



John Jairo Aristizábal G.

OFTALMÓLOGO - GLAUCOMATÓLOGO

**VÁLVULAS EN GLAUCOMA  
VI CONGRESO FEDOPTO**

Octubre 9 de 2009



**VÁLVULAS EN GLAUCOMA  
VI CONGRESO FEDOPTO**

**John Jairo Aristizábal Gómez.  
Docente postgrado U.P.B  
Octubre 9 de 2009**







**QUE RESPONSABILIDAD LA QUE  
TENEMOS EN NUESTRAS  
MANOS!!!**



**LOS OPTÓMETRAS TIENEN LA  
RESPONSABILIDAD Y EL  
HONOR DE TENER A SU CARGO  
LA ATENCIÓN PRIMARIA EN  
SALUD OCULAR !!!**





















**UNA MIRADA JUICIOSA AL  
OJO, A LA PROFUNDIDAD DE  
LA CÁMARA ANTERIOR , AL  
NERVIO ÓPTICO, PUEDE  
SALVAR MUCHOS OJOS**

- 
- Recórdemos la cercanía del nervio óptico y la hipófisis.
  - El 15% de tumores cerebrales son de hipófisis.
  - Recalcar en A.Visual, respuesta pupilar, nervio óptico.



**PACIENTE:** HECTOR JOSE HENAO HERNANDEZ

**EXAMEN:** TAC CRANEO SIMPLE

**FECHA:** 16 de agosto de 2006

**Apreciado (a) Doctor (a):**

Existe una lesión con centro en la silla, que eroda el piso selar e invade el seno esfenoidal sin destruir el clivus. Hay erosión de las clenoides anteriores y probablemente haya compresión del nervio óptico en forma bilateral al igual que el quiasma óptico.

Existen signos de leucomalacia periventricular muy probablemente por la historia de prematuréz.



**DR. SERGIO VARGAS VELEZ**  
Neuroradiólogo  
Seav/

VºBº. Radiólogo

CENTRAL 24-2 PROEBA DE UMBRAL

MONITOR DE FIJACIÓN: MANCHA CIEGA

ESTÍMULO: III, BLANCO

DIÁMETRO DE PUPILA:

FECHA: 06-12-2006

OBJETIVO DE FIJACIÓN: CENTRAL

FONDO: 31.5 ASB

AGUDEZA VISUAL:

HORA: 8:22 PM

PERDIDAS DE FIJACIÓN: 1/16

ESTRATEGIA: SITA-STANDARD

RX: +3.00 DS DC X

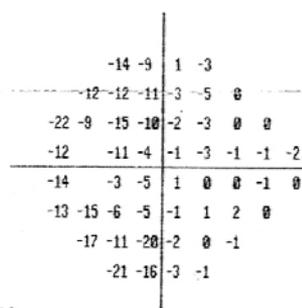
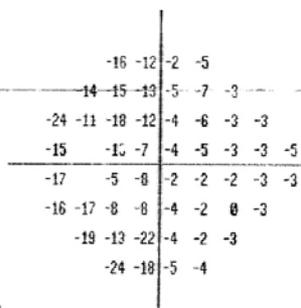
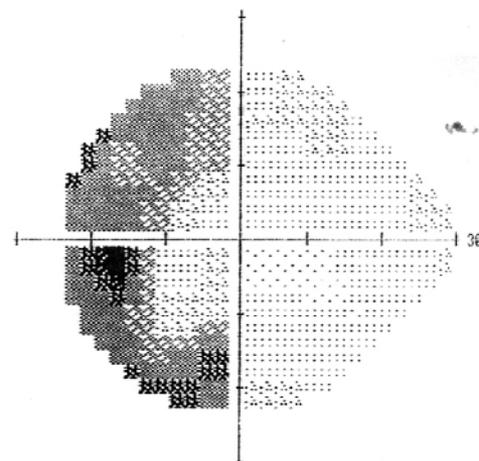
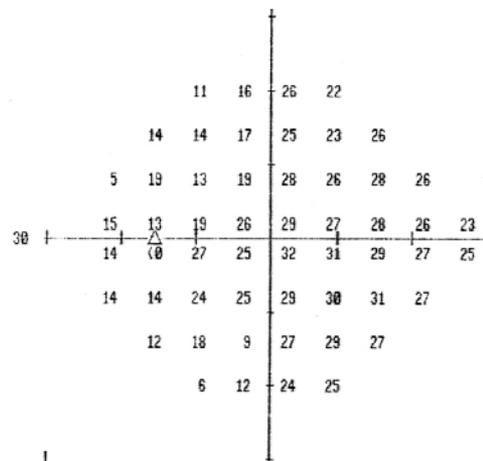
EDAD: 50

