

La esclerotomía asistida por láser de CO₂ reduce la PIO y el uso de medicación

La energía láser se aplica por un corto tiempo de exposición, lo que da lugar a pocas cicatrices e inflamación.



La esclerotomía asistida por láser de dióxido de carbono redujo la PIO y el uso de medicación en pacientes con glaucoma de ángulo abierto, según un afiche presentado en el reencuentro European Glaucoma Society.

El **Dr. Mauricio Turati**, el Dr. Félix Gil-Carrasco y sus colegas describieron los resultados logrados con la esclerotomía asistida por láser de CO₂ (CLASS).

“La ventaja de esta técnica, comparada con la técnica convencional manual de la esclerotomía profunda no penetrante, es que la curva de aprendizaje con el láser es muy corta.”

– DR. MAURICIO TURATI

“La ventaja de esta técnica, comparada con la técnica convencional manual de la esclerotomía profunda no penetrante, es que la curva de aprendizaje con el láser es muy corta,” dijo Turati en una entrevista con OCULAR SURGERY NEWS. “Sólo debe hacer una o dos cirugías para que pueda tener la experiencia de seguir haciendo más cirugías con pacientes.”

El procedimiento CLASS implica la creación de colgajos conjuntivos y esclerales y no requiere entrada a la cámara anterior. La ablación del tejido hace más fácil la filtración de fluido a través de la pared interna del canal de Schlemm.

“No tiene una cámara anterior plana o poco profunda. Hay mucha menos inflamación [comparado con la trabeculectomía convencional],” dijo.

“[El láser] aplica una alta energía localizada en un corto período de tiempo, lo que permite que el tejido se extirpe sin hacer ningún daño a los tejidos adyacentes, en especial con el calor,” dijo.

Creación de colgajos y ablación de tejidos

El procedimiento CLASS se realiza con un láser de CO₂ combinado con el sistema IOPTiMate (OT-134-IOPTiMate, IOptima).

El procedimiento involucra abrir de forma manual la conjuntiva para exponer la esclera, dijo Turati.

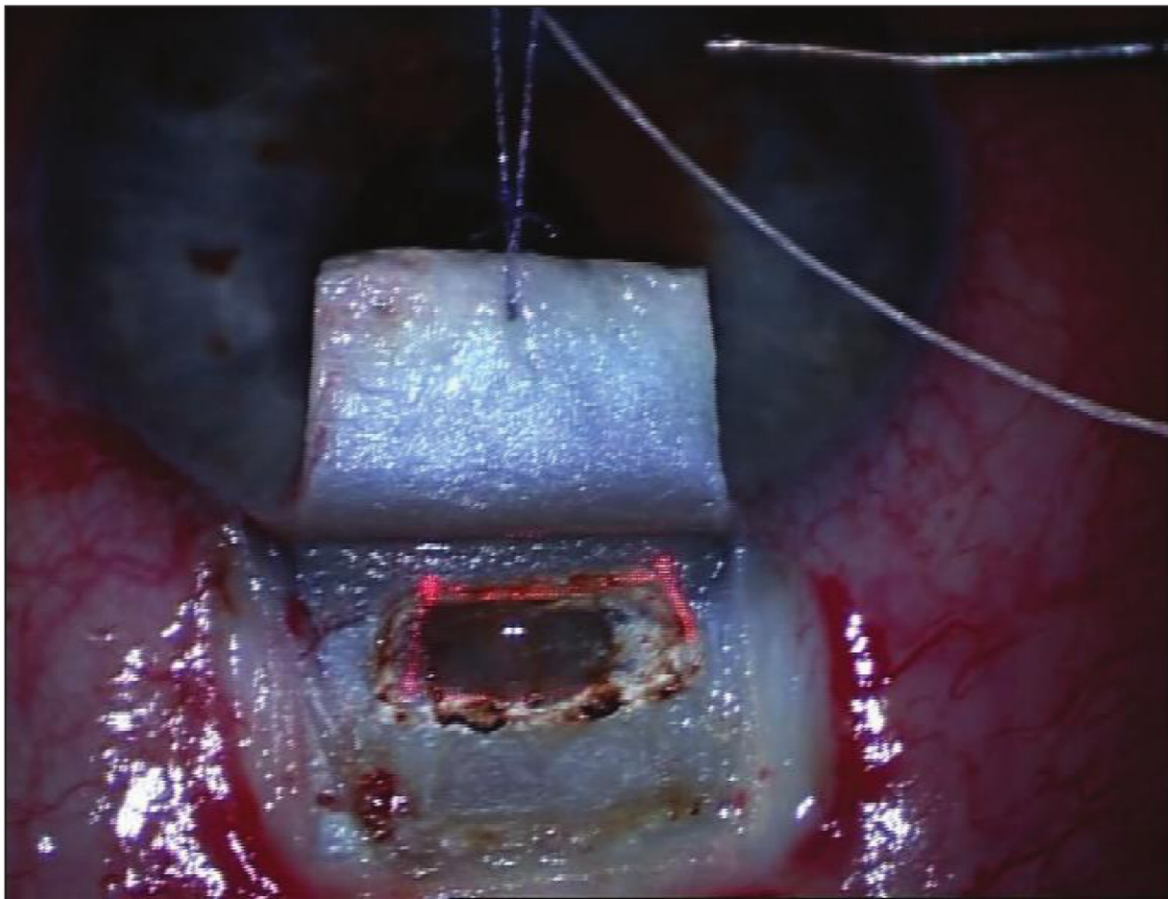


Imagen: IOptima

Procedimiento CLASS: De la ablación con láser para el canal de Schlemm.

“Preparamos para hacer un colgajo con base fornix porque la cicatrización es mejor,” dijo. “La línea de cicatrices se forma en el limbo y deja la conjuntiva en la parte posterior para que el fluido que sale del ojo pueda ir hacia la parte posterior sin hacer una línea de cicatrices detrás del colgajo escleral.”

El cirujano puede aplicar mitomicina antes de crear un colgajo escleral superficial. El colgajo escleral se extiende hasta la córnea transparente.

“Primero hace un lecho escleral. Después de hacer un lecho, comienza a disparar con el láser directamente donde debería estar el canal de Schlemm,” dijo Turati. “Debe seguir disparando con el láser hasta que comience a ver el canal de Schlemm. Se observa cómo el líquido se filtra y cómo comienza a obtener el flujo desde el interior hacia el exterior del ojo. En ese momento, creó suficiente ablación para “destechar” el túnel escleral.”

IOPTima especificó que el láser debe colocarse debajo de la línea del limbo. También declararon que debido a que la energía láser de CO₂ se absorbe y bloquea en el líquido por naturaleza, una vez que la filtración tiene lugar, el láser no vuelve a penetrarse dentro del ojo.

El cirujano usa suturas sueltas para cerrar el colgajo escleral, dijo Turati, y suturas apretadas para cerrar el colgajo conjuntivo.

“Si decidió no usar mitomicina, al final del procedimiento, una vez que haya cerrado la conjuntiva, puede inyectar bevacizumab subconjuntival, para poder reducir cicatrices y promover el éxito de la cirugía,” dijo.

Resultados del estudio de 3 años

El afiche resumió un estudio que incluyó a 13 pacientes con glaucoma de ángulo abierto quienes reunían las condiciones para el procedimiento CLASS, 12 pacientes finalizaron 1 año de seguimiento, nueve pacientes finalizaron 2 años y ocho pacientes finalizaron 3 años.

El éxito total fue la PIO entre 5 mm Hg y 18 mm Hg y un 20% de reducción de la PIO sin medicación hasta 3 años. El éxito calificado fue el mismo PIO objetivo, con o sin medicación.

La PIO preoperatoria promedio fue de 24 mm Hg \pm 5.4 mm Hg. La PIO postoperatoria promedio fue de 14.5 mm Hg \pm 3.0 mm Hg a 1 año, 12.8 mm Hg \pm 2.3 mm Hg a 2 años y 13.4 mm Hg \pm 2.3 mm Hg a 3 años.

El uso de medicación preoperatoria promedio fue de 3.8 \pm 0.7. El uso de medicación postoperatoria promedio fue de 1.2 \pm 1.2 a 1 año y 1.6 \pm 0.7 a 2 y 3 años. El uso de medicación promedio posterior fue de 1.8 \pm 0.4 a 4 años y 2 \pm 0.0 a 5 años.

La tasa de éxito calificada fue del 92.3% a 1 año, 90% a 2 años y 88.9% a 3 años. La tasa de éxito completa fue de 38.5% a 1 año, 10% a 2 años y 11.1% a 3 años.

“La agudeza visual permanece prácticamente sin cambios desde el día 1 de la cirugía,” dijo Turati.

Hubo unas pocas complicaciones leves en el período postoperatorio temprano que se resolvieron sin secuelas. – *por Matt Hasson*



El **Dr. Mauricio Turati**, cirujano de planta, Departamento de Glaucoma, Asociación para Evitar la Ceguera en México, se puede encontrar en Camino a Santa Teresa 1055 – 306, Col. Héroes de Padierna, México D.F., CP 10700, Mexico; correo electrónico: mturati@gmail.com.

El **Dr. Félix Gil-Carrasco**, director, Asociación para Evitar la Ceguera en México, se puede encontrar en Camino a Santa Teresa 1055 – 306, Col. Héroes de Padierna, México D.F., CP 10700, México; correo electrónico: fegica@hotmail.com.

Divulgación: Turati y Gil-Carrasco no tienen intereses financieros para divulgar.