

DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA Y SU RETINOPEXIA QUIRURGICA (*)

REGMATOGENE DETACHMENT OF RETINA AND SURGICAL RETINOPEXY

*Dr. Luis A. Ayala Haedo R. (**)*

Summary: Regmatogene Retina Detachment is fairly frequent in Paraguay; the 62 cases examined from August '72 through April '81 come from various areas of the country and a number of different professions. The treatment of this condition is Surgical Retinopexy, with the occlusion of tears or holes and the application of segmentary and/or circular explants, according to the case. For the first, only diathermy was used to locate the tear or breakage and after this, cryotherapy was used.

Postoperative stage: binocular dressing, absolute bedrest. First checking after 48 hours and, according to the development, more freedom of movement. In 77% of said 62 cases the retinal reattachment was perfect, with varied functional recovery, according to location and age of the detachment. The age of the patients fluctuates between the second and eight decennial, prevailing the sixth. Male patients were slightly more frequent.

From the 62 patients examined, nineteen (35.5%) showed predisposing corio-retinal lesions in both eyes. Five patients (8.5%) had simultaneous detachment in both eyes, and 38 (56%) had sustained retinal detachment in only one eye.

As the early treatment of retinal detachment leads to the achievement of results with optimal functional recovery, it seems necessary that a Health Education Program be conducted throughout the whole country, in order to disseminate, essentially, the subjective prodromic symptoms of retinal detachment.

Retinal detachment should be diagnosticated at an early stage, in order to commence treatment with good visual prognosis.

Resumen

El desprendimiento regmatógeno de retina, es relativamente frecuente en el Paraguay; los 62 casos examinados desde agosto/71 a abril/81, proceden de distintas áreas del país y de distintas profesiones.

Su tratamiento, la retinopexia quirúrgica, con la oclusión de o los desgarros o agujeros y la aplicación de explantes segmentarios

(*) Tesis Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas, 1981. (Resumen)

(**) Profesor Asistente de Oftalmología, F. C. Médicas, Universidad Nacional Asunción.

y/o circulares, según los casos. En los primeros sólo se usa Diatermia, posteriormente se usó Diatermia para ubicar el desgarró o rotura, para luego hacer aplicación de Cryo.

El post-operatorio: vendaje binocular, reposo absoluto en cama, a las 48 hs. el primer control y de acuerdo a su evolución, más libertad de movimiento. El 77% de los casos, hubo un recolamiento retiniano perfecto y la recuperación funcional variable, según la localización y antigüedad del desprendimiento. La edad de los pacientes oscila entre el 2º y 8º decenios de vida, con predominancia en el 6º. Ligera mayor frecuencia masculina.

De los 62 pacientes examinados, 19 (35.5%), tenían lesiones corioretinianas predisponentes en ambos ojos, 5 pacientes (8.5%) con desprendimiento simultáneo en ambos ojos y 38 (56%) con desprendimiento de retina en un solo ojo.

Siendo, sin duda, el tratamiento precoz de un desprendimiento de retina el que conduce a obtener resultados con recuperación funcional óptima, parece necesario a través de un programa de educación sanitaria que llegue hasta los más apartados rincones del país, difundiendo fundamentalmente, las manifestaciones subjetivas prodrómicas del desprendimiento de retina.

El desprendimiento de retina, debe ser precozmente diagnosticado, para así encarar su tratamiento con buen pronóstico visual.

Introducción

La elaboración de este trabajo, no lleva como único propósito presentarlo como tesis en nuestra Facultad de Ciencias Médicas, con miras de acceder a la docencia, sino, también y fundamentalmente, el de aportar a la casuística nacional, nuestra experiencia relativamente importante, en el tratamiento quirúrgico de 62 casos de desprendimiento de retina. Desde los primeros días de mi incorporación, como médico residente al Servicio Hospitalario de la Cátedra de Oftalmología, tuve la oportunidad de estar frente a pacientes con desprendimiento de retina, y fue así como empecé a interesarme en éstos pacientes, quienes conocedores de que su afección era grave y de mal pronóstico, era muy poco lo que pedían.

