

## Prolapso coroideo tras esclerectomía profunda no perforante

Sandra Gómez, Jordi Loscos, M. Àngels Parera, Antoni Sabala  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona*

### CORRESPONDENCIA

**Sandra Gómez Sánchez**

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol  
Carretera de Canyet, s/n. 08916 Badalona (Barcelona)  
E-mail: [gomezsanchezs@gmail.com](mailto:gomezsanchezs@gmail.com)

### RESUMEN

Uno de los objetivos de la esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con implante supraciliar es potenciar la vía uveoescleral. Una de las complicaciones de esta técnica es el prolapso uveal al lago intraescleral, y según algunos autores esto conduciría a un bloqueo de la vía de drenaje alternativa y, posiblemente, al fracaso de la cirugía. Presentamos 3 casos de prolapso uveal detectado mediante biomicroscopía ultrasónica tras EPNP, y discutimos su repercusión sobre la vía de drenaje uveoescleral, la ampolla intraescleral y el éxito de la intervención.

### RESUM

Un dels objectius de l'esclerectomia profunda no perforant (EPNP) amb implant supraciliar és potenciar la via uveoescleral. Una de les complicacions d'aquesta tècnica és el prolapse uveal al llac intraescleral, i segons alguns autors, això conduiria a un bloqueig de la via de drenatge alternativa i, possiblement, al fracàs de la cirurgia. Presentem 3 casos de prolapse uveal detectat mitjançant biomicroscopia ultrasònica després d'EPNP, i discutim la seva repercussió sobre la via de drenatge uveoescleral, l'ampolla intraescleral i l'èxit de la intervenció.

### ABSTRACT

One of the aims of non-penetrating deep sclerectomy (NPDS) with supraciliar implant is to improve uveoescleral outflow route. A complication of this technic is uveal prolapse in the scleral lake, and according to several authors, it would lead to a blockage of the alternative outflow route and, possibly, surgical failure. We report 3 cases of uveal prolapse detected by ultrasound biomicroscopy after NPDS, and we discuss its impact on uveoescleral route, the intrascleral bleb and surgery success.

## Introducción

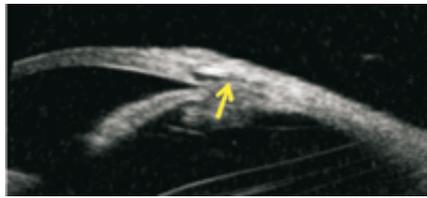
La esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con implante supraciliar pretende potenciar la vía uveoescleral. Una de las complicaciones descritas en la literatura de esta técnica, cuando se realiza en un plano escleral muy profundo o se deja directamente expuesta la coroides, es el prolapso uveal al lago intraescleral. La significación clínica de este hallazgo es controvertida.

Presentamos 3 casos de prolapso uveal detectado mediante biomicroscopía ultrasónica tras EPNP, y discutimos su repercusión sobre la vía de drenaje uveoescleral y el éxito de la intervención.

## Casos clínicos

### Caso 1

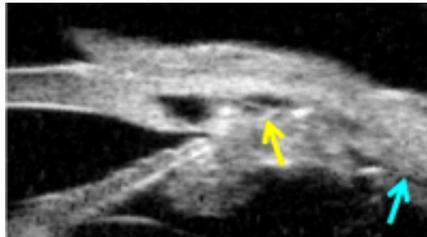
Varón de 72 años, fáquico y en tratamiento con Tamsulosina, con antecedente de glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA) mal controlado a pesar de tratamiento tópico máximo, que se sometió a esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con implante Esnoper<sup>®</sup> supraciliar. Tanto la cirugía como el postoperatorio precoz cursaron sin complicaciones. A los 5 meses, la presión intraocular (PIO) se mantenía en valores de 14mmHg sin tratamiento, la ampolla conjuntival era plana y a la exploración mediante biomicroscopía ultrasónica (UBM) se observaba un prolapso uveal hacia el lago intraescleral, con buena visualización del implante y ausencia de vacío supraciliar ([Figura 1](#)).



**Figura 1. UBM OD del caso 1. 5 meses tras EPNP se observa prolapso coroideo hacia el lago intraescleral (flecha amarilla), buena visualización del implante y del lago intraescleral, sin detectarse vacío supraciliar.**

## Caso 2

Varón de 60 años, diabético y fáquico, con GCAA en progresión a pesar del tratamiento tópico máximo fue intervenido de EPNP con ESNOPER<sup>®</sup> supraciliar sin complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio. 24 meses después de la intervención, la ampolla conjuntival era funcionante y la PIO se mantenía en valores de 16mmHg sin tratamiento. La UBM mostraba un prolapso uveal hacia el lago intraescleral con buena visualización tanto del implante como del vacío supraciliar correspondiente a la vía de drenaje uveoescleral (Figura 2).