ERRORES FALSOS POS: 1 %

ERRORES FALSOS NEG: 5 %

TIEMPO: 05:49

FOVEAL: 32 DB



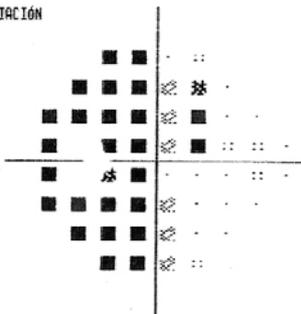
PHC

FUERA DE LÍMITES NORMALES

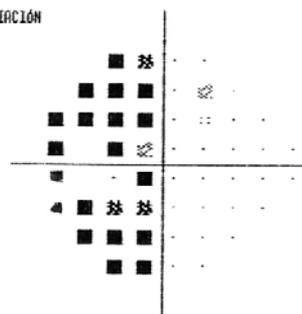
DM -7.74 DB P < 0.5%

DSM 6.75 DB P < 0.5%

TOTAL  
DESVIACIÓN



EJEMPLO  
DESVIACIÓN



◻ < 5%

◻ < 2%

◻ < 1%

◻ < 0.5%

# Clinica Oftalmologica de Antioquia

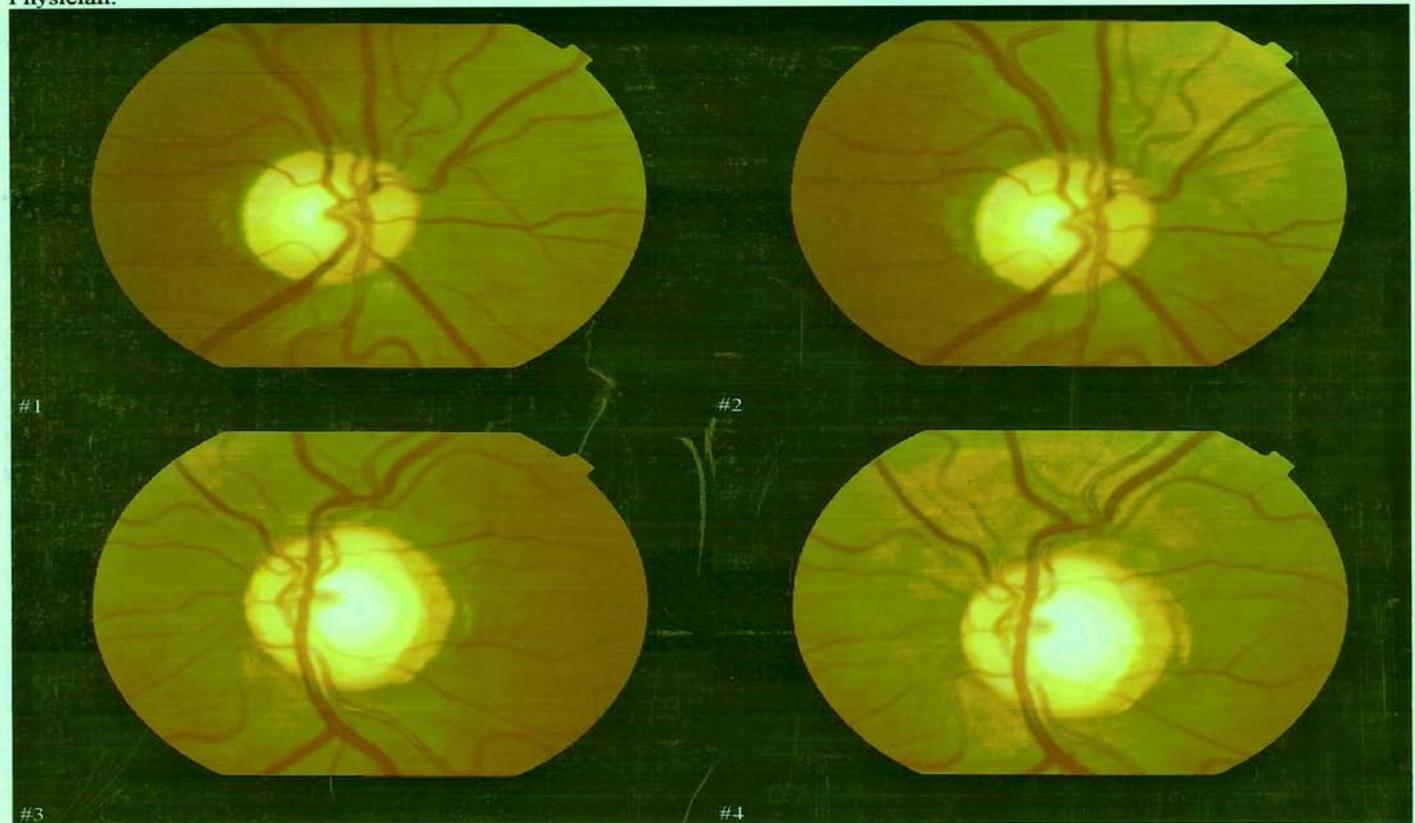
Calle 57 No 46-43 Argentina x Av. Oriental Medellin Colombia  
Comm. 513 3531 Fax 513 23 55 A.A. 54831

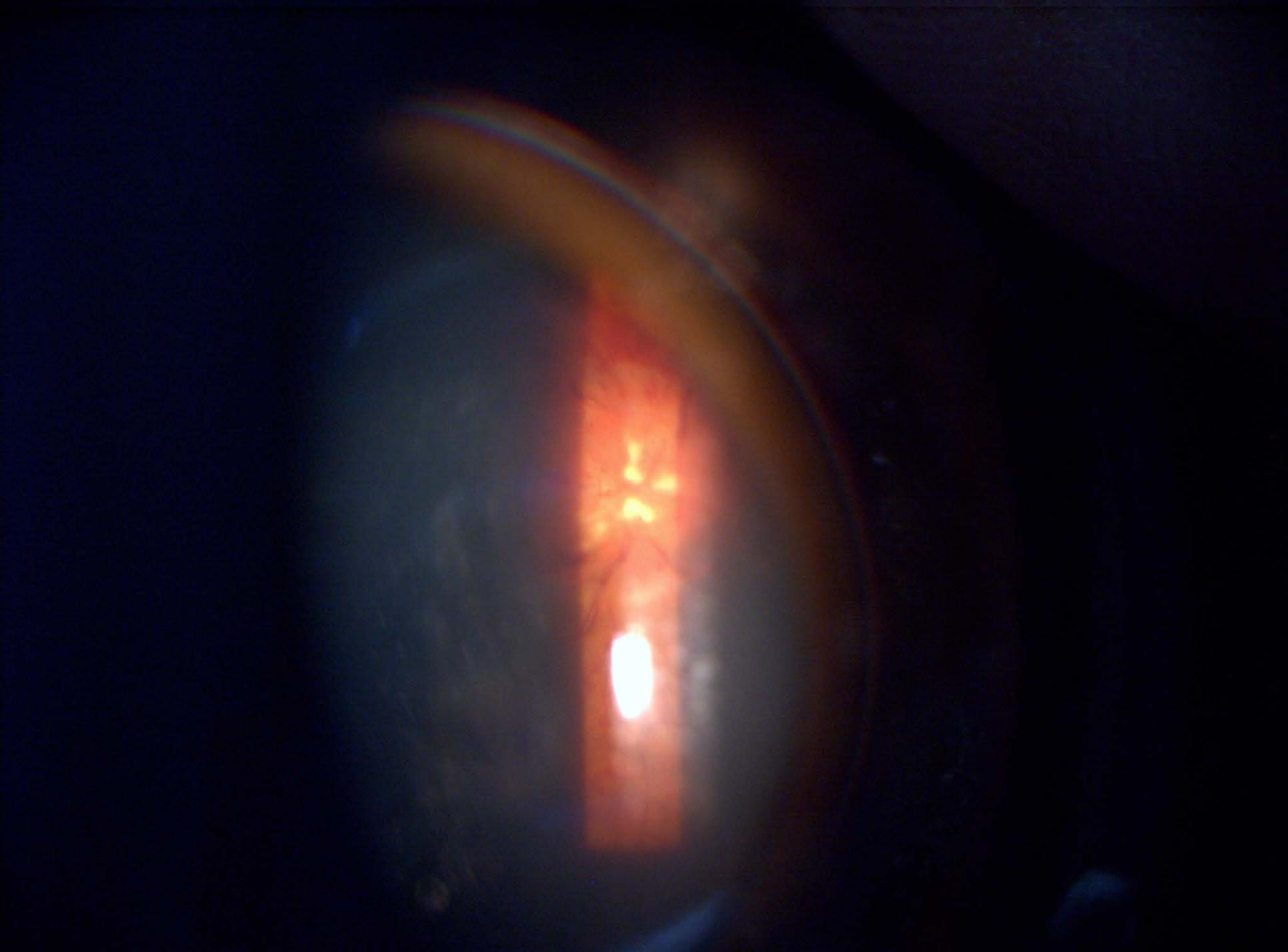
Patient: HENAO HERNANDEZ, VICTOR JOSE: 3513725

Procedure: Color

DATE: 09-01-2006

Physician:







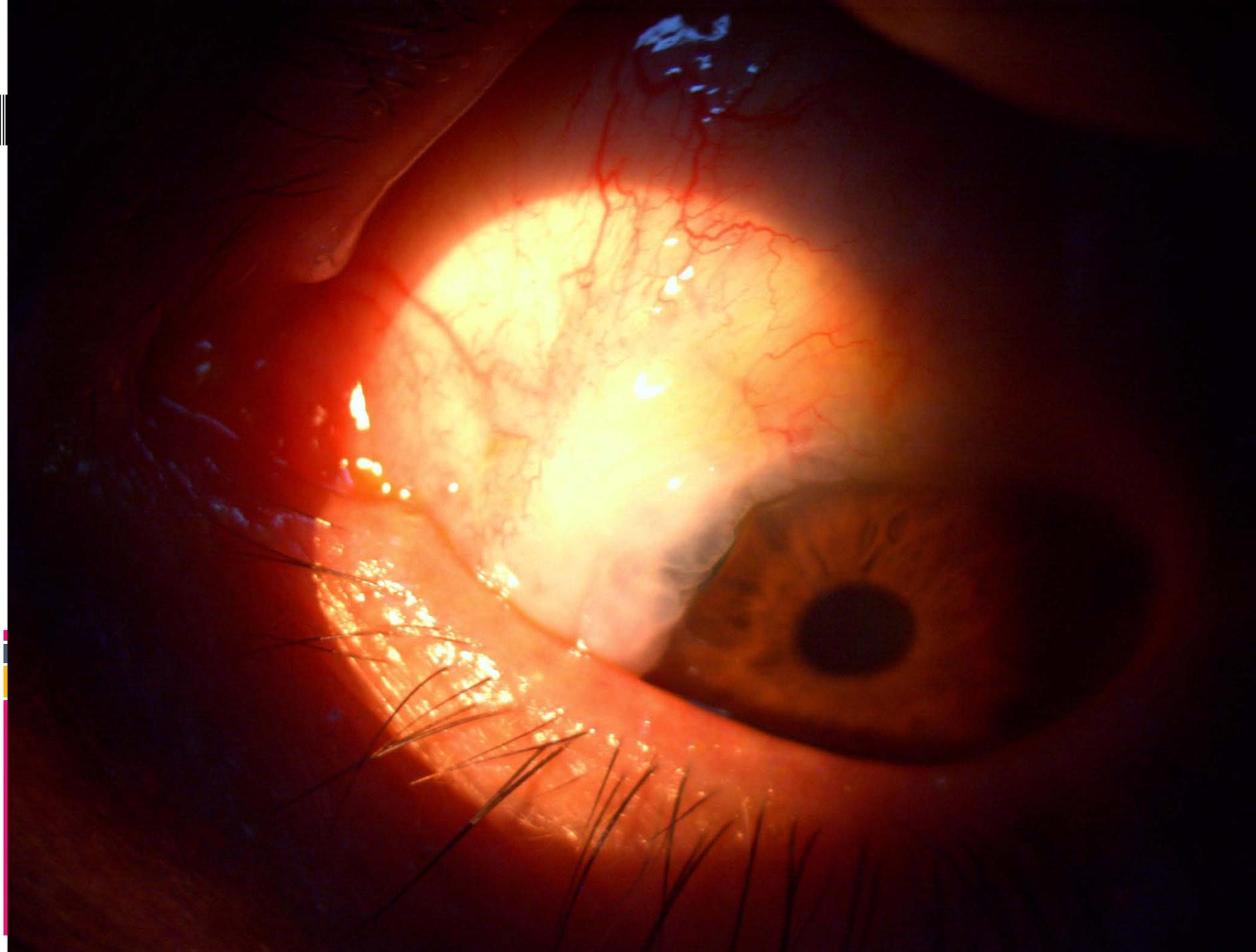


**QUEREMOS QUE NUESTROS  
PACIENTES LLEGUEN AL  
OCASO DE SUS VIDAS CON EL  
AZADÓN EN SUS MANOS!!!**

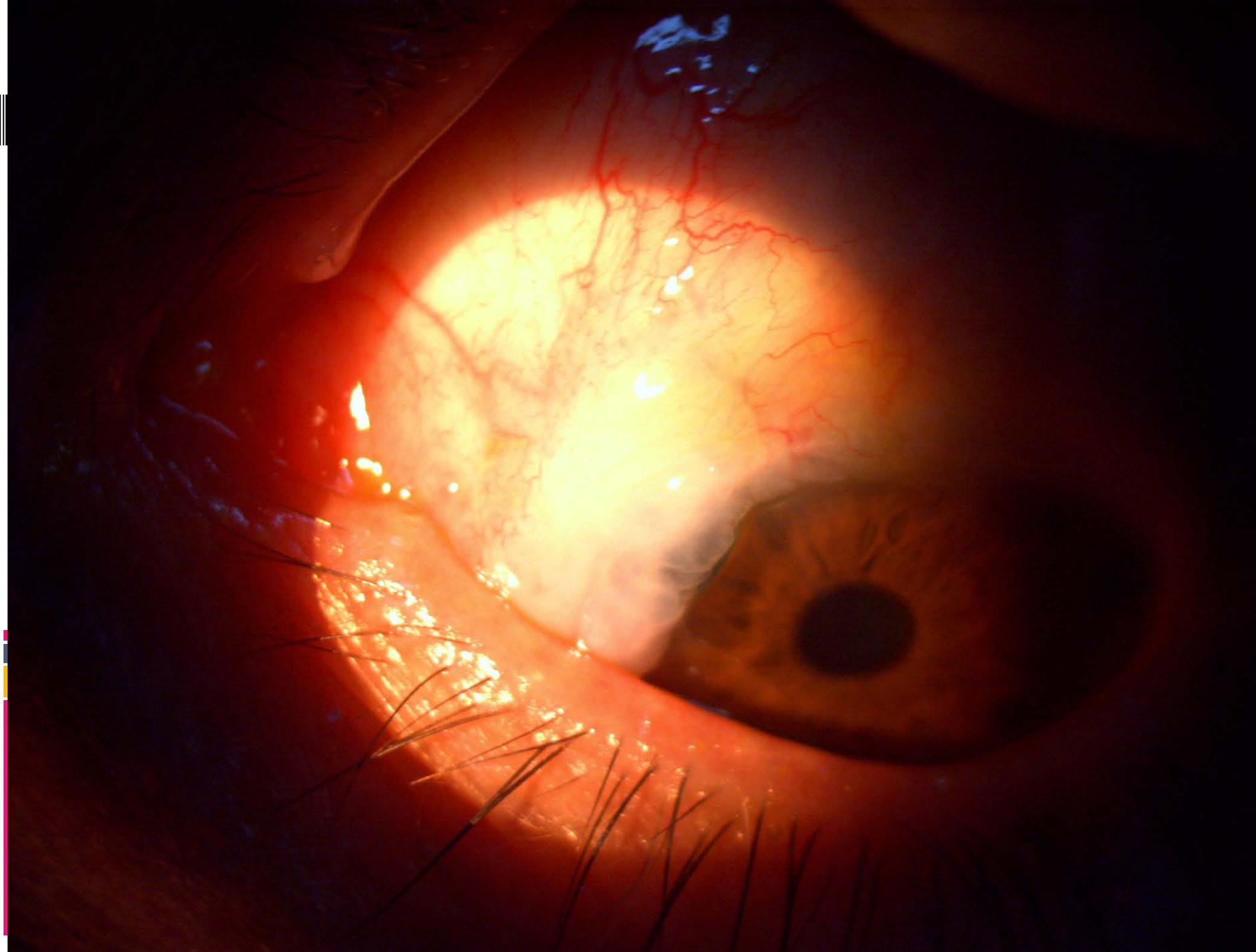


