

# Seidel tardío en trabeculectomía

ARTURO BURCHAKCHI; C. FERNÁNDEZ, M. PAULA;  
G, GUILLERMO HERNÁNDEZ ; M. ANGÉLICA, MOUSSALLI

## RESUMEN

**PROPÓSITO:** Presentar un caso de Seidel tardío luego de trabeculectomía con mitomicina intraoperatoria y analizar las alternativas terapéuticas.

**REPORTE DEL CASO:** Varón de 39 años operado de glaucoma con mitomicina intraoperatoria en su ojo izquierdo en el 2004 con dolor y disminución de la agudeza visual brusca del ojo derecho. Se observó hipotalamia, Seidel positivo e hipotonía. Se realizó cirugía con técnica de avance conjuntival local con buena evolución postoperatoria.

**CONCLUSIÓN:** El Seidel tardío es una complicación en trabeculectomías realizadas con antimetabolitos, especialmente con mitomicina. La resolución de dichos casos es difícil y existe un gran número de alternativas terapéuticas. La reparación quirúrgica, en el presente caso el avance conjuntival, resultó ser una buena opción terapéutica. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 32-33*

**PALABRAS CLAVES:** ampolla, Seidel, fuga, trabeculectomía

## Late bleb leakage after trabeculectomy

### ABSTRACT

**PURPOSE:** To present a case of late bleb leakage after trabeculectomy with adjunctive intraoperative mitomycin C and therapeutic alternatives for this complication.

**CASE REPORT:** A 39-year-old man with history of trabeculectomy with adjunctive intraoperative mitomycin C in his right eye in 2004, showed sudden pain with decrease of vision, shallow anterior chamber, low intraocular pressure and positive Seidel. The patient underwent conjunctival advance for reparation of the bleb with good results.

**CONCLUSION:** The risk of late-onset focal bleb leakage increases following trabeculectomy with antimetabolites therapy, especially with mitomycin C. The resolution of those cases is difficult and there are many alternative treatments. In this case, the conjunctival advance was a satisfactory option for the management of the leakage. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 32-33*

**KEY WORDS:** bleb, Seidel, leaking, trabeculectomy

Se denomina Seidel tardío al que se presenta luego de los 6 meses de realizada la trabeculectomía (TEC). La frecuencia es de 3,3% en ojos en que realizó el procedimiento quirúrgico con espesor completo. Los antimetabolitos muestran un incremento en la aparición de fugas, especialmente la mitomicina C (MMC) (con MMC 3,7% a 10% y con 5-FU 1,4% a 7%).<sup>1</sup> Las complicaciones del Seidel son: hipotonía con o sin edema macular, hipo o atalamia, desprendimiento corioides, blebitis y endoftalmítis.<sup>2</sup> Describimos un caso de Seidel tardío luego de trabeculectomía (TEC) con mitomicina C (MMC) intraoperatoria y se discuten las alternativas terapéuticas.

traoperatoria que consultó por dolor y disminución de la agudeza visual (AV) de aparición brusca en el OD. En la biomicroscopía se observó hipotalamia sin contacto iridocorneal, ampolla delgada y aplanada y Seidel positivo. La presión intraocular (PIO) era de 2 mmHg. Se diagnosticó Seidel tardío post TEC. Se realizó recubrimiento con avance del flap conjuntival previo avivamiento de epitelio corneal lindante al limbo, se cubrió la zona que presentaba Seidel y se suturó a limbo. En el postoperatorio la AV era 0,7 (la misma anterior al evento), la ampolla recuperó la estructura, encontrándose nuevamente sobreelevada, el Seidel negativo y la PIO en 15 mmHg.

Recibido: 14/08/07  
Aceptado: 24/09/07  
Servicio de Oftalmología  
Hospital Italiano de  
Buenos Aires  
Autor responsable:  
Dr. Arturo Burchakchi  
Gascón 450  
Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina  
arturo.burchakchi@  
hospitalitaliano.org.ar

## Reporte del caso

Paciente de sexo masculino, 39 años, operado de glaucoma de ojo derecho (OD) en el 2004 con trabeculectomía y mitomicina (MMC) in-

## Discusión

Existe una gran diversidad de opciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas para la reparación de la ampolla en casos de Seidel