A mi regreso de Puerto Rico, en donde asistí al Curso Básico de Oftalmología, ví la necesidad de estar en un centro donde pudiera ver y aprender cómo se trabaja frente a un paciente con desprendimiento de retina; así fue que en 1974 asistía al Servicio del Prof. Urrets-Zavalía, eminente retinólogo argentino en la ciudad de Córdoba-Argentina.

Hemos operado un número importante de casos, en relación para nuestra población; muchas veces hemos logrado recolar total-

mente la retina, pero, la visión no mejoró o mejoró poco; se trataban de desprendimientos de retina antiguos, de ahí nuestra preocupación de difundir a nivel nacional los síntomas prodómicos del desprendimiento de retina.

Somos concientes de que hemos tenido fracasos, pero la confianza de los pacientes y el apoyo de los colegas que nos envían sus pacientes para su estudio y tratamiento, ha hecho, que comprendamos perfectamente nuestra responsabilidad, y que Dios mediante, debemos seguir estudiando e ir perfeccionándonos en este campo de la patología retiniana; largo es el camino para llegar a la meta deseada, pero los primeros pasos ya hemos dado y seguiremos adelante.

Material y método

Hemos examinado 62 pacientes con desprendimiento de retina y 82 ojos; pacientes de la Cátedra de Oftalmología, del Centro de Prevención de la Ceguera y del consultorio privado, que van del 1971 a 1981; en todos los casos tuvimos participación activa en su pre-operatorio, operatorio y post-operatorio, actuando como cirujano o como ayudante con poder de decisión. A todos los pacientes le hemos examinado en forma sistemática con oftalmoscopio directo, indirecto y 3 espejos de Goldmann, medio éste, que nos permite detectar la participación vitrea en el desprendimiento de retina; le practicamos su esquema topográfico y le hacemos 72 hs. de reposo y lo volvemos a examinar, si hay reaplicación seguimos con el reposo que no pasa 48 hs. más, para su cirugía; muy importante es la reaplicación pre-operatoria.

A todos los desprendimientos de retina los hemos intervenido quirúrgicamente, sin importarnos su recuperación funcional, sino, su reaplicación; de acuerdo al tipo de desprendimiento empleamos explante segmentario y/o circular; como segmentario usamos generalmente esponja de silicón y como circular, banda de silicón. Nosotros no practicamos de rutina el drenaje del fluido subretiniano, aunque cabe destacar que en los últimos operados lo hemos hecho; la ventaja que nos da, es tener una reaplicación importante al finalizar la cirugía.

Para los ajustes de los explantes, sean circular o segmentario, nos guiamos por el estado de la arteria central de la retina. Para la retinopexia, actualmente usamos diatermia para la localización y luego cryo. Siempre practicamos la cirugía con oftalmoscopio indirecto binocular y con el mismo, controlamos la aplicación de cryo. En cuanto al reposo post-operatorio, normalmente si no hay problema, al 7º u 8º, máximo el 10º día, ya va a su casa el paciente.

Manifestaciones clínicas del desprendimiento de retina. Comienzo del desprendimiento de retina: Se manifiesta subjetivamente por un **trastorno visual**, más o menos brusco y súbito. El paciente percibe, de repente, en cierta dirección de su campo visual, un "velo", una "cortina" sombreada, más o menos flotante, que se extiende o agranda día a día, a veces en horas. (1)

El velo característico aparece, más frecuentemente hacia abajo y del lado nasal del campo visual, con tendencia a subir; y es cuando el paciente pasa maquinalmente la mano sobre su nariz que le parece agrandada; la exploración del campo visual revela la presencia de un escotoma periférico en el sector inferior, debido a que el desprendimiento de retina asienta, en la parte superior, conservándose la visión central durante días y aún semanas o pudiendo otras veces estar abolida casi instantáneamente, según que el desprendimiento de retina se extienda lenta o rápidamente, sin ser raro encontrar que sufren fluctuaciones de su visión: de mañana, después del reposo nocturno, la visión central restablecida y mejorado su campo visual, y, por la tarde, nuevamente con visión borrosa. (1)

Otras veces, el desprendimiento de retina se manifiesta en forma menos drástica; el paciente prefiere, sin poder precisar fecha, ciertos trastornos visuales como visión neblinosa o de nube, frecuentemente inestable y variable sin sentirse alarmado hasta el día que comprueba la deformación de los objetos que mire; esta metamorfosis expresa que el área macular está afectada por el desprendimiento de retina; esta metamorfosis que golpea la imaginación del paciente, es frecuentemente el que sea el preludio de la pérdida definitiva de la visión central.

