

Sesión del día 24 de noviembre de 1969

TRATAMIENTO PREVENTIVO DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

G. PÉREZ-BUFILL PICHOT

Fieles a su mecanismo patogénico, las directrices quirúrgicas del desprendimiento de retina han sufrido a través de los tiempos cambios considerables, ya que al pasar los días las ideas patogénicas han evolucionado considerablemente.

Antes de Gonin; toda la patogenia del desprendimiento de retina fue encaminada a creer que toda afección coroidea daba lugar a una exudación de la misma, que al desplazar la retina hacia adelante la separaba de su capa nutricia, almacenándose este líquido coroideo detrás de la retina, al haber producido el despegamiento de la misma.

Toda terapéutica pues, fue encaminada en aquel entonces a la eliminación de este líquido, que se interponía entre estas dos membranas.

Dos eran los tratamientos que combinadamente se usaban; las punciones transesclerales para conseguir la evacuación de este líquido subretiniano, y las soluciones de cloruro sódico o cianuro marcúrico al 1×5.000 en inyección subconjuntival o intrateroniana para provocar un estado irritativo en la coroides y conseguir así una coroiditis adhesiva.

Las punciones transesclerales evacuadoras del líquido subretiniano eran favorables en la mayoría de los casos, aunque el éxito era efímero, pues al poco tiempo el líquido volvía a producirse, quedando las cosas como antes, sin haber conseguido el éxito esperado.

En los enfermos renales, cuya patogenia es meramente exudativa, y la descompensación circulatoria es la causa patogénica del desprendimiento de retina, se obtenían bastantes éxitos, con este tratamiento, aunque hemos de reconocer que son los típicos casos de curación espontánea.

Aunque el procedimiento descrito era todo punto insuficiente, no podemos negar que en algún caso se encontraba la solución. Estos métodos si alguna vez los usamos, siempre lo haremos como coadyuvantes, jamás como definitivos.

Podemos deducir por lo expuesto, que salvo en algún caso especial de desprendimiento de retina, los éxitos alcanzados en este período de tiempo eran tan pocos que podríamos decir que esta enfermedad era casi incurable.

En 1904 Gonin declara que es "conditio sine qua non" la presencia de un

desgarro para que se produzca el desprendimiento de retina, y en 1920 ya basa toda la patogenia del desprendimiento de retina idiopático en los desgarros; demostrando años más tarde, que la obturación quirúrgica de los mismos va precedida de la total curación.

La genial idea de Gonin de obturar los desgarros, resucitando las orientaciones patogénicas de Leber, para obtener la reaplicación de la retina, logra dar un paso gigante en el pronóstico del desprendimiento de retina, al conseguir que esta enfermedad prácticamente incurable, pasa a ser curable en la mayoría de los casos.

Con la termocauterización perforante en el sitio del desgarro, los éxitos se obtienen en un 30 a 35 %, aunque el procedimiento no estaba exento de recidivas, ya que la exactitud en la localización de los desgarros exigía una serie de medidas y cálculos no fáciles de conseguir.

La tracción del vítreo ejercida sobre la retina era otra de las medidas digna de tener en cuenta, pues como el propio Gonin decía: "la curación del desprendimiento de retina no sería de efectos durables, si las tracciones del vítreo no estuviesen contrarrestadas por una adherencia suficiente de la retina a la coroides".

Guist trata esta enfermedad mediante cauterizaciones de la coroides con potasa cáustica a través de múltiples trepanaciones esclerales.

En 1930, Webe sustituye la cauterización química por la diatermo-coagulación superficial y perforante de la coroides a través de la esclerótica. Gracias a esta genial idea los éxitos obtenidos llegan al máximo esplendor.

Es a H. Arruga a quien corresponde el mérito de vulgarizarlo y orientar las técnicas quirúrgicas, habiendo consagrado muchos años a la dedicación del estudio y progreso en la curación de esta enfermedad por este procedimiento.

Al pasar el tiempo son muchos los nuevos procedimientos y técnicas quirúrgicas que conducen a aumentar el número de éxitos, especialmente en aquellos casos de desprendimiento de retina antiguos, o intervenidos anteriormente sin éxito, o con gran separación retinocoroidea por retracción de la misma. Para remediar este inconveniente, el acortamiento del globo ocular mediante la resección escleral, logra la mayoría de las veces la aproximación de la coroides a la retina, consiguiendo así el resultado que perseguíamos. Otros de los procedimientos que cumplirán el mismo servicio de reducir este espacio entre retina y coroides será el cerclage de Schepens o el lazo de Arruga, y la ya descrita resección escleral con imbricación de la misma, con bucle de depresión y tantas y tantas técnicas simples o combinadas que no es nuestra intención describir en este trabajo.