# QUE REVISAR EN PACIENTES OPERADOS DE GLAUCOMA

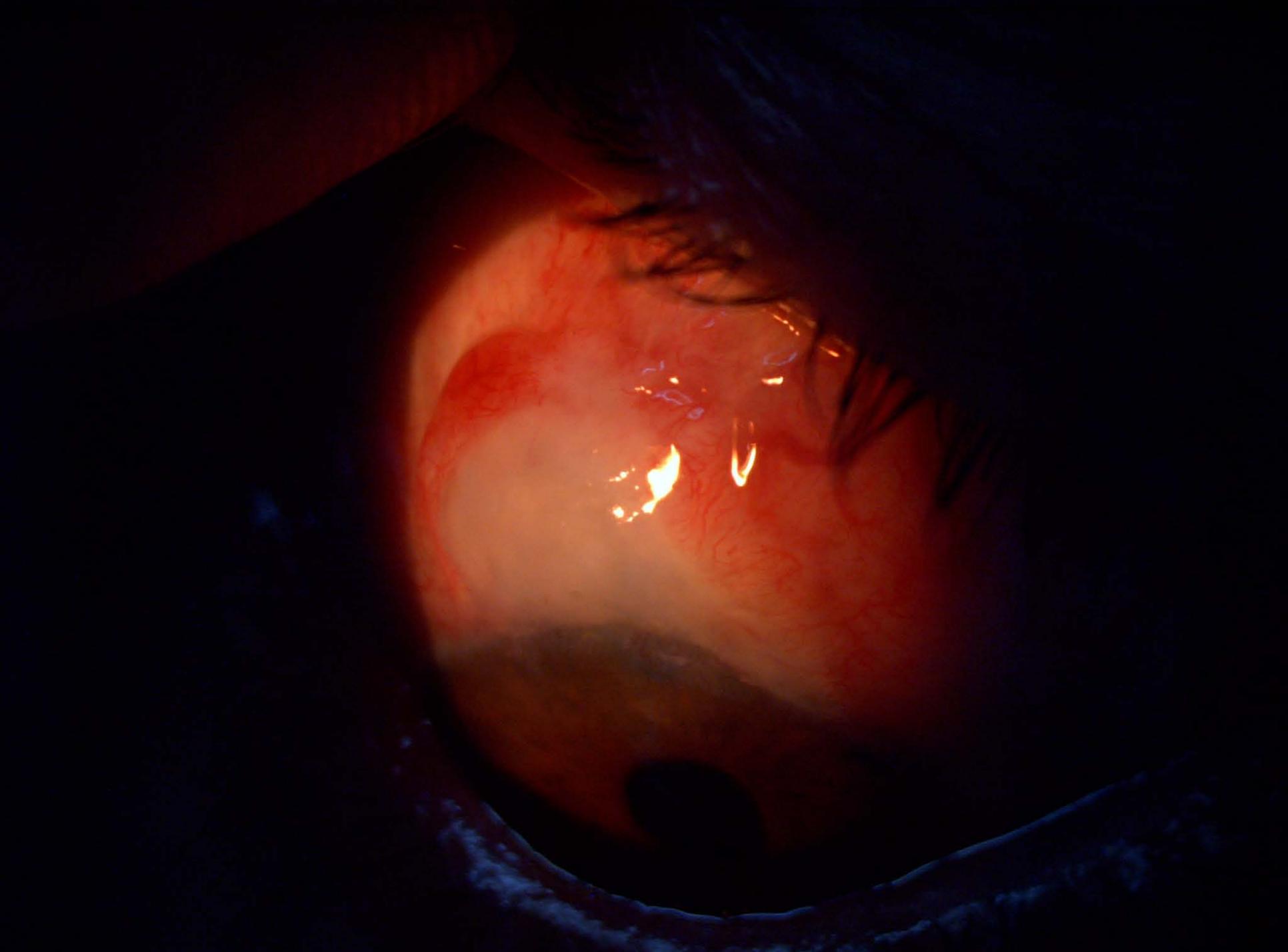
- EL ABCDE DE LAS AMPOLLAS
- A: ALTURA
- B: BORDE
- C: COLOR
- D: DIÁMETRO
- E: ESPESOR