A veces, los síntomas de comienzo de un desprendimiento de retina pasan desapercibidos y es sólo por casualidad que tapando un ojo, se comprueba que el otro no ve; en el caso de desprendimiento de retina de comienzo solapado y lento, como ocurre en los desprendimientos de retina de punto de partida inferior, casi siempre de antigua data. (1) Finalmente, cualquiera fuese la forma de instalación de un desprendimiento de retina (rápida o insidiosa), siempre es sin ninguna sensación dolorosa; el dolor viene a completar a veces, un estadio terminal de evolución. (1)

Pródromos: se habla de comienzo brusco y súbito de los desprendimientos de retina, como si los pacientes no percibieran nada antes de su establecimiento clínico, el caso es que los pacientes no asignan importancia a lo que llamamos **síntomas prodómicos del desprendimiento de retina** y es cuando ya se estableció y se diagnosticó, y solamente si se les pregunta durante el interrogatorio, es cuando refieren haber notado. (1) Conviene distinguir las **sensaciones subjetivas prodrómicas opacas** y las **percepciones entópticas luminosas**.

Sensaciones subjetivas opacas: son sensaciones de ver algo opaco y flotante, que los pacientes describen por comparaciones muy variadas: moscas volantes que aparecen como un nuevo fenómeno o que súbitamente se vuelven numerosas, como el caso de los miopes habituados a observar moscas volantes; otras veces, la sensación subjetiva es traducida como la visión de un velo con puntos negros o como "lluvia de hollín" o de "mechón de cabello" que el paciente pretende apartar de su vista con movimientos de sus manos. (1)

Estas opacidades prodrómicas móviles, tienen su asiento en el vítreo y el examen oftalmoscópico puede comprobar su presencia en forma de floculos más o menos densos o de filamentos enredados, más o menos móviles. (1) Otras veces el desprendimiento de retina se presenta precedido de una hemorragia profusa en vítreo, como una inundación hemorrágica del vítreo; este accidente bastante frecuente, sobreviene en pacientes con edad próxima a los 50 años y debe hacer pensar en un desprendimiento de retina y en la mala proyección luminosa la que orientará el diagnóstico, antes aún que el oftalmoscopio pueda percibir detalles del fondo de ojo. (1)

El pródromo hemorrágico de un desprendimiento de retina llamado idiopático, nos habla, del rol patogénico probable de lesiones vasculares de retina. (1) Finalmente, se puede referir como manifestación prodrómica de un desprendimiento de retina el obscurecimiento súbito de la visión debido a un vítreo turbio, sin asomo hemorrágico, que se aclara rápida y espontáneamente, determinado por un empuje de hialitis o vitreitis, motivado por modificaciones físico-química del vítreo. (1)

Sensaciones subjetivas luminosas: además de las sensaciones prodrómicas opacas y frecuentemente combinadas con ellas, se mencionan las sensaciones prodrómicas luminosas, **los fosfenos o fotopsias**, que los pacientes comparan con diversas formas pirotécnicas, tales como "chispas", "relámpagos", "juegos artificiales", con colores más o menos vivos, "rueda brillante que gira", "estrellas fugaces". luces de color azul o rojo, etc. (1) Estos fósfenos están localizados en tal o cual región del campo visual periférico y tienen su nacimiento en un mismo punto o en un mismo sector de la retina, haciendo siempre idéntico recorrido rectilíneo o arqueado; otras veces, su aparición está vinculada únicamente con ciertos movimientos del globo ocular, un análisis atento de estos fenómenos, orienta la exploración fundoscópica de las lesiones retinianas premonitoras de un desprendimiento de retina ya está presente, facilitaría la localización de desgarro retiniano. (1)

Debemos agregar, sin embargo, que si bien los fósfenos son síntomas prodrómicos frecuentes casi habitual es de un desprendimiento de retina, no que sean patognomónicos de una amenaza de la aparición de un desprendimiento de retina, porque numerosos ojos, miopes

o nó, los conocen y se habitúan a verlos, sin que nada fastidioso sobrevenga. Pero, es también cierto que no deben ser subestimados.

