

Luxación recidivante del dispositivo Ozurdex® a cámara anterior

Recurrent dislocation of the Ozurdex® device to the anterior chamber

M. Alonso Agesta, S. Viver Oller, J. Lamarca Mateu, Rl. Barraquer Compte

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Correspondencia:

Maddi Alonso Agesta

E-mail: maddi.alonso@barraquer.com

Resumen

El implante de dexametasona Ozurdex® es un dispositivo intravítreo aprobado en el tratamiento de diversas patologías retinianas como, por ejemplo, el edema macular. Aunque poco frecuentes, puede presentar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias a corto y largo plazo. Se presenta un caso en el que, debido a un defecto iridiano y una lente de apoyo angular descentrada, existe migración reiterada de dicho implante a la cámara anterior. Sin necesitar recolocación quirúrgica o extracción, el dispositivo es relajado a la cavidad vítrea mediante posicionamiento del paciente. En este caso, el edema corneal preexistente obliga a adoptar una actividad quirúrgica a nivel del segmento anterior.

Resum

L'implant de dexametasona Ozurdex® és un dispositiu intravítrei aprovat pel tractament de diverses patologies retinianes com, per exemple, l'edema macular. Encara que poc freqüents, pot presentar complicacions intra i postoperatories a curt i llarg termini. Presentem un cas en el que, degut a un defecte iridià i a una lent de suport angular descentrada, es produeix migració reiterada de l'implant a la càmera anterior. Sense necessitat de recol·locació o extracció quirúrgica, mitjançant posicionament del pacient, s'aconsegueix luxar el dispositiu a la cavitat vítria. En aquest cas, l'edema corneal preexistent va fer precis adoptar una actitud quirúrgica per solucionar les alteracions de pol anterior.

Abstract

The Dexamethasone drug delivery system Ozurdex® is an intravitreal implant approved in the treatment of many retinal diseases such as macular edema. Though not frequent, the system can present complications during and after the operation at short and long term. Here a case is presented, where due to a defect in the iris and a decentered angle supported IOL, there exists a recurrent migration of the implant to the anterior chamber. Without the need for surgical relocation or extraction, the implant is relocated to the vitreous cavity by positioning the patient. In this case, the preexisting corneal edema forces the need to adopt surgical activity of the anterior segment.

Artículo presentado en formato Comunicación en Póster en el 45 Congreso de la Societat Catalana d'Oftalmologia

Introducción

El Ozurdex® (Allergan, Inc, Irvine, CA, USA) (implante de dexametasona 0,7mg) es un dispositivo biodegradable de 0,46mm de diámetro y 6mm de longitud inyectable en el ojo (vítreo). Se emplea en el tratamiento del edema macular (EM), tras la oclusión de la vena central de la retina¹. Su eficacia también ha sido documentada en otras enfermedades como el EM diabético, el EM persistente asociado a uveítis no infecciosas o a Sd de Irvine-Gass^{2,3}.

La migración de este tipo de implante en la cámara anterior es una complicación rara, pero descrita en la literatura, que puede provocar efectos secundarios que, en ocasiones, requerirán solución quirúrgica.

Se presenta a continuación un caso de la migración recidivante del dispositivo Ozurdex a cámara anterior en un paciente con un defecto iridiano y lente de apoyo angular descentrado.

Caso clínico

Paciente varón de 74 años que acude a nuestro centro para segunda opinión por diagnóstico de maculopatía inespecífica en ojo izquierdo y disminución de la visión de varios meses de evolución. Según la información que aporta el paciente, fue sometido a una vitrectomía pars plana (VPP) y facofragmentación de núcleo cristalino, tras cirugía de catarata complicada, e implante de lente L122V+17.00 en cámara anterior.

En dicho ojo se constata una agudeza visual con corrección (AVCC) de 0,2. A la exploración con lámpara de hendidura destaca un edema corneal, defecto pupilar nasal inferior, una LIO de apoyo angular descentrada (Figura 1), y en segmento posterior, se intuye un edema macular quístico (EMQ). Con estudio de Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), se cuantifica en 536 micras (Figura 2).