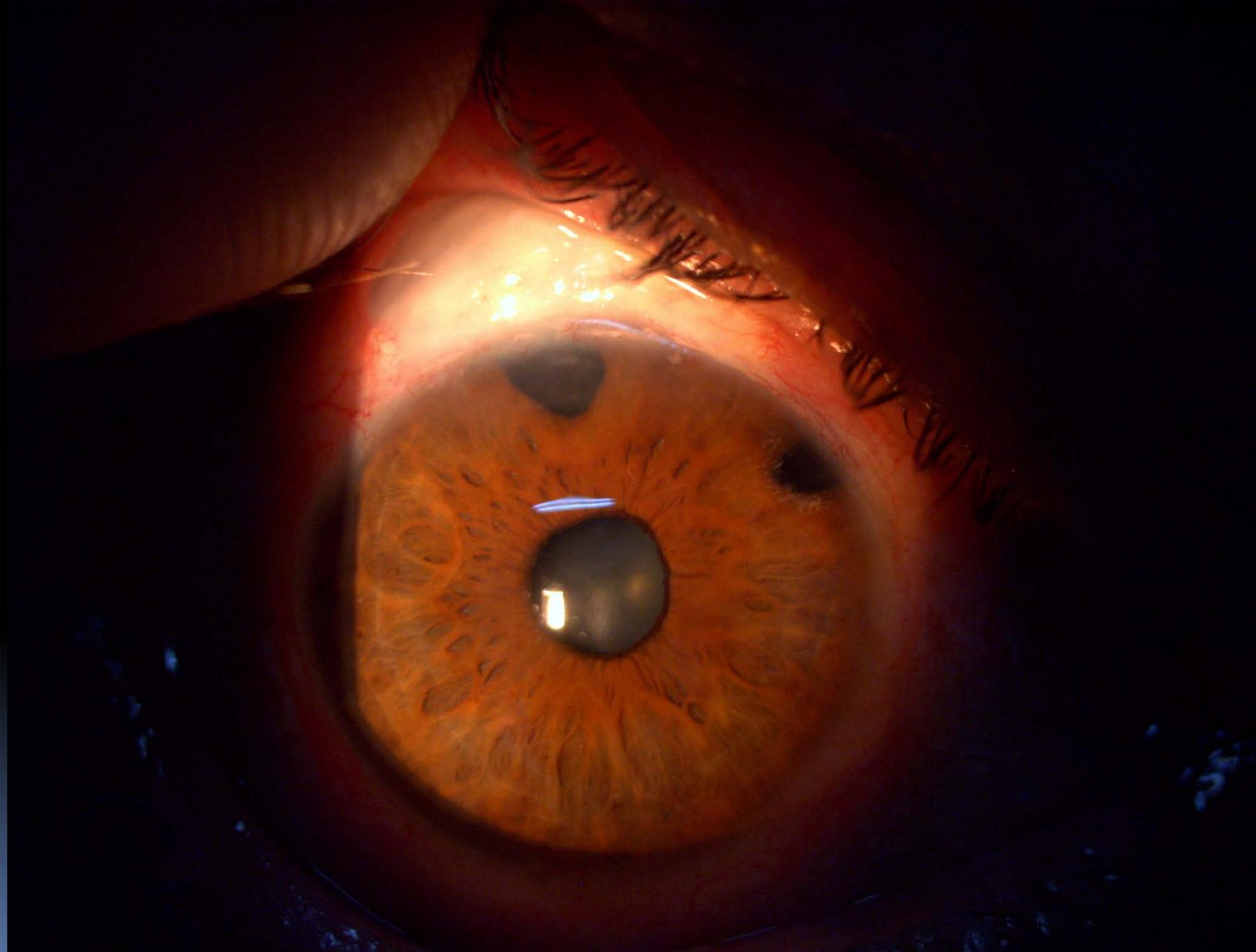


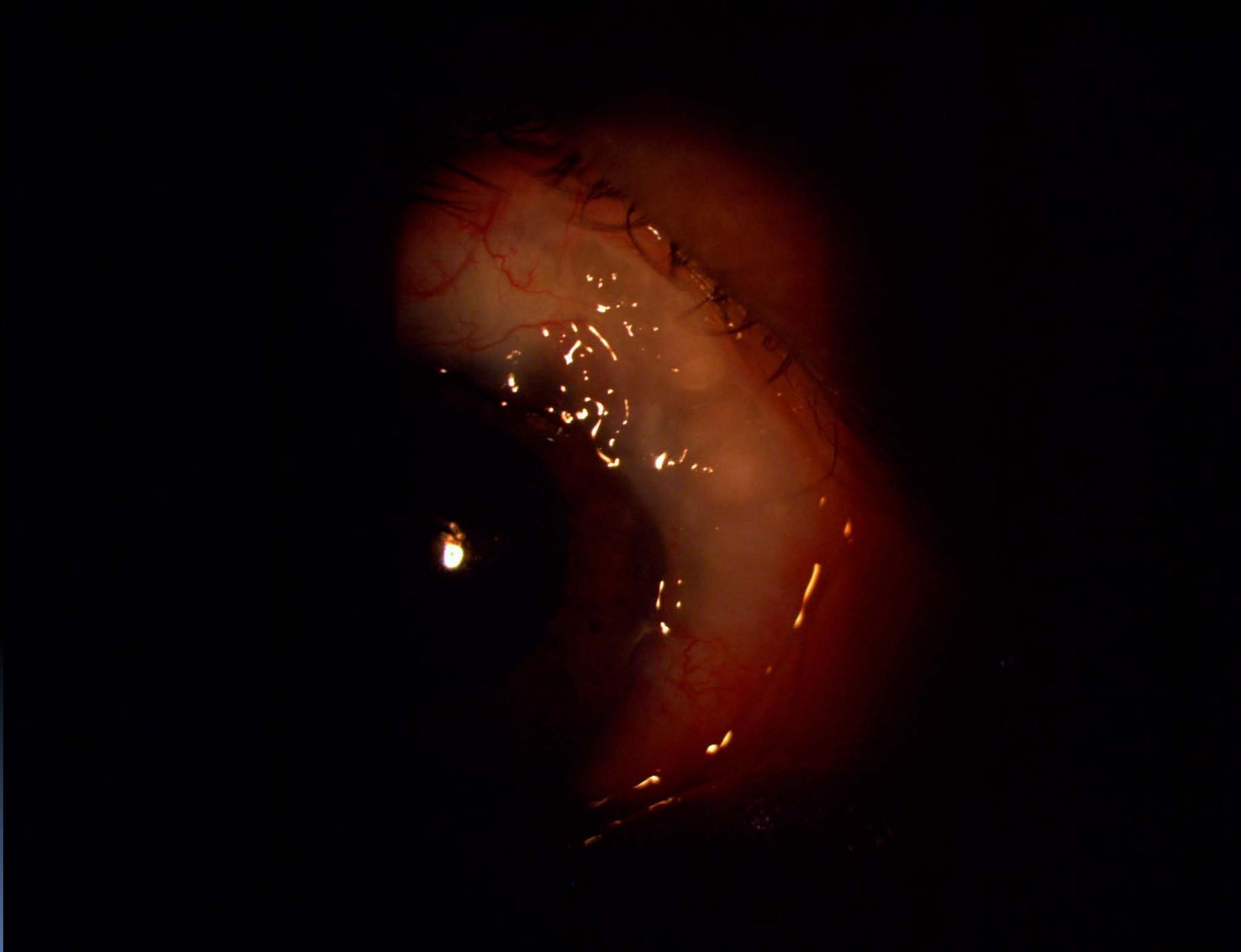
- 
- Revisar que no estén muy caídas en la córnea.
  - Revisar que no estén con seidel positivo.
  - Que no haya blebitis.
  - Que no esté quística.



- 
- Se puede corregir con una cirugía sencilla !!!









# INDICACIONES

- Como Cx. Primaria de glaucoma:
  - En glaucoma neovascular
  - En glaucoma traumático
  - En FEC previa
  - En Cx. De retina previa
  - Siempre???

# INDICACIONES

- Como Cx. secundaria  
Cuando falla la primera filtrante.  
Cuando falla la segunda filtrante.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