Estos fósfenos son debidos a la irritación mecánica del epitelio sensorial de la retina, a nivel de focos de degeneración o de adherencia vitreo-retinianas y de otras condiciones patológicas coroideo retinianas. (1) Estas opacidades flotantes y fósfenos, pueden preceder al desprendimiento de retina varios meses o varias semanas, o sólo algunos días y mismo algunas horas. (1) **Son las manifestaciones del comienzo de un desprendimiento de retina y fundamentalmente las manifestaciones subjetivas prodrómicas, las que deben llegar hasta los más apartados rincones de nuestra patria, en un lenguaje asequible a todas las edades y a todos los estratos sociales.**

Retinopexia

La palabra retinopexia, fue concebida por Scurdille en 1932 para referirse al procedimiento consistente en provocar en la región del desprendimiento múltiple adherencias entre la coroides y la retina con ayuda de punciones irritantes. La retinopexia es la reina soberana en el tratamiento del desprendimiento de retina, pudiendo ser completada, con el empleo simultáneo de otros métodos igualmente eficaces, quedando éstos subordinados a la retinopexia, ya que éstos no podrán sustituirle y en algunos casos podrán ser dejados de lado sin que por ello, el resultado final sea menos eficaz. (34)

En nuestros días la retinopexia se hace por los siguientes métodos: a) Diatermocoagulación; b) Fotocoagulación; c) Fototerapia con Laser; d) Cryocoagulación.

La Diatermocoagulación: utilizada por primera vez en cirugía del desprendimiento de retina por Wevn (1930), este método continua siendo el medio más simple para cerrar desgarros, a condición de que siempre la retina llegue a estar suficientemente cerca del epitelio pigmentario por reposo, por el drenaje del fluído subretiniano o por intermedio de técnicas más complejas. (34)

La Fotocoagulación: debido a los esfuerzos de Meyer Schwicrath (1948), la fotocoagulación rápidamente reveló su importancia capital en la terapéutica ocular. (19, 20, 34). Principios generales: gracias a la transparencia de los medios refringentes, la totalidad del espectro visible y las ondas cortas del infrarrojo, es decir, a la parte electromagnética comprendida entre 3.000 y 10.000 Å. es posible transportar sobre el fondo de ojo una energía radiante muy intensa sin gran desperdicio de luz y si el fascículo luminoso está localizado sobre el fondo, se producirá una coagulación de la retina, si ésta se encuentra en contacto con el epitelio pigmentario. (19, 20, 34). No

hay en efecto, un ataque directo a los medios transparentes, de las radiaciones, sino, atravesarlas. Es a nivel de los tejidos de línea oscura, que son capaces de absorber la luz y transformarla en calor, donde se puede tener lugar una coagulación.

La Fotocoagulación con Laser: la postulación del principio MASER por Godin, Zieger, Townes en 1954 abrió un nuevo capítulo en los anales de la ciencia; la palabra MASER, sigla proveniente del inglés que significa Microwave Amplification by Stimulated Emission of Radiation (amplificación de micro-ondas por estímulo emitidos por radiación). Cuando el fascículo luminoso se compone de ondas más cortas, situadas en el espectro de radiaciones visibles y cuya longitud va de 0.75 u (extremo rojo) a 0.42 u (violeta) el instrumento recibe el nombre de LASER iniciales Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (amplificación de la luz por el estímulo de la emisión de radiaciones). El LASER ofrece a los oftalmólogos una fuente de luz monocromática muy intensa con posibilidades de aplicación en el tratamiento de las afecciones retinianas. (19) (24) (34) (40)

