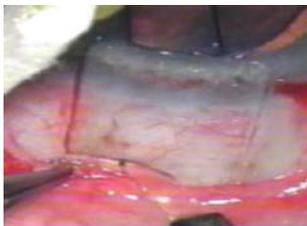


PERITOMIA



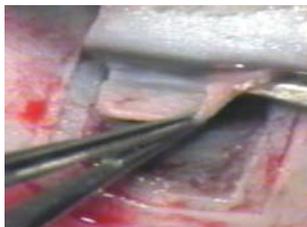
CAUTERIZACIÓN



FLAP ESCLERAL SUPERFICIAL
(2/3 GROSOR)



FLAP PROFUNDO DE 4X4 MM



RESECCIÓN SEGUNDO FLAP



PELADO Y PULIDO PARED
EXTERNA DEL CANAL



(A) IMPLANTE SOBRE
EL LAGO: ESCLERAL Y
SUTURA A ESCLERA



(B) IMPLANTACIÓN
SUPRACILIARIA: BOLSILLO DE
1.5MM / 2.0 MM DETRÁS DEL
ESPALO ESCLERAL



(B) FIJACIÓN DE ESNOOPER
POR MEDIO DE MUESCAS EN
BOLSILLO SUPRACILIAR



PUNTO DE SUTURA CENTRAL
ESCLERAL Y CIERRE
CONJUNTIVAL

Disección de un flap escleral superficial de 5 x 5 mm, de una profundidad de 2/3 del grosor escleral y que penetre en córnea clara 1.5 - 2 mm.

Marcamos un flap profundo de 4 x 4 mm. Encontramos el plano de disección correcto provocando una pequeña hernia coroidea en el vértice del flap profundo que nos sirve de referencia.

Una vez que ya tenemos el plano de disección correcto, continuamos liberando los pilares laterales, traccionando hacia arriba y no hacia delante del flap escleral hasta pasar el espolón escleral y exponer la MBTD, avanzando unos milímetros sobre la membrana de Descemet. Posteriormente resecamos el flap profundo.

Localizamos el canal por delante del espolón escleral y por la presencia de sangre filiforme en los laterales de los pilares. Posteriormente pelamos la pared externa del canal.

A continuación se presentan dos alternativas para la implantación del Esnoper V-2000:

(A) Sutura del implante Esnoper V-2000 sobre el lago intraescleral a esclera.

(B) Si nos decidimos por la implantación supraciliar, realizamos un pequeño bolsillo horizontal a 1.5 - 2.0 mm aprox. por detrás del espolón escleral hasta visualizar la coroides.

Con la ayuda de un escarificador entramos en el espacio supraciliar y procedemos a implantar en él la mitad del Esnoper V-2000 con los canales hacia arriba, para minimizar el roce con la coroides y favorecer la circulación del humor acuoso.

Suturamos el flap escleral con un único punto central y posteriormente la conjuntiva.