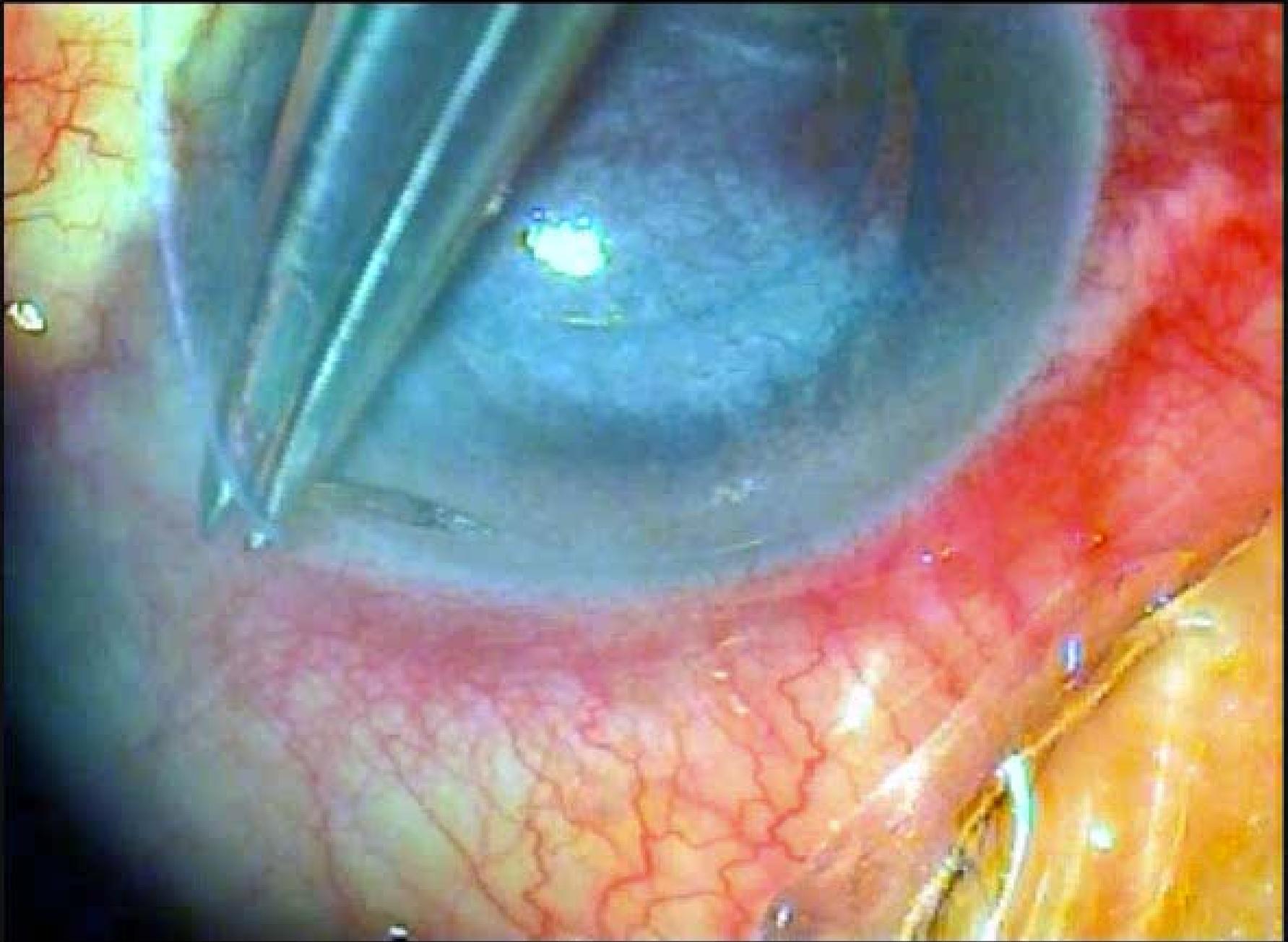
- Con anestesia local o general
- Cuadrantes temporal superior, segunda opción nasal superior.
- Sutura corneal con vycril 7-0 aguja t-g 140
- Incisión conjuntival base fornix
- Disección subtenonionia entre rectos y hasta atrás de ecuador.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Se purga la válvula
- Sutura con seda 7-0 doble armada con aguja tg – 140.
- Se fija a 8 a 10 mm del limbo.
- Se recorta el tubo , que entre a c.a 2 a 3 mm.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Se coloca parche de esclera o de pericardio o túnel escleral a 4mm. del limbo con aguja 23, previamente doblada en Z.
- La entrada debe ser en el ángulo con una angulación que no toque el endotelio corneal, ni el iris.
- Sutura conjuntival , puntos separados.



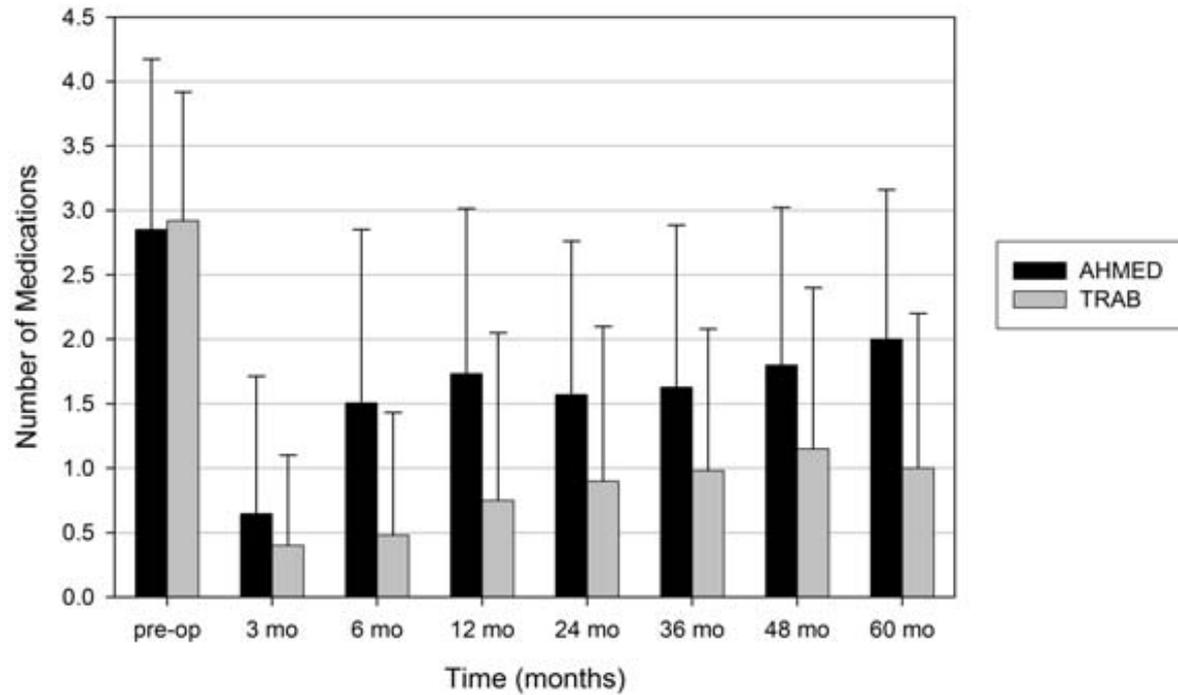
# ESTUDIOS COMPARATIVOS VALVULA DE AHMED VS TRABECULECTOMIA PRIMARIA

- El éxito reportado como disminución al menos de 20% o pio menor de 18mm.
- El estudio a 5 años demostró mas eficiencia al disminuir la pio con la trabeculectomía primaria que con la válvula.,

