

Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

Año XXII - II ÉPOCA

MARZO, 1946

VOL. XIX - NÚM. 9

O R I G I N A L E S

CONSIDERACIONES PATOGENICAS Y TERAPÉUTICAS SOBRE EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA (*)

Dr. H. ARRUGA LIRÓ

Al demostrar GONIN que obturando los desgarros se reaplicaba la retina en su sitio, tanto la etiología como la patogenia y la terapéutica del desprendimiento de esta membrana se orientaron ya en un sentido determinado, que contrastaba con la vaguedad que en esta materia imperaba antes de tal descubrimiento. Se establecieron, por fin, conceptos fundamentales demostrados por la evidencia de los hechos, conceptos hoy todavía aceptados como básicos, aunque en estos últimos quince años algunos de ellos han sido modificados en ciertos aspectos, gracias al gran número de pacientes que se han examinado con mucha más atención de lo que se acostumbraba antes de GONIN. En efecto, todos sabemos que los exámenes del fondo no eran tan minuciosos como ahora, especialmente en lo que se refiere a la periferia; únicamente nos deteníamos en el polo posterior. Muy pocos oculistas sabían que en la gran mayoría de casos de desprendimiento existen agujeros en la retina y algunos casos de desprendimiento eran diagnosticados con otros nombres.

Los exámenes del fondo ocular muy detenidos y los exámenes histológicos de ojos enucleados han demostrado que las retinas que se desprenden (nos referimos al desprendimiento idiopático) están muy alteradas. Incluso es extraño que no se desprendan con mayor frecuencia. Así se comprueba en algunos de los ojos cuyo congénere está afectado de desprendimiento, en los que se distinguen al oftalmoscopio lesiones profundas de atrofia y degeneración cistoidea. En los exámenes histológicos se observan en la retina lesiones atróficas y degenerativas que reducen el espesor normal, a veces en grandes extensiones. De suerte que por cada individuo con desprendimiento de retina hay que suponer que hay otros muchos predispuestos a sufrir el mismo accidente. El único factor que falta para determinarlo es la adherencia de la retina a la armazón del vítreo que con ocasión de sacudidas o movimientos oculares levante la retina. Y aun en cierto número de estos casos, muchos más de lo que se creyó en un principio, la retina no se desprende, quedando un agujero en ella durante largo tiempo, sin que se produzca el desprendimiento. Semejantes casos se describían antes como rarezas; pero si se examinan con mucha detención las retinas, se les puede encontrar con mayor frecuencia. En mi práctica profesional de estos últimos dieciocho años he observado más de cuarenta casos de desgarros completos, es decir, de todas las capas de la retina, sin desprendimiento.

Para que se desprenda la retina, los bordes del agujero han de hacer ligera prominencia hacia el interior del ojo, a fin de que con los movimientos del globo ocular el vítreo choque contra ellos, se destruya su armazón y pase detrás de la retina. La citada prominencia se facilita por la retracción de la armazón del vítreo, ya sea postinflamatoria, ya degenerativa o senil.

Es sabido que si además de estar adherida a la armazón del vítreo lo está también a la coroides, la retina no se desprende; por esto los procesos inflamatorios intensos de la coriorretina no son los que más frecuentemente acarrearán el desprendimiento, sino que son más bien los procesos crónicos y degenerativos los que a él predisponen.

(*) Trabajo leído en el 2.º Congreso Panamericano de Oftalmología - Montevideo. Noviembre 1945.

Constituyen una excepción ciertos procesos agudos, como la perifebitis retinal, la coroides exudativa, la enfermedad de Von Hippel-Lagleyze, las retinitis aluminúricas, etc. En tales casos no suelen haber desgarros y, caso de haberlos, también presuponen adherencias previas, pero no entre vítreo y retina, sino entre retina y coroides. Los desgarros maculares reconocen a menudo esta patogenia.

Los *traumatismos* como causa determinante del desprendimiento de la retina no tienen la importancia que se les concedió al principio, en primer lugar porque la retina no se desprende si no está enferma, salvo en los grandes traumas; en segundo lugar, porque muchas veces no existen en realidad antecedentes traumáticos, y, finalmente, porque los traumatismos oculares son relativamente escasos como causa del desprendimiento; más bien se trata de golpes sobre la caja craneal, caídas sobre los talones, estornudos, tos, y sobre todo el agacharse exageradamente. Este último mecanismo es muy frecuente, sobre todo en los operados de cataratas. Se trata de personas que se agachan para calzarse o descalzarse, o bien que, cuidando plantas, ya sea para regarlas, ya para cavar la tierra o arrancar hierbas, han estado algún rato agachadas. Otras veces, son personas que por su profesión se agachan frecuentemente, u ocasionalmente al recoger objetos del suelo, etc.

Es, pues, conveniente precaver a las personas predispuestas al desprendimiento de la retina, a los operados de catarata, y especialmente a los que eran miopes, para que eviten el agacharse: si se han de calzar, que apoyen el pie en una silla; si cuidan un jardín, que lo hagan con herramientas de mango largo; si han de recoger un objeto, que lo hagan hincando primero una rodilla en tierra, etcétera.