La Cryocoagulación: la historia de la crioterapia comienza en 1918, con un primer destello en el aislado campo de la mente de Schoeler que intuye el poder de la congelación como retinopexia. Ello debió ser muy claro cuando después de aplicar la nieve carbónica sobre el globo del conejo, encuentra además de los signos de cicatrización por corioretinitis, la escasa irritación, la intacta esclera y la inalterable transparencia de los medios oculares, no obstante este método cae en el olvido. La crioterapia podríamos decir que es inventada nuevamente, a nivel de la tecnificación de hoy, por Lincoff, quien empezó a usar la nieve carbónica sin conocer las experiencias anteriores, cuando buscaba un sustituto a la diatermia. Fundamentos: el enfriamiento de los tejidos por debajo de la temperatura de congelamiento del agua, hace que tanto la cantidad de ésta contenida en la sustancia intersticial, como la de la célula misma, se congele, con lo que se produce la muerte celular, al mismo tiempo que aparece una reacción inflamatoria en la zona, a partir de la cual se crea un proceso de cicatrización en toda la extensión de los tejidos afectados. (7) (34)

Casuística

Para este resumen hemos elegido los 12 pacientes más interesantes de los 62 casos que motivan esta Tesis.

Nº 1

FELIPE R. 35 años parag. Concepción Agricult. cas.

V. O. D.: c/dedos a 1m.

V. O. I. : 1

Mot. c. 1 mes antes, antecedente de traumatismo O.D., llega al Servicio con el diagnóstico de desprendimiento de retina.

F. O. D.: Bolsa superior, que toma cuadrantes superiores, desgarro U hora X y XI.

Técnica: 22.VIII.72

Circular a 14 mm. del limbo, se ubica desgarro, diatermia, no se drena bolsa.

Alta: no se consigue reaplicación, no consultó más.

Nº 5

ISIDORO A. 35 años Parag. Atyrá Empleado cas.

V. O. D.: luz afáquico, operado de catarata patológica.

V. O. I. : 0 (cero)

F. O. I. : desprendimiento total con múltiples agujeros periféricos.

Técnica: 15.VII.74

Se le hace circular a 14 mm. de limbo, sin ningún éxito, se había operado por ser ojo único.

Paciente: Felipe R.
Ojo: O. D.
Visión: c/dedos a 1 m.



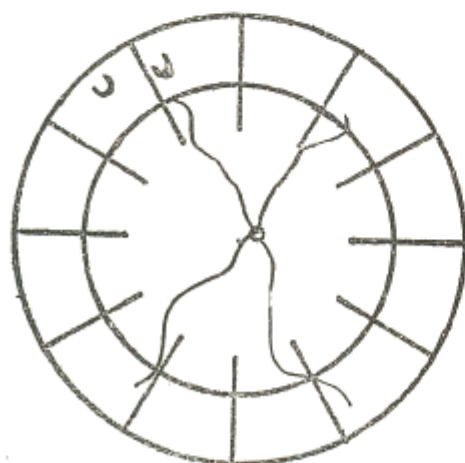
Nº 1 Fecha: 22.VIII.72

Paciente: Isidoro A.
Ojo: O. S.
Visión: luz



Nº 5 Fecha: 15.VII.74

Paciente: Lucía D.
Ojo: O. D.
Visión: bulto



Nº 10 Fecha: 19.III.77

Paciente: Susana L.
Ojo: O. D.
Visión: c/dedos



Nº 15 Fecha: 18.III.78

Nº 10

LUCIA D. 53 años Parag. Pilar Q. h. d. solt.

Mot. C.: pérdida progresiva de la visión O.D., relaciona con traumatismo de 5 a 6 meses atrás y ahí comienza su pérdida de visión.

V. O. D.: bulto.

V. O. I. : 1

F. O. D.: desprendimiento total, bolsas inferiores, desgarro en U

Técnica: 19.III.77

Circular entre 12 y 14 mm., se drena fluido subretinal.

Nº 15

SUSANA L. 39 años Parag. Capital Secretaria solt.

Mot. c.: en forma progresiva borramiento visión O. D.