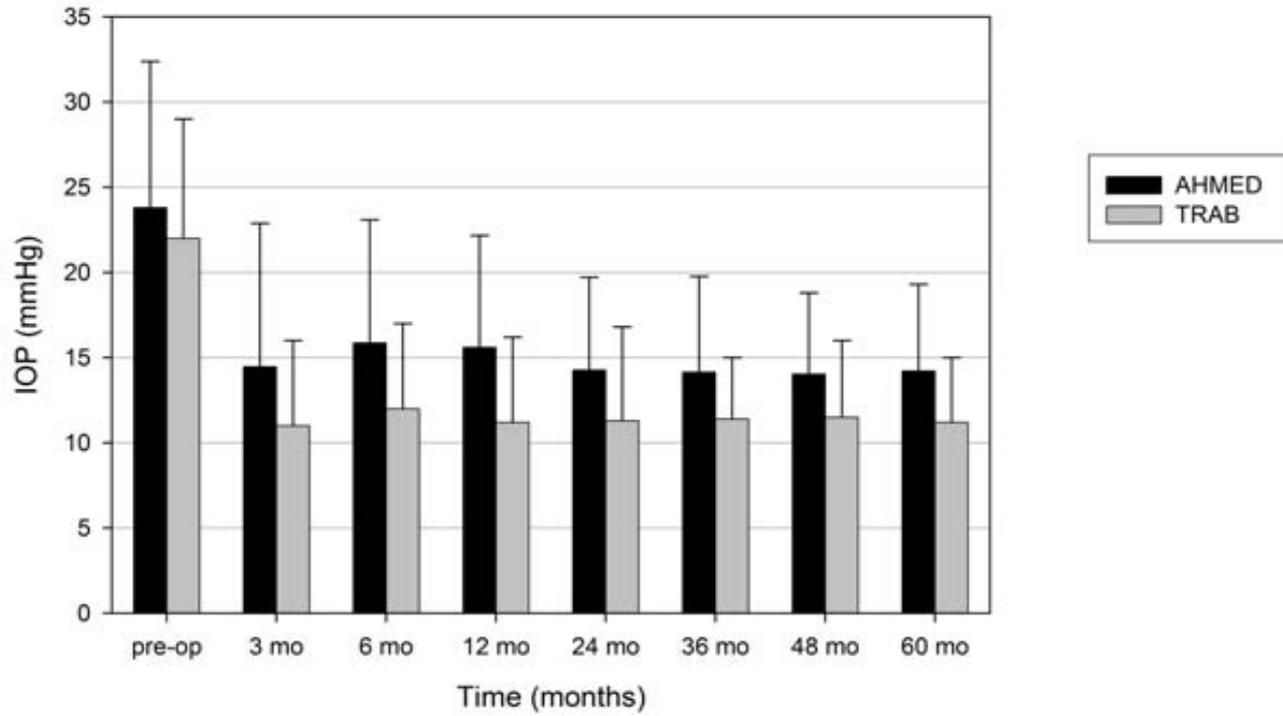
British Journal ophthalmology

Julio de 2009

AVERAGE NUMBER OF MEDICATIONS AGV vs TRAB



AVERAGE IOP AGV vs TRAB



# CÓMO REVISAR UN PACIENTE CON VÁLVULA DE AHMED

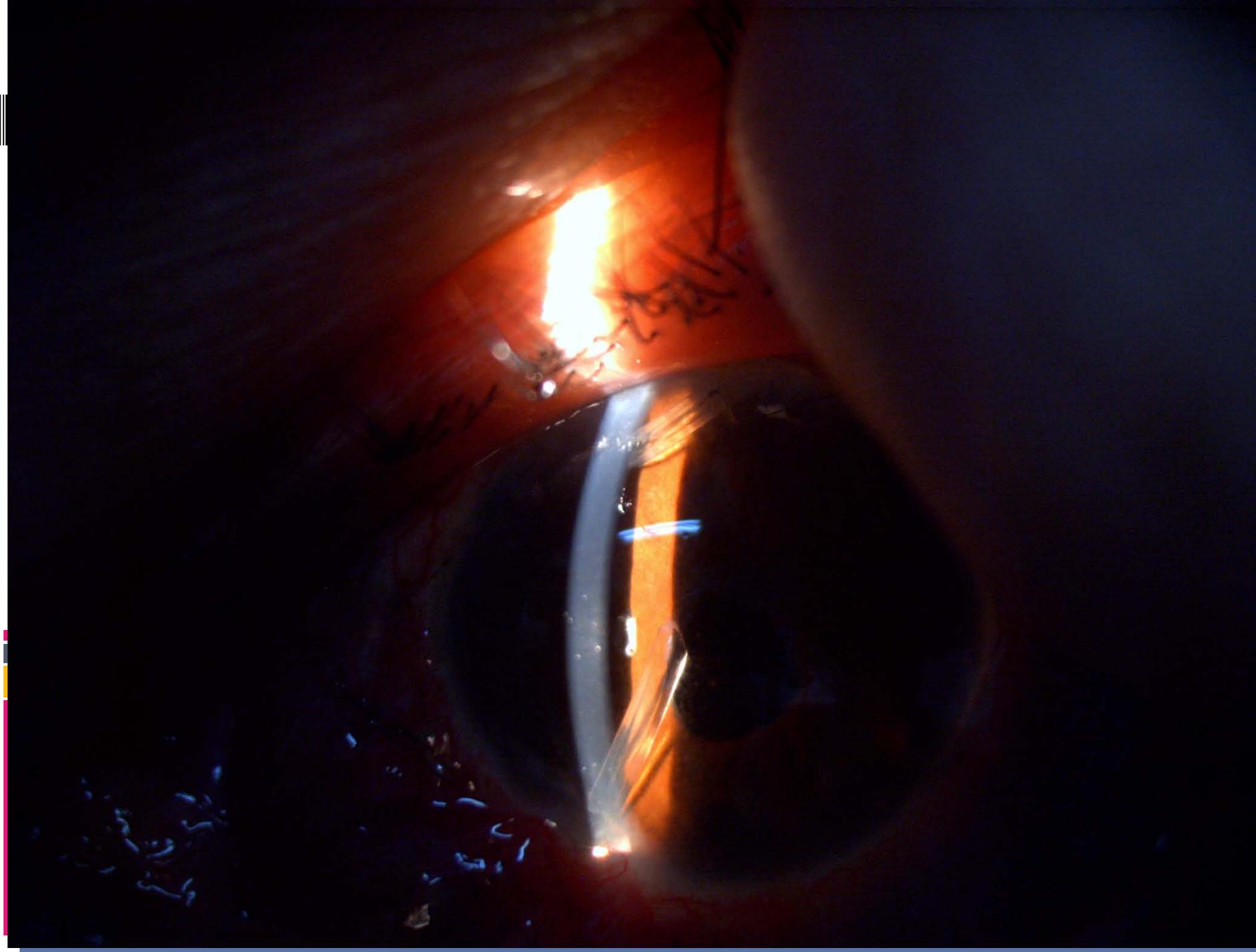
- **Revisar el tubo en cámara anterior:**
  - Que no este cerca del endotelio.
  - Que no esté rozando el iris.
  - Observar que no esté ocluido el tubo por iris, vítreo o fibrina .