DESGARROS RETINIANOS SIN DESPRENDIMIENTO DE RETINA. — La existencia de desgarros sin desprendimiento de retina es indudable, pues repasando antigua literatura, varios son los autores entre ellos **LEBER**, **KHUNT**, que fue el primero en señalar un agujero macular en un ojo sin traumatismo alguno.

VOET nos habla de la difícil diferenciación de un agujero de mácula con la degeneración quística. ELSCHING publica un caso en que el desprendimiento de retina queda aislado por una línea pigmentada reaplicándose la retina desprendida con pigmentaciones de coriorretinitis. El mismo GONIN observa tres casos de desgarros sin que acudiera el desprendimiento de retina. ARRUGA nos muestra varios casos personales que, existiendo uno o más desgarros, no se produjo el temido desprendimiento de retina.

En la actualidad, pocos son los oftalmólogos que no hayan diagnosticado uno o más desgarros sin el consabido desprendimiento de retina.

Los aparatos de exploración que poseemos hoy en día, así como las depuradas técnicas para practicar una oftalmoscopia correcta, hacen que cada vez se encuentren en mayor proporción estas lesiones.

Haciendo un buen examen fondo-ocular del paciente, lo cual conseguiremos usando primero la imagen invertida con espejo cóncavo y lupa, procurándonos un foco luminoso potente, obtendremos una visión de conjunto llegando a las zonas periféricas de la retina. La oftalmoscopia binocular de imagen también invertida, ayudándonos de la compresión transescleral, nos permitirá visualizar todo el "fundus" hasta la ora serrata inclusive. Una vez explorado todo el fondo ocular, la oftalmoscopia a imagen directa, nos permitirá el detalle de las lesiones retinianas de forma clarividente.

Hemos seguido durante 2 años consecutivos, una serie de ojos afectados de enfermedad miópica, dividiéndolos según las lesiones halladas en tres grupos:

a) *Degenerativas*; degeneraciones ecuatoriales y periféricas de retina y mácula, lesiones propias de miopías muy graduadas (degeneración cistoidea y colapso vítreo).

b) *Desgarros y agujeros retinianos*; estas lesiones se encuentran en mucho menor porcentaje, observándose con mayor frecuencia en la mácula ora serrata (desinserción) y, en general, en toda la periferia retiniana.

c) *Desgarros con desprendimiento de retina* circunscrito en determinadas zonas de la retina, por adhesión de la retina a la coroides, produciendo una barrera a la progresión del desprendimiento de retina, quedando esta zona aislada del resto de la retina sana por el borde de retinocoroiditis, que ha reinsertado la retina y la limita del resto de la misma.

¿Cómo debemos actuar ante esta clase de enfermos?

Las opiniones divergen de unos autores a otros, pues mientras unos son defensores acérrimos de actuar quirúrgicamente para evitar el posible desprendimiento de retina, los otros son partidarios de no intervenir, observando estrechamente al enfermo, haciendo uso de la cirugía, sólo en caso de sobrevenir el desprendimiento de retina; jamás preventivamente.

Por nuestra parte, harto difícil sería dar una respuesta segura y definitiva, sólo reflejaremos en este trabajo, nuestro modo de proceder en estos

pacientes, aunque consideramos que nuestra experiencia es bastante limitada por el momento.

Ante todo ojo con lesiones retinianas descritas anteriormente, creemos que la expectación y la estrecha vigilancia es la norma esencial a seguir. Si tenemos en cuenta los peligros que supone toda intervención profiláctica, ya que si no se hace con máxima cautela y adecuado tipo de intervención, podríamos provocar el temido desprendimiento de retina, en vez de evitarlo. Por otra parte, si comparamos el porcentaje de complicaciones postratamiento preventivo, y el porcentaje de desprendimiento de retina que acontecen en estas miopías degenerativas, veremos que en poco se diferencian.

A pesar de lo dicho, hemos de reconocer que no todo paciente es fácil de controlar de forma esmerada; la clase de profesión también es factor digno de tener en cuenta, así como el tipo y forma de lesión miópica degenerativa.

Las técnicas depuradas y el reciente instrumental y aparatos que en la actualidad disponemos (fotocoagulador, criocoagulador, Laser), hacen que nos aventuremos aún con más garantías a la cirugía preventiva, que en determinados casos.