V. O. D.: c/ dedos

V. O. I. : 1

F. O. D.: desprendimiento inferior, desinserción de ora serrata de VI¹ a VIII¹, hay compromiso macular.

Técnica: 18.III.78

Al recolarse totalmente con reposo se hace solamente diatermia, después de buena evolución vuelve a desprenderse. El 15.VI.78 se le coloca un circular a 12 mm. del limbo, buena evolución. Ultimo control, V. O. D.; 0. 5.

Nº 22

HERMINIA A. de Z. 52 años Parag. Lambaré Q.h.d. cas.

Mot. c.: unos días antes nota visión borrosa O. O.

V. O. D.: c/c. 0.2

V. O. I. : c/c. 1

F. O. D.: desprendimiento superior desgarro en U hora XI, mácula libre.

F. O. I. : degeneraciones típica de lattice en periferia.

Técnica: 16.VII.78

O. D. : esponja circunferencial a 13 mm. del limbo, se ubica desgarro con diatermia, luego cryo, O. I. se aplica laser.

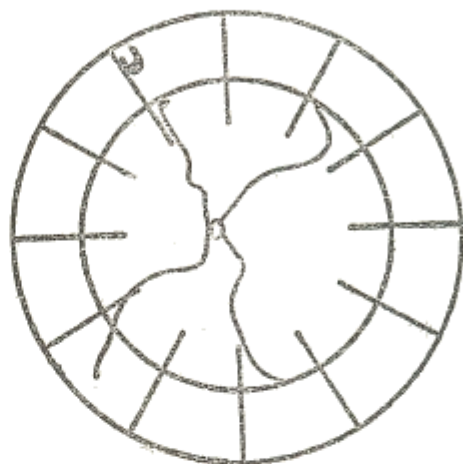
Ultimo control: 16.III.81 V. A. O. c/c. = 1.

Paciente: Herminia A. de Z.
Ojo: O. D.
Visión: c/c. = 0.2



Nº 22 Fecha: 16.VII.78

Paciente: Merrecio C.
Ojo: O. I.
Visión: c/dedos



Nº 27 Fecha: 20.III.79

Paciente: Marciano L. T.
Ojo: O. D.
Visión: bulto



Nº 35 Fecha: 8.II.80

Paciente: Luis T.
Ojo: O. D.
Visión: luz V. P. L.



Nº 41 Fecha: 27.IV.80

Nº 27

MERECIO C. 47 años Parag. Cont. Púb. Encarnación cas.
 Mot. c. : pérdida de la visión O. I. de 6 semanas atrás, sin molestia.
 V. O. I. : 1
 V. O. I. : c/ dedos
 F. O. I. : bolsa superior con desgarro en U hora X.
Técnica: 20.III.79
 O. I. : se aplica circular a 14 mm. de limbo, se ubica desgarro, se aplica cryo, no se drena bolsa. Alta: V. O. I. : 0.5

Nº 35

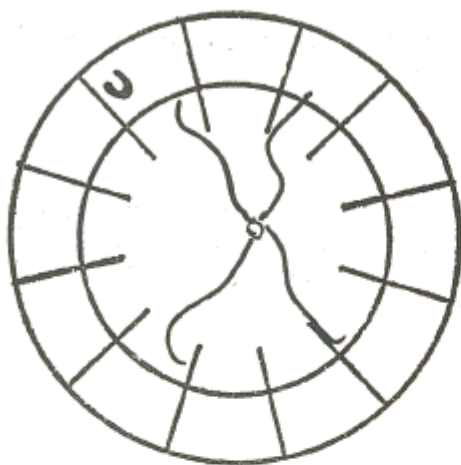
MARCIANO L. T. 47 años Parag. Piribebuy Agricult. vdo.
 Mot. c. : Operado de catarata A. O., 4 meses antes nota pérdida visión O. D.
 V. O. D.: bulto
 V. O. I. : luz dudosa.
 F. O. D.: rotura que asienta sobre lattice de hora X a X½, bolsas superiores, con compromiso macular.
 F. O. I. : desprendimiento antiguo inoperable.
Técnica: 8.II.80
 O. D. : se localiza labio posterior con diatermia, luego cryo, circular entre 12 y 14 mm. Alta: c/c. 0.5.