Teniendo en cuenta la evolución del cuadro y el resultado de las pruebas, se decide realizar una inyección de Trigón depot subtenoniano en ojo izquierdo para tratar el edema macular. Dada la escasa mejoría a las ocho semanas, se lleva a cabo una inyección de Ozurdex® en dicho ojo.

Acude a urgencias a los quince días por sensación de visión borrosa, observándose una luxación del dispositivo Ozurdex® a cámara anterior (Figura 3). Mediante maniobras de movilización de la cabeza, se consigue desplazar el dispositivo Ozurdex® a

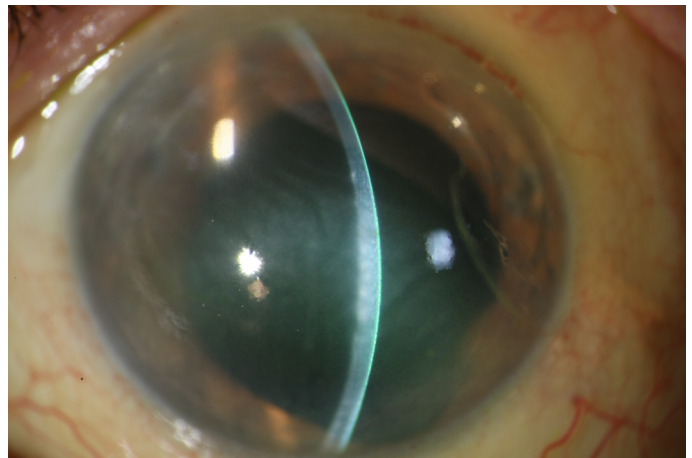


Figura 1. Córnea con edema estromal difuso, pliegues en Descemet, lente en cámara anterior (LA) y defecto del esfínter pupilar entre las 5 y 6 horas.

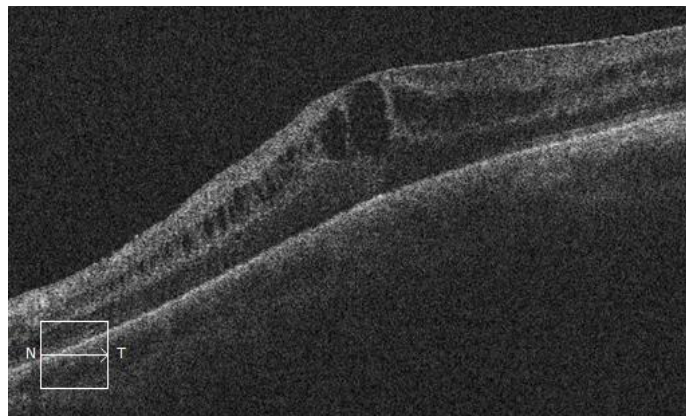


Figura 2. OCT que muestra el estado macular preinyección. Obsérvese el edema macular de 536 micras de espesor central y quistes intrarretinianos a nivel foveal.

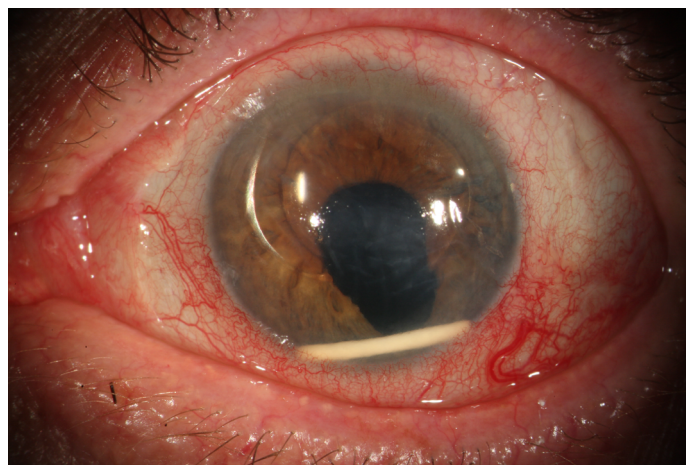


Figura 3. Ozurdex® luxado en CA.