EXPERIENCIA PERSONAL. — En un total de 33 enfermos miópicos explorados detenidamente, hemos hallado lesiones típicas de su enfermedad, en la forma que exponemos:

a) En 17 pacientes encontramos las típicas lesiones de empalizadas, degeneración cistoidea en las zonas ecuatoriales, periféricas y a veces maculares propias de su miopía degenerativa.

b) En 5 de los pacientes se hallaban de uno a tres desgarros en la periferia retiniana; 7 con agujero macular y 2 en zona ecuatorial.

c) Los 2 enfermos restantes estaban afectados de dos desgarros, uno en forma de huso y el otro de forma circular adheridos a coroides y circuncritos por barrera pigmentada que los excluía de toda zona de retina sana.

MODO DE PROCEDER ANTE ESTAS LESIONES. — Como ya hemos hecho referencia, sólo actuaremos de forma preventiva:

1) en los pacientes con desprendimiento de retina en un ojo y desgarro retiniano en el otro,

2) en los desgarros con adherencias al cuerpo vítreo,

3) en pacientes con desprendimiento de retina en un ojo, con alteraciones microquísticas en el congénere,

4) en los ojos miopes con marcada hipotensión.

Son en la actualidad la crioterapia y la fotocoagulación las técnicas que a nuestro juicio ofrecen menos peligros, en esta clase de intervenciones, aunque no están exentas de complicaciones.

Fotocoagulación. — Aunque no tenemos experiencia personal, creemos

que su eficacia es indudable, especialmente en los agujeros maculares, por evitarnos una serie de maniobras en la localización de dicha zona.

Su modo de proceder es digna de tener en cuenta, ya que en la foto-coagulación al penetrar su fuerza calorífica por la pupila, provoca un aumento de temperatura directamente en el epitelio pigmentario y la coroides. El calor que llega a los tejidos vecinos no es más que reflejo del que ha recibido el epitelio pigmentario. Por tanto, la destrucción tisular es mínima si se realiza en dosis adecuadas, no llegando según KIRKCONNEL a ser tan inofensiva como la criopexia.

MAYER-SCHWICKERATH, J. FRANÇOIS, HARVEI, OLIVELLA y CASANOVAS, con su dilatada experiencia, nos dan las normas esenciales para reducir los riesgos al máximo en la foto-coagulación de estas lesiones, aunque nunca estamos exentos de las mismas.

La localización del desgarro, agujero macular o pseudoagujero, al igual que los demás tipos de lesiones es indispensable. El respeto al haz papilomacular y una gran prudencia en el uso del calor lumínico, al igual que el tamaño del diafragma; son condiciones imprescindibles para proceder debidamente.

EXPERIENCIA PERSONAL. — De los 33 pacientes anteriormente descritos, 4 son los tratamientos preventivos que hemos llevado a cabo, entre los que pueden contarse los siguientes:

Paciente n.º 1. — Hembra, 31 años, natural de Barcelona, O.I., antiguo desprendimiento de retina total, O.D., 22 dioptrías, desgarro región periférica, cuadrante superoexterno en forma oval, sin desprendimiento alguno.

Ante el temor que sobreviniera lo del ojo congénere, practicamos una criopexia circunscribiendo el desgarro, con suaves criopunturas sobre el mismo. El resultado fue satisfactorio, al quedar sellado por completo el desgarro con mínima reacción inflamatoria al provocar la adhesión corioideorretiniana. A los 6 meses la paciente continúa en perfecto estado.

Paciente n.º 2. — Varón de 47 años de edad, natural de Lérida, miope de 19 dioptrías O.D. y 17 O.I. En su fondo de ojo se observan tres pequeños desgarros en la periferia de la retina, en su O.D. cuadrante superoexterno entre Ih y II 1/2h. Dada su profesión de viajante, que nos representaba una falta de control casi absoluto, le practicamos una diatermo puntura, en barrage en dicha zona (siempre sobre retina sana) dejando las lesiones por exclusión separadas del resto de la retina.

Paciente n.º 3. — Hembra, 56 años, natural de Berga, miope de O.D. 14 dioptrías y O.I. 15 dioptrías, pudimos apreciar en su O.D. un agujero macular, sin pigmentación alguna en sus bordes. Se le practica una criopuntura en dicha región, a los 8 meses sigue con la adhesión retinocoroidea sin complicación alguna. En su curso posoperatorio no hubo complicación alguna, la reacción adquirida fue puramente terapéutica.