Nº 41

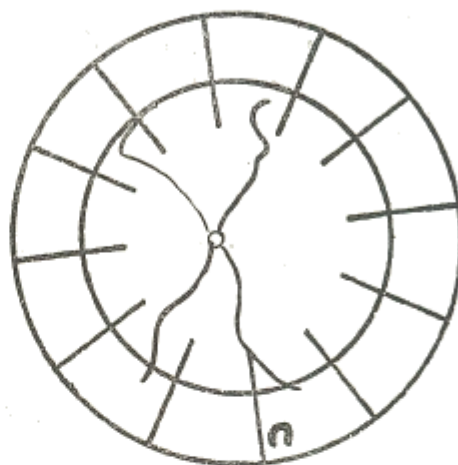
LUIS T. 57 años Parag. Concepción Agricult. cas.
 Mot. c. : un año antes hemorragia vitrea, no se llega ver fondo, 10.IV.80. se le diagnostica desprendimiento de retina.
 V. O. D.: Luz B. P. L.
 V. O. I. : 1
Técnica: 27.IV.80
 O. D. : se localiza desgarro hora I con diatermia, luego se aplica cryo, se aplica esponja de silicón circunferencial de XII a II, Alta V. O. D. : 0.2.

Paciente: María Gilda de C.
Ojo: O. D.
Visión: luz

Paciente: Benito Z. B.
Ojo: O. I.
Visión: luz B. P. L.



Nº 46 Fecha: 2.VIII.80



Nº 49 Fecha: 10.X.80

Paciente: Simeona L. de A.
Ojo: O. D.
Visión: c/dedos 1 m.

Paciente: Juan M.
Ojo: O. I.
Visión: c/c. 0.4



Nº 52 Fecha: 18.XII.80



Nº 62 Fecha: 13.IV.81

Nº 46

MARIA G. de C. 53 años Parag. Lambaré Carnicera cas.
Afaquica A. O.

F. O. D.: Desprendimiento de retina de V a XII, con desgarro en U
que asienta sobre lattice hora XI.

F. O. I. : s/p.

Técnica: 2.VIII.80

No se hace circular a pesar de ser afáquica, se hace esponja de silicón entre 12 y 14 mm. del limbo, de IX a III hora, ubicación del desgarro con diatermia, luego cryo. Alta retina totalmente reaplicada. Ultimo control: 2.IX.80, V.O.D. : 0.4.

Nº 49

BENITO Z. B. 62 años Parag. Concepción Agricult. cas.

Mot. c. : no sabe cuánto tiempo hace que no ve bien O. I., pero hace mucho tiempo.

V. O. D.: c/c. = 1

V. O. I. : Luz B. P. L.

F. O. D.: periferia de XII a II lesiones tipo lattice.

F. O. I. : Desprendimiento de retina, sin formación bolsa prominente, rotura en U hora VI.

Técnica: 10.X.80

O. D. : se aplica laser.

O. I. : Se localiza el desgarro en hora VI con diatermia, se coloca esponja de silicón entre hora III y IX, se aplica dos hileras de diatermia

Alta: 31.X.80 V. O. D.: c/c. = 1

V. O. I. : 0.2

Nº 52

SIMEONA L. de A. 26 años Parag. Corm. M. R. Alonso cas.
Mot. c. : hace unos días nota que O. D. no ve las partes superiores.
V. O. D.: c/ dedos a 1 m.

V. O. I. : 1

F. O. D.: desinserción ora serrata de V½ a VIII, mácula comprometida.

Técnica: 18.XII.80

Circular a 14 mm. se ubica condiatermia, luego cryo. Alta: reaplicación. Ultimo control 24.II.81 V. O. D. c/c. = 1

Nº 62

JUAN M. 49 años Parag. Capital Empleado cas.

Mot. c. : operado de catarata A. O., 5 años atrás, visión borrosa O. I.