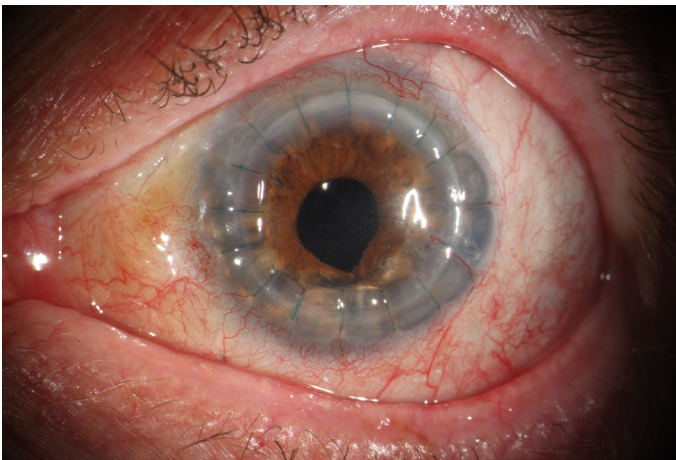


Figura 4. Queratoplastia penetrante, pupiloplastia y sutura de lente a esclera.

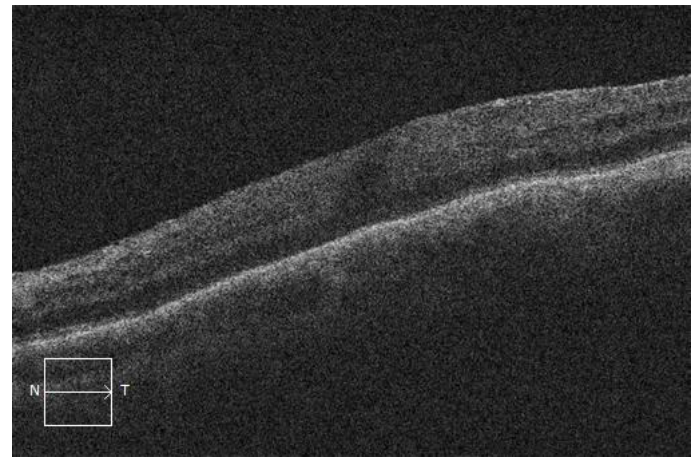


Figura 5. OCT a las 13 semanas de la inyección, tras la queratoplastia penetrante. Obsérvese el edema macular de 419 micras.

cavidad vítrea (CV). Hasta en siete visitas, el dispositivo vuelve a desplazarse a cámara anterior, y realizando las mismas maniobras se consigue, en la totalidad de las veces, su desplazamiento a la cavidad original. La presión intraocular (PIO) no sobrepasó los 17 mmHg en ningún momento de la evolución clínica del paciente.

El edema corneal presente, previo a las inyecciones de dexametasona, persistió a pesar de tratamiento con colirio y pomada antiedema y corticoides tópicos. A los 3 meses, se indicó Queratoplastia Penetrante (QP), extracción de lente de cámara anterior (CA), sutura de lente a esclera y pupiloplastia para corregir dicho defecto y asegurar la no relajación del dispositivo a CA hasta completar la reabsorción del mismo (Figura 4).

A las trece semanas de la intervención, muestra la mejoría del EM previo, con un espesor cuantificado por OCT de 419 micras (Figura 5).

Discusión

El tratamiento con implante de Ozurdex® en cavidad vítrea es un procedimiento altamente contrastado. Las complicaciones intraoperatorias de las inyecciones intravítreas de esteroides incluyen las debidas propiamente al proceso de inyección, como son: dolor, hiposfagmas, endoftalmitis, fisura de la cápsula posterior, pérdida de vítreo y deshicencia zonular. Las complicaciones postoperatorias incluyen el aumento de la presión intraocular, catarata subcapsular posterior, infección ocular secundaria de patógenos como el herpes simple.

La migración del implante de dexametasona a la cámara anterior es una complicación menos frecuente, que fue publicada por primera vez por Pardo *et al*⁴, en un paciente con LIO fijada a iris.

