

MANEJO Y EXTRACCIÓN DE SILICONA DE CÁMARA ANTERIOR POST CIRUGÍA DE VITREORETINA

Marta Carrera Tarrés; Jorge Fernández Engroba
Centro de Oftalmología Barraquer

INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas el progreso de la cirugía de vitreoretina ha conllevado la aparición de diferentes sustitutos del vítreo como el aceite de silicona, gases expansibles de absorción prolongada y líquidos perfluorocarbonados. La disrupción capsular traumática, la rotura zonular postquirúrgica o el síndrome de pseudoexfoliación pueden presentar un constante drenaje de aceite de silicona a cámara anterior (CA). Dicho drenaje de forma prolongada puede conllevar consecuencias graves como queratopatías, edema corneal, vascularización corneal y disminución del recuento endotelial, entre otras.

CASO CLÍNICO: Presentamos un niño de 9 años diagnosticado de retinosquiasis juvenil ligada al X con afectación bilateral. Se le realizan repetidas VPP con inyección de silicona, peeling de membranas preretinianas y retroretinianas así como inyección de dexametasona en cavidad vítrea (CV). Al año y medio de la última cirugía del ojo derecho, se visualiza una burbuja de silicona en CA y se decide programar cirugía para su extracción. En dicha cirugía se evidencia subluxación capsular superior por donde existe filtración de silicona a CA. Se extrae la silicona y se realiza intercambio a aire. Se realiza una sutura iridocapsular anterior con mersilene para fijar la lente a la cara posterior del iris y bloquear dicha filtración. Se inyecta de nuevo silicona en CV y se comprueba que no existe paso "de novo" a CA.

CONCLUSIONES: Existen múltiples abordajes terapéuticos para la extracción de silicona de cámara anterior. Es importante conocer la etiología de la filtración de dicho taponador a cámara anterior para una buena indicación quirúrgica.