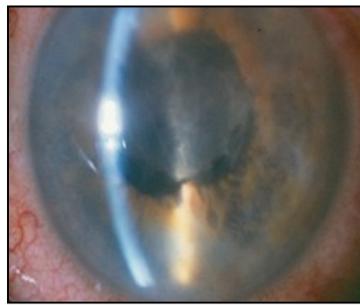


TASS
(TOXIC ANTERIOR SEGMENT SYNDROME)
Autor: Dr. Guido Bregliano

“Inflamación Postquirúrgica Aguda Estéril del Segmento Anterior”

CLÍNICA

- Visión borrosa
- Ojo rojo
- Edema corneal difuso “limbo a limbo”
- Tyndall / Flare / Fibrina



RECORDAR

*Puede cursar con una presentación clínica similar a la endoftalmitis infecciosa, pero **siempre limitada al segmento anterior.***

TRATAMIENTO

Corticoterapia Topica

- ✓ El pilar fundamental en el tratamiento del TASS es la supresión de la respuesta inflamatoria secundaria a la injuria tóxica.
- ✓ Uso intensivo de Corticoesteroides Tópicos:
 - Acetato de Prednisolona al 1% c/1 hora (primeras 48 hs) (luego tapering gradual y lento de acuerdo a inflamación).
 - Estricto seguimiento de la evolución del cuadro durante las primeras horas y días del tratamiento.

TASS VS ENDOFTALMITIS

	<u>TASS</u>	<u>ENDOFTALMITIS</u>
<u>APARICIÓN</u>	12-48 hs	4-7 días
<u>DOLOR</u>	AUSENTE	PRESENTE
<u>VISION BORROSA</u>	LEVE A MODERADA	MODERADA A SEVERA
<u>VITREITIS</u>	-	+
<u>REFLEJO ROJO</u>	PRESENTE	AUSENTE
<u>CORTICOTERAPIA</u>	MEJORIA	EMPEORAMIENTO

RECORDAR

Si existe una mínima duda respecto si estamos frente a una inflamación infecciosa o no, debemos tomar muestra para cultivo y PCR. Si las dudas continúan, tratar como si fuera una Endoftalmitis.

TASS

- Su presentación típica suele darse dentro de las primeras 12 y 48 horas postoperatorias.
- SIN inflamacion en cavidad vitrea.
- La administración tópica de corticoides, generalmente, es suficiente para resolver esta inflamación.
- Mantener profilaxis con ATB tópico hasta el alta.

Inyección de antibióticos intravítreos

Los más frecuentemente utilizados son la ceftazidima (2 mg en 0,1 ml) y la vancomicina (1 mg en 0,1 ml). En caso de pacientes alérgicos a los beta-lactámicos se puede utilizar amikacina (0,4 mg en 0,1 ml)¹.

Preparación de las diluciones

Vancomicina (a 1 mg en 0,1ml)

Tomamos 5 ml de suero, diluimos el antibiótico en polvo (vancomicina 500 mg) y luego lo volvemos a inyectar en el envase de fisiológico.

Con jeringa de insulina aspiramos 0,1 ml del *sachet* de 50 ml en el que hemos preparado la dilución del antibiótico.

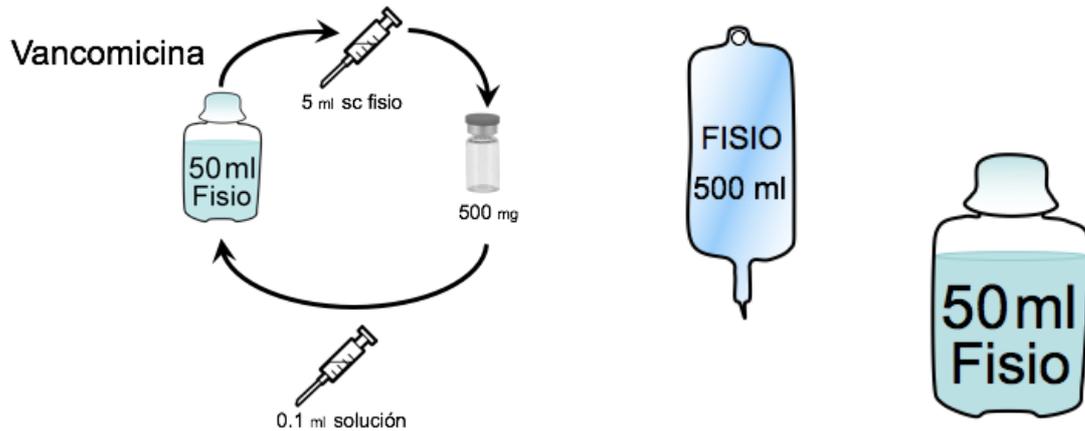
Con la misma jeringa podemos inyectar el antibiótico en la cavidad vítreo (3-4 mm de limbo)

Ceftazidima (a 2 mg en 0,1ml)

Tomamos 5 ml de suero, diluimos el antibiótico en polvo (ceftazidima 1000 mg) y luego lo volvemos a inyectar en el *sachet* de fisiológico.

Con jeringa de insulina aspiramos 0,1 ml del envase de 50 ml en el que hemos preparado la dilución del antibiótico.

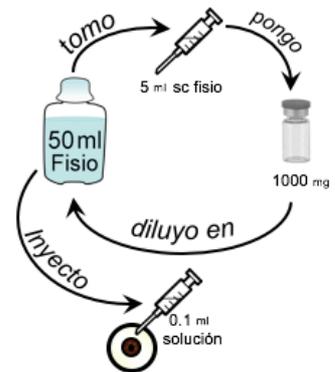
Con la misma jeringa podemos inyectar el antibiótico en la cavidad vítrea (3-4 mm de limbo)3.



Vancomicina 1 mg en 0,1ml



Ceftazidima 2 mg en 0,1ml



BIBLIOGRAFÍA

- *Cataract Surgery (3^o edition) - Roger Steinert. Toxic Anterior Syndrome – Nick Mamalis - Chapter 48 - pg 589*
- *Toxic anterior segment syndrome update: from the editor - Nick Mamalis MD – Journal Cataract Refractive Surgery – Vol 36, July 2010, page 1067.*
- *Cristalino de las Américas (2^o edición): “Síndrome Tóxico del Segmento Anterior” - Dr. Carlos Nicoli y Dr. Guido Bregliano. Capítulo 77, páginas 845 – 852..*
- *Toxic anterior segment syndrome: common causes – Carolee M Cutler Peck, MD, MPH, Jacob Brubaker, MD, Sue Clouser, RN, Chris Danford, Henry E Edelhauser, PhD, Nick Mamalis, MD – Journal Cataract Refractive Surgery – Vol 36, July 2010 – Page 1078.*
- *Mamalis N, Edelhauser HF, Dawson DG, Chew J, LeBoyer RM, Werner L. Toxic anterior segment syndrome. Journal Cataract Refractive Surgery. 2006;32:324–333*