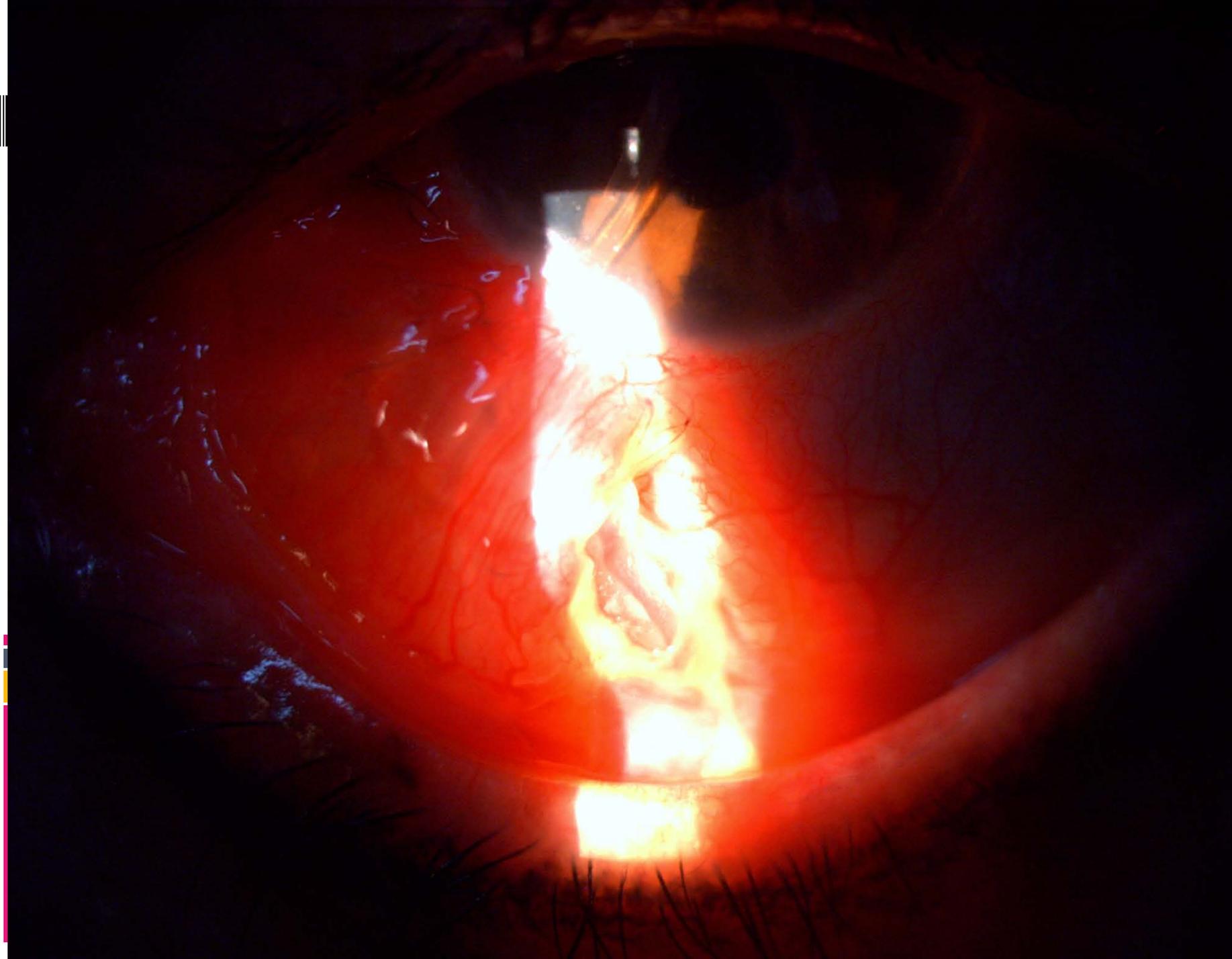
# CÓMO REVISAR UN PACIENTE CON VÁLVULA DE AHMED

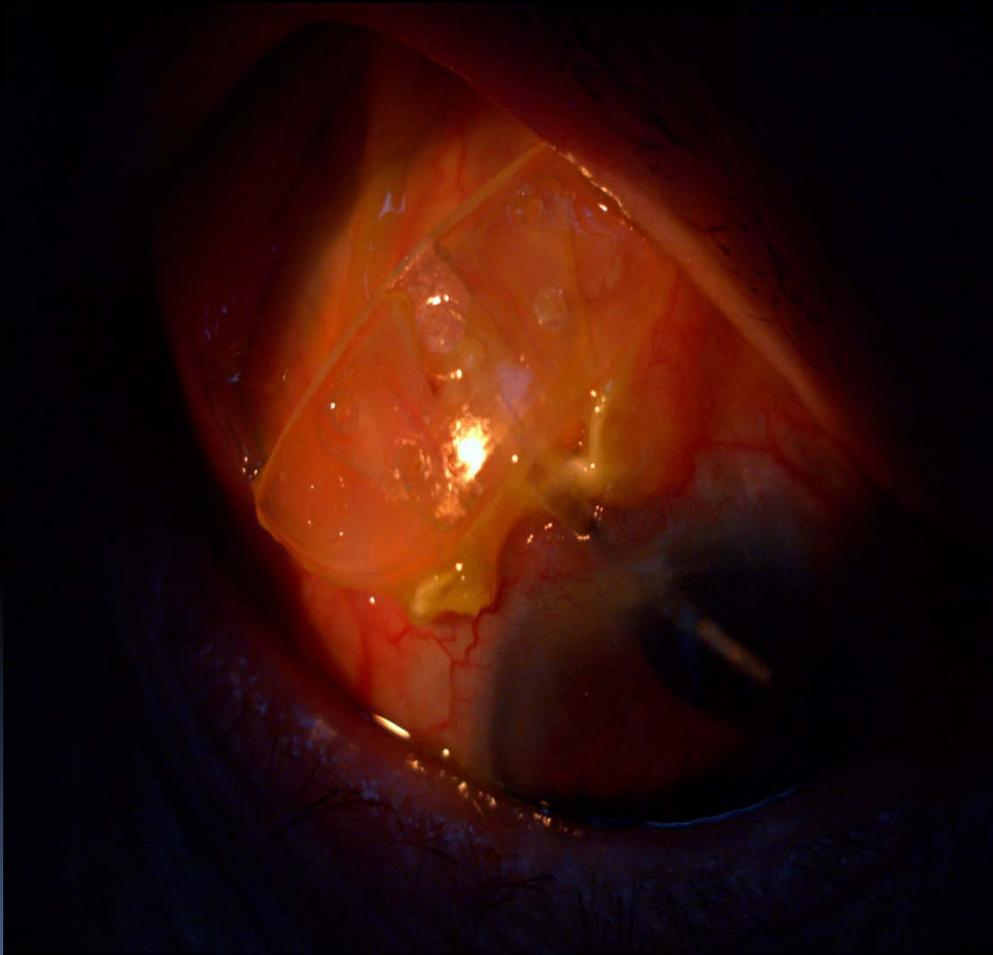
- **Revisar el tubo en conjuntiva:**
  - Que no haya extrusión o exposición del tubo.
  - Que no haya signos de inflamación sobre tubo.

# CÓMO REVISAR UN PACIENTE CON VÁLVULA DE AHMED

- Revisar el cuerpo de la válvula:
  - Que no haya exposición ni extrusión del cuerpo.
  - Observar el tipo de ampolla. Si está levantada y pio alta posible fibrosis sobre la válvula.









Gracias