La migración del implante de dexametasona en ojos afáquicos, con alteración zonular o defecto integridad de la cápsula posterior e historia de vitrectomía previa, ha sido bien definida⁴⁻⁶. Se han descrito casos en los que la cápsula posterior estaba intacta y también en pacientes sometidos a cirugía de catarata con LIO anclada a iris^{4,7-9} Stepanov *et al* describieron dicha migración a través de una iridectomía basal en un paciente con LIO fijada a iris¹⁰.

La luxación del implante de Ozurdex® puede provocar complicaciones secundarias, tales como descompensación del edema corneal, lo que obliga a su recolocación o extracción^{4,6,7,9}. En el caso presentado, en todas las ocasiones, el dispositivo pudo ser recolocado a la cavidad vítrea con movimientos de flexo-extensión de la cabeza, previa dilatación pupilar entre el defecto iridiano y la lente luxada, similar a las maniobras descritas por Kishore y Schaal. *et al*.⁹, por lo que no precisó extracción o reposición quirúrgica.

El caso descrito presentaba edema corneal previo a las luxaciones recidivantes, con lo que no se pudo asociar la progresión de este edema con los contactos recidivantes del dispositivo de dexametasona con el endotelio, cuando éste, se luxaba a cámara anterior. La ausencia de resolución del edema corneal en los tres meses siguientes es indicación quirúrgica⁴, como en el caso presentado, en el que a la queratoplastia penetrante se asoció pupiloplastia y sutura de lente a esclera.

Conclusiones

Un defecto pupilar temporal inferior, como el expuesto, con una lente de apoyo angular no centrada, permite dejar un espacio, a través del cual, un dispositivo de dexametasona se puede luxar reiteradamente. Sin necesitar recolocación quirúrgica o extracción, el dispositivo puede ser relajado a su cavidad original mediante posicionamiento del paciente. El edema corneal persistente obligó a adoptar una actividad quirúrgica a nivel del segmento anterior, pero no se extrajo el dispositivo.

Bibliografía

1. Haller JA, Bandello F, Belfort Jr R, Blumenkranz MS, Gillies M, Heier J, Loewenstein A, Yoon YU, Jacques ML, Jiao J, Li XY, Whitcup SM, OZURDEX GENEVA Study Group. Randomized, sham-controlled trial of dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema due to retinal vein occlusion. *Ophthalmology*. 2010;117:1134-6.
2. Haller JA, Kuppermann BD, Blumenkranz MS, Williams GA, Winberg DV, Chou C, Whitcup SM. Randomized controlled trial of an intravitreal dexamethasone drug delivery system in patients with diabetic macular edema. *Arch Ophthalmol*. 2010;128:289-96.
3. Williams GA, Haller JA, Kuppermann BD, Blumenkranz MS, Weinberg DV, Chou C, Whitcup SM. Dexamethasone posterior-segment drug delivery system in the treatment of macular edema resulting from uveitis or Irvine-Gass syndrome. *Am J Ophthalmol*. 2009;147:1048-54.
4. Pardo D, Francés E, Gallego R, Díaz-Llopis M (2011) Anterior chamber migration of dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex®) Graefes. *Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2012;250:1703-4.
5. Bansal R, Bansal P, Kulkarni P, Gupta V, Sharma A, Gupta A Wandering Ozurdex® implant. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2012;2:1-5.
6. Jonas JB, Schmidbauer M. Steroid implant 2012t in anterior chamber of an aphakic vitrectomized eye. Graefes. *Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2013;251:385-6.
7. Vela JI, Crespi J, Andreu D. Repositioning of dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex®) migrated into the anterior chamber. *Int Ophthalmol*. 2012;32:583-4.
8. Mateo C, Alkabes M, Burés-Jelstrup A. Scleral fixation of dexamethasone intravitreal implant (OZURDEX®) in a case of angle-supported lens implantation. *Int Ophthalmol*. 2014;34:661-5.
9. Kishore SA, Schaal S. Management of anterior chamber dislocation of dexamethasone implant. *Ocul Immunol Inflamm*. 2013;21:90-1.
10. Stepanov A, Codenotti M, Ramoni A, Prati M, Jiraskova N, Rozsival P, Bandello F. Anterior chamber migration of dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex®) through basal iridectomy (Ando) in a pseudophakic patient. *Eur J Ophthalmol*. 2015;1-3.