F. O. I.: desprendimiento periférico de retina con agujero hora V.

Técnica: O. I. 21.IV.81

Circular a 12 mm. del limbo, se drena fluido subretiniano, se aplica cryo. Alta c/c. = 0.8

Discusión

El resultado del estudio de los 62 pacientes que tenían desprendimiento de retina proceden de diferentes puntos del país y profesiones. De los 62 pacientes 19 (30.6%) tenían lesión corio-retinianas predisponentes en ambos ojos, 5 pacientes (8.1%) tenían desprendimiento simultáneo en ambos ojos y 38 (61.3%) con desprendimiento de retina en un solo ojo. La distribución por sexo fue masculino 32 pacientes (51.6%) y femenino 30 paciente (48.4%). En cuanto a la edad el mayor porcentaje fue entre los 21 a 40 años (30.6%): 18 pacientes y 41 a 60 años (48.5%: 29 pacientes) cierta predominancia ojo derecho (34) y (28) ojo izquierdo.

Sus antecedentes: afáquicos 10 (16.1%), miopes 4 (6.5%), traumáticos 8 (13%), desconocido 40 (64.4%).

La ubicación de los desgarros o roturas:

Temporal Superior	:	44	66.5%
Nasal Superior	:	14	22.6%
Temporal Inferior	:	6	8.1%
Nasal Inferior	:	2	3.3%

Diálisis de ora serrata:

Superior	:	1	7%
Temporal inferior	:	11	79%
Gigante	:	1	7%
Sin desprendimiento	:	1	7%

Técnicas:

Banda de silicón circular	:	35	56,5%
Segmentario circunferencial o radial	:	18	29,1%
Circular más segmentario	:	3	5%
Resección escleral	:	1	1,1%
Diatermia solo	:	1	1,1%

Hacemos circular de rutina en afáquicos, a pesar que en 3 casos de ellos después de un examen minucioso, decidimos hacer segmentario, también indicamos circular si hay compromiso de más de un cuadrante o si hay evidente tracción vítrea, si son miopes de más de 3 D, o si no encontramos el agujero o desgarro causante el desprendimiento.

Hacemos explantes radial, para evitar pliegues radiales si hay separación de más de 90° entre desgarro hacemos dos radiales. Hacemos explantes circunferencial, en diálisis o desgarros gigantes. El fluido retinal, lo estamos drenando prácticamente de rutina, especialmente cuando es bulloso, inferior o hay importante esclerosis coroidea.

La recuperación visual post-quirúrgica:

Sin modificación visión luz c/dedos	:	17	30%
0.5	:	9	18%
0.2	:	7	12%
0.1	:	7	12%
0.5	:	4	6%
0.4	:	4	6%
0.05	:	4	6%
1	:	3	5%
0.6	:	2	1,5%
0.9	:	1	3,5%

De los 17 pacientes que no mejoraron su visión en 3 de ellos se consiguió una reaplicación total, pero no mejoraron su visión, en uno de ellos un pliegue macular impidió su mejor visión, los otros dos eran desprendimientos de retina antiguos, se consiguió una restitución anatómica pero no funcional, en los restantes 14 pacientes, no se consiguió su reaplicación.

Bibliografía

1. Amsler M., Shiff-Ertheimer S. Le Décollement de la Rétine. In: Traite D'Ophthalmologie. Paris Masson 1939, Tome V. p. p. 525 — 622.
7. Díaz Estévez F. La Retinopexia. En: Piñero Carrion A. El Tratamiento del desprendimiento de la retina. Sevilla, Universidad de Sevilla 1974. p.p. 293-331.
19. L'Esperance F. A. Jr. Ocular Photocoagulation. Saint Louis, Mosby 1975, p.p. 20-25.
20. L'Esperance F. A. Jr. New Developments for Diagnosis and Laser Therapy of Ocular Diseases. In: Boyd B. Highlights of Ophthalmology 1978,1979. Panamá y Center for Advanced Studies In Ophthalmology 1978-1959. Vol. XV p.p. 674-683.
24. Olivella-Casals A. La Fotocoagulación como tratamiento en oftalmología. Barcelona. T. C. Casals 1968. p.p. 19-58, 63-70.
34. Urrrets-Zavalía A. Jr. Le Decollement de la Retine. Paris. Masson 1968. p.p. 284, 159-165, 377-432.
40. Zweng H. C., Littles H. Peabody R. Laser Photocoagulation and Retinal Angiographi. St. Louis, Mosby 1969. p.p. 15-27.