En cuanto a la *patogenia*, se va afianzando la idea fundamental de los movimientos del ojo como factor que inicia y aumenta el desprendimiento; más los distintos tipos clínicos de la afección, y sobre todo la diversidad de modos como evoluciona, demuestra que otros factores tienen también una importancia capital.

En efecto, todos hemos visto casos de desprendimientos recientes con gran abombamiento, que, sometidos a reposo (vendaje y cama), se han reducido en uno o dos días. Otros casos, también recientes, aun con pequeño abombamiento, no mejoran, o mejoran poco con el reposo. Un factor conocido influye en ello: el tamaño de los desgarros, dándose mucho más el primer caso (resorción rápida del líquido subretiniano) cuando los desgarros son pequeños, y el segundo (resorción lenta) cuando son grandes. A este grupo de desgarros extensos pertenecen las desinserciones, que por poco grandes que sean, no mejoran casi nada, o nada en absoluto, con el reposo.

La rapidez en desgarrarse la retina tiene gran valor pronóstico, pues si los desgarros son pequeños y no crecen, el pronóstico es benigno, es señal de que no hay grandes adherencias entre el vítreo y la retina; por el contrario, la formación rápida de grandes desgarros demuestra: o una friabilidad muy marcada de la retina, o la existencia de extensas adherencias con el vítreo, que harán el tratamiento ineficaz.

De aquí que el factor tiempo, al que en un principio se dió tanta importancia, encareciendo la urgencia de la operación, se haya ido desestimando en estos últimos años, pues es mucho más fácil curar un desprendimiento de uno o dos meses con desgarro pequeño, que otro de pocos días con gran desgarro, en igualdad de condiciones de extensión y prominencia. Lo urgente en la mayoría de los casos no es la intervención, sino vendar los ojos al paciente y hacer que esté en reposo relativo.

Aparte el tamaño de los desgarros, otro de los factores que más influyen en la evolución del desprendimiento de la retina y en su curación es el *estado de la coroides*.

En estos últimos años he insistido mucho sobre ello, por considerarlo de capital interés. De la misma manera que sabemos que la retina se desprende porque está alterada, también hemos de suponer que lo está la coroides, dada la repercusión que los procesos patológicos de la una tienen en la otra; pero, como hemos ya indicado, los procesos intensos no predisponen al desprendimiento por cuanto crean adherencias entre las dos membranas. Por lo tanto, la coroides ha de estar muy poco alterada para que el desprendimiento sea posible. Este grado de alteración no lo conocemos en la mayoría de los casos, y sólo podemos orientarnos acerca del mismo por el estado del fondo del ojo y sobre todo por la evolución clínica del desprendimiento, ya que sabemos que un desprendimiento que se reaplica con el reposo es de buen pronóstico porque nos prueba que la coroides está en buenas condiciones para la resorción. Esta demuestra su relativa integridad. condición necesaria para que pueda exudar bajo la acción irritante térmica y después resorber el exudado y el líquido subretinal que todavía exista.

En cambio, hay casos de desprendimiento reciente que presentan un cuadro oftalmoscópico aparentemente benigno (desgarro pequeño y poca prominencia retinal), pero con el reposo mejoran poco o nada y que al intervenirlos reaccionan

intensamente. Se trata de casos en que la coroides no está en capacidad de resorber como en el caso anterior y que por su estado probable de flogosis más o menos sórdida, responde al ataque quirúrgico con una reacción local intensa. Reacción análoga se manifiesta también en la episclera y la conjuntiva bulbar.

Esta distinta forma de reaccionar de la coroides, que de antemano no podemos conocer siempre, hace que el pronóstico del desprendimiento no pueda ser sino aproximado, pues se fracasa en casos aparentemente sencillos y se obtienen éxitos en casos de retina muy desprendida, pero con coroides sana y de gran capacidad de resorción.

La forma como reacciona la coroides influye asimismo en la tensión ocular, prescindiendo de la forma en que actúa el cuerpo ciliar por sí mismo. Se creyó hace algunos años que la tensión muy disminuída era de mal pronóstico, y la buena tensión, un signo favorable. En líneas generales puede aceptarse este principio, pero con muchas salvedades.

Si hay grandes desgarros recientes, la tensión suele ser baja, aunque por mucho que resorba la coroides, no es capaz de absorber todo el vítreo que pasa detrás de la retina, y al cabo de algunos meses, aunque continúen los grandes desgarros, la tensión sube a la normal, porque la coroides no resorbe más, ya que va atrofiándose.

Si los desgarros son pequeños y hay poca tensión, frecuentemente el pronóstico es benigno, pues la coroides al resorber el líquido retinal hace bajar la tensión. Si los desgarros son asimismo pequeños y la tensión se mantiene alta, al contrario de lo que parece, el pronóstico puede ser menos favorable, pues demuestra la poca capacidad de resorción de la coroides.

Como ya hemos indicado, la irritación del cuerpo ciliar puede hacer variar las relaciones mencionadas, pues ya sabemos por la clínica que las ciclitis pueden ir acompañadas de hiper o hipotensión.

Es un hecho indudable que el vítreo representa un cuerpo extraño para la coroides, que acaba por destruirla. Por esto todos los desