiento de la Descemet en el área previamente desprendida.

DISCUSIÓN

El DMD en el curso de la cirugía del segmento anterior se origina habitualmente en las incisiones de entrada, sobre todo si han sido excesivamente manipuladas. Tal fue nuestro caso, donde el desprendimiento se produjo al intentar la inyección de viscoelástico a través de una paracentesis aparentemente mal angulada.

Si bien se considera el DMD de origen iatrogénico, se sospecha, dada la alta incidencia de bilateralidad, la existencia de algún factor predisponerte, todavía sin determinar (1,2).

Pueden desarrollarse en cualquier momento de la cirugía pero lo importante es reconocerlos inmediatamente para evitar desgarros de la membrana o incluso su remoción (3). En nuestro caso, medidas como el rechazo de la membrana con material viscoelástico, la utilización de vacíos bajos y la emul-



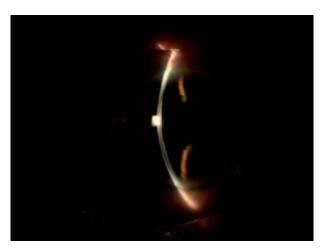


Fig. 3 y 4: Detalle de la Descemet reaplicada con áreas pequeñas que persistían desprendidas y que más tarde se resolvieron espontáneamente.

sificación del cristalino en la cámara posterior permitieron completar la cirugía sin complicaciones adicionales.

La rapidez de actuación ante este tipo de cuadros es esencial (5) y si no podemos efectuar la inyección de gas en la cámara anterior al final de la cirugía, debemos hacerlo en los primeros días del postoperatorio. Se han reportado casos en los que la actitud no intervencionista a la espera de una reaplicación espontánea implicó la imposibilidad de reposicionamiento. Esta actitud conservadora sin embargo estaría indicada con un estrecho seguimiento en DMD planares no extensos.

Todas las opciones terapéuticas incluyen la inyección de un gas taponador en la cámara anterior y maniobras accesorias como la sutura del flap o su manipulación con algún instrumento quirúrgico. El taponador de elección debe persistir el tiempo suficiente para reaplicar la membrana sin dañar el endotelio. Así, el SF6 (20%) [el menos endoteliotóxico (4)], utilizado por nosotros, y el C3F8 (14%), han sido los que mayor porcentaje de reaplicaciones y menor número de complicaciones han tenido en las series publicadas. El aire por su corta vida media quedaría reservado para los pequeños desprendimientos incisionales.

En cuanto a la sutura del flap, no pensamos que esté indicada como tratamiento inicial por su riesgo de serias complicaciones como infecciones, fruncimientos de la membrana y leucomas residuales (5) aunque sí creemos que debería contemplarse en casos refractarios. Las manipulaciones con instrumentos quirúrgicos deben reducirse a lo estrictamente necesario por el riesgo de lesión endotelial.

En conclusión, consideramos esencial el conocimiento de esta patología y la adopción de medidas como la correcta manipulación de los instrumentos quirúrgicos a través de las incisiones para prevenir su desarrollo. Asimismo, destacamos la importancia de su detección precoz en el curso de la intervención para evitar complicaciones añadidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Marcon AS, Rapuano CJ, Jones MR, Laibson PR, Cohen EJ. Descemet's membrane detachment after cataract surgery: management and outcome. Ophthalmology 2002, 109: 2325-2330.
- Fang JP, Amesur KB, Baratz KH. Preexisting endothelial abnormalities in bilateral postoperative descemet's membrane detachment. Arch Ophthalmol 2003; 121: 903-904.
- Agarwal A, Jacob S, Agarwal A, Agarwal S, Kumar MA. Iatrogenic descemetorhexis as a complication of phacoemulsification. J Cataract Refract Surg 2006; 32: 895-897.
- Lee DA, Wilson MR, Yoshizumi MO, Hall M. The ocular effects of gases when injected into the anterior chamber of rabbit eyes. Arch Ophthalmol 1991; 109: 571-575.
- 5. Jeng BH, Meisler DM. A combined technique for surgical repair of Descemet's membrane detachments. Ophthalmic Surg Lasers Imaging 2006; 37: 291-297.