**Figura 2. UBM OD del caso 2. 24 meses tras EPNP se observa prolapso coroideo hacia el lago intraescleral (flecha amarilla), buena visualización del implante, del lago intraescleral y vacío supraciliar (flecha azul).**

## Caso 3

Varón de 80 años, en tratamiento con Tamsulosina y con antecedente de GCAA en tratamiento tópico máximo, que se intervino de facoemulsificación combinada con EPNP con implante ESNOPER<sup>®</sup> supraciliar sin incidencias intra ni postoperatorias. A los 6 meses de la intervención, la ampolla era plana y la PIO se mantenía a 13 mmHg sin tratamiento. A la exploración con UBM se detectaba un prolapso uveal hacia el lago intraescleral, con buena visualización del implante y del vacío supraciliar (Figura 3).



**Figura 3. UBM OD del caso 3. 6 meses tras EPNP se observa prolapso coroideo hacia el lago intraescleral (flecha amarilla), buena visualización del implante, del lago intraescleral y vacío supraciliar (flecha azul).**

## Discusión

En los últimos años, la EPNP ha demostrado ser una técnica efectiva y segura en el tratamiento quirúrgico del glaucoma<sup>1</sup>. El uso de implantes intraesclerales en la cirugía no penetrante del glaucoma tiene como objetivo principal evitar el colapso del lago intraescleral y el aumento de drenaje de humor acuoso por la vía convencional. El implante en el espacio supraciliar pretende además potenciar la vía de drenaje uveoescleral.

Chiou *et al*<sup>2</sup>, sugieren que la presencia en la UBM de un área hipoeoica en el espacio supracoroideo tras EPNP representa el drenaje del humor acuoso por la vía uveoescleral, y este hallazgo se asocia a unos valores de PIO más bajos.

Una de las complicaciones descritas tras EPNP es el prolapso uveal hacia el lago intraescleral, pero el significado de este hallazgo es controvertido. Figus *et al*.<sup>3</sup> entienden que significa un bloqueo de la vía uveoescleral y comporta que el éxito quirúrgico sea a través de la vía de drenaje convencional, encontrando en una serie de 8 pacientes con prolapso uveal sólo uno con signos de funcionamiento de la vía supraciliar. Mansuri<sup>4</sup> no encuentra apenas incidencia de esta complicación en la EPNP profunda y cree que si aparece puede estar más relacionado con ventanas esclerales grandes y procesos inflamatorios.

En nuestros tres pacientes hemos conseguido éxito tensional sin tratamiento por lo que no creemos que la presencia de prolapso uveal signifique obligatoriamente un bloqueo de la vía uveoescleral y sea un factor de mal pronóstico, pues la exploración mediante UBM mostraba signos evidentes de funcionamiento de la misma en dos de nuestros tres pacientes, incluso cuando la ampolla conjuntival no era funcionante. Sin embargo no podemos descartar que el prolapso uveal, al producir un desplazamiento superior del implante, comporte un colapso del lago intraescleral con disminución de la altura del mismo que pueda repercutir en el volumen de la ampolla intraescleral siendo sus consecuencias a largo plazo una incógnita. Al ser el un diagnóstico basado en pruebas de imagen que nos puede pasar desapercibido en la exploración biomicroscópica convencional, hay que tenerlo presente, sobre todo cuando hemos trabajado en planos muy profundos y siempre descartarlo antes de realizar maniobras de manipulación subescleral.

## Bibliografía

1. Bissig A, Rivier D, *et al*. Ten years follow-up after deep sclerectomy with collagen implant. *J Glaucoma*. 2008;17(8):680-6.
2. Chiou AG, Mermoud A, *et al*. An ultrasound biomicroscopic study of eyes after deep sclerectomy with collagen implant. *Ophthalmology*. 1998;105:746-50.
3. Figus M, Bartolomei MP, *et al*. Very deep sclerectomy. *J Glaucoma*. 2011;20(1):67.
4. Mansouri K, Tran HV, *et al*. Comparing deep sclerectomy with collagen implant to the new method of very deep sclerectomy with collagen implant: a single-masked randomized controlled trial. *J Glaucoma*. 2010;19(1):24-30.