Paciente n.º 4. — Hembra de 60 años, de Seo de Urgel, profesión mujer de limpieza, con 14 dioptrías en su O.D. y 17 dioptrías en su O.I. En su O.D. pudimos apreciar un desgarro en la periferia del cuadrante inferoexterno,

dado la magnitud del desgarro, y el presentar además opacidades de cristalino en su O.I. nos decidimos a intervenir preventivamente.

La causticación por el frío en forma de barrera excluyendo la lesión del resto de la retina, hasta el momento (hace tres meses) se halla el barrage en perfecto estado. Queremos hacer constar que dado el tamaño del desgarro, efectuamos la criopuntura a bastante distancia de la región lesionada.

Es, a nuestro modo de ver, la *crioterapia* el procedimiento que, además de ser efectivo, es el más inocuo, puesto que, como está demostrado, las reacciones inflamatorias retinocoroideas son mínimas, evitando así que se formen membranas exudativas prerretinianas, que tan funestas consecuencias suelen acarrear. La conservación al máximo de la integridad de la esclerótica y en gran parte de la coroides, son pruebas suficientes para usar este procedimiento, más aún en estos pacientes miopes con retinas frágiles y degeneradas, que a la menor reacción retráctil pueden provocar el consabido desprendimiento de retina.

KIRKCONNEL, en un estudio comparativo de la acción de la diatermia, fotocoagulación y criopexia en ojos de conejo, encuentra que tanto la diatermia como la fotocoagulación, son capaces de producir adherencias vítreo-retiniana, o bridas en el vítreo; en cambio, estos efectos no existirían mediante la aplicación del criocauterío.

La criopexia no produce la retracción térmica del vítreo que puede producir la diatermia por elevación de temperatura, con el consabido fracaso de la función de soporte del cuerpo vítreo (cuando se usa con demasiada intensidad), y debida a esta retracción de los tractus fibrosos retinianos se dificulta más aún la esperada reaplicación de la retina en casos de su desprendimiento.

Para finalizar, sólo en casos muy determinados que creamos es ortodoxo operar, diremos que de emplear con predilección la criopexia por las razones expuestas, lo haremos circunscribiendo el desgarro o lesión siempre sobre retina sana, y a cierta distancia de la zona enferma. Debemos formar a nuestro modo de ver, una frontera de coriorretinitis adhesiva lo suficientemente consistente, que nos asegure la exclusión de esta zona patológica, de la retina sana de manera permanente.

En casos especiales, como serían enfermos miópicos con gran hipotensión ocular, actuaríamos bloqueando las venas perilímbicas con cauterizaciones episclerales logrando así aumentar la tensión ocular.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRUGA, H.: Etiología y patogenia del desprendimiento de retina. IV Concilium Ophthalmologicum (1933).
AMSLER, M.: Le traitement préventive du décollement de la rétine. Actas VIII Concilium Ophthalmologicum, pág. 966-968 (1958).
BELMONTE, N.: Los desgarros de la retina sin desprendimiento. Arch. Soc. Oftal. II.-Amér., págs. 427-441 (1968).

- CASANOVAS LA ROSA: Tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina; estudio anatómopatológico y experimental. Arch. Soc. Oftal. H.-Amer., págs. 154-184 (1969).
- CUSTODIS, E.: Le traitement préventive du décollement de la rétine, "Actas XVIII Concilium Ophthalmologium" págs. 982-987 (1958).
- DUCH, y J. CASANOVAS: Criocirugía del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Oftal. H.-Amer., pág. 359 (1968).
- FRANCESCHETTI, A.: Considérations sur le traitement prophylactique du décollement de la rétine. Ann. d'Oculist, págs. 198, 1075-1086 (1965).
- MUÑOZ, A.: Causas de fracaso en la cirugía del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Oftal. H.-Amer., págs. 341-349 (1968).
- OLIVELLA CASALS: La fotocoagulación como tratamiento en oftalmología. XLVI Congreso de la Soc. Oftal. H.-Amer. Ponencia oficial. Meyer Schwickerath, G.: Actas XVIII Concilium Ophthalm., págs. 1000-1004 (1958).
- SCHEPENS, OKAMURA y BROCKHURST: A. M. A. Arch. Ophthal., pág. 797 (1957).
- SCHEPENS: Importance of the vitreous body in retina surgery. The Mosby Company St. Louis, pág. 112 (1960).

Hospital de S. Pedro Claver. Servicio de Oftalmología. (Director: Dr. G. PÉREZ-BUFILL.)