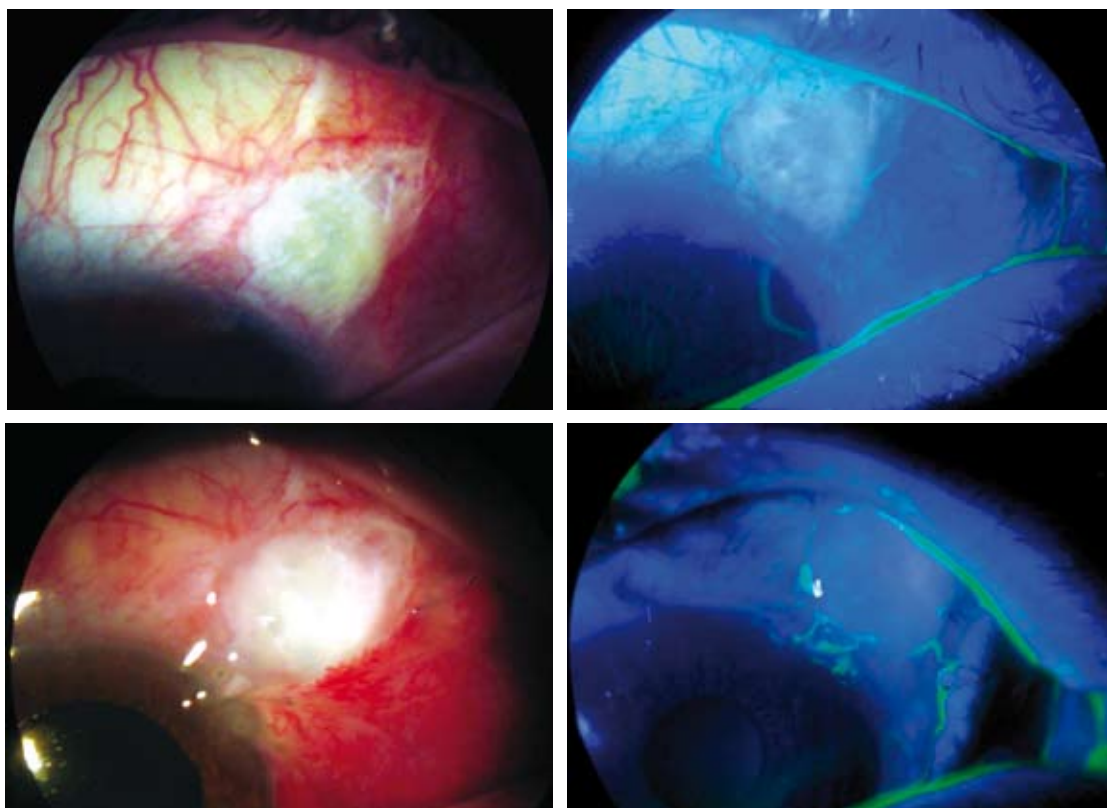


Figura 1. Preoperatorio: A. Ampolla delgada y aplanada, B. Seidel positivo (fluoresceína). Postoperatorio: B. Flap conjuntival cubriendo la zona de fuga suturado a limbo con ampolla formada. C. Ausencia de Seidel (fluoresceína).

tardíos. La elección del tratamiento depende de varios factores, a saber: el tamaño de la ampolla, la presencia o no de perforación, el tiempo de aparición del Seidel, el grado de compromiso de las diferentes estructuras oculares (ataleamia, maculopatía por hipotonía) y de la experiencia del cirujano. Entre los tratamientos no quirúrgicos se encuentran: Observación (supresión acuosa con beta bloqueantes, atropina y ATB profilácticos), lente de contacto terapéutica, taponamiento Simmons Shell y anillo de simbléfaron, inyección de sangre autóloga (aumenta celularidad y depósito de colágeno en las paredes de ampolla) y fibrina autóloga,<sup>3</sup> cianoacrilato, fotocoagulación de la conjuntiva con Laser Argón (impactos de gran diámetro y baja energía),<sup>4</sup> y Nd:YAG láser. La aplicación del láser debe realizarse con sumo cuidado, dado que puede llevar a perforaciones iatrogénicas.

Entre las opciones quirúrgicas se encuentran: Sutura con Nylon 10.0 aguja vascular o suturas compresivas con Nylon 9.0 (por periferia corneal, sutura en X o en colchero), injerto de conjuntiva, injerto escleral en asociación con avance conjuntival, transplante de membrana amniótica,<sup>5</sup> avance conjuntival con o sin incisiones relajantes,<sup>6-7</sup> y el recubrimiento rotacional.

En síntesis, el Seidel tardío es una complicación en TEC realizadas con antimetabolitos, especialmente con MMC. Habiéndose observado mayor recurrencia en casos de ampollas finas y avasculares. La resolución de dichos casos es

difícil y existe gran cantidad de alternativas terapéuticas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas, dependiendo de las particularidades del caso, con resultados variables. La alternativa quirúrgica es una buena opción. El recubrimiento con avance conjuntival presenta buenos resultados, mientras que el transplante de membrana amniótica, no ha demostrado resultados concluyentes. De todas formas la elección del tratamiento depende de diversos factores y es de destacar la importancia de la familiaridad del cirujano con el procedimiento a realizar.

#### Bibliografía

1. Greenfield DS, Liebmann JM, Jee J, Ritch R. Late onset bleb leaks after glaucoma filtering surgery. *Arch Ophthalmol* 1998;116:443-7.
2. Hu CY, Matsuo H, Tomita G, Suzuki Y, Araie M, Shirato S, Tanaka S. Clinical characteristics and leakage of functioning blebs after trabeculectomy with mitomycin-C in primary glaucoma patients. *Ophthalmology* 2003;110:345-52.
3. Haynes W, Wallace A. Combination of autologous blood injection and bleb compression sutures to treat hypotony maculopathy. *J Glaucoma* 1999;8:384-7.
4. Hennis HL, Stewart WC. Use of the argon laser to close filtering bleb leak. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1992;203:537-41.
5. Rauscher FM, Barton K, Budenz DL, Feuer WJ, Tseng SC. Long-term outcomes of amniotic membrane transplantation for repair of leaking glaucoma filtering blebs. *Am J Ophthalmol* 2007;143:1052-4.
6. Spencer NA, Lee C, Diamond JP. Combined conjunctival relieving incisions and advancement for the repair of late-onset leaking trabeculectomy blebs. *J Glaucoma* 2007;16:384-7.
7. Tannenbaum DP, Hoffman D, Greaney MJ, Caprioli J. Outcomes of bleb excision and conjunctival advancement for leaking or hypotonous eyes after glaucoma filtering surgery. *Br J Ophthalmol* 2004;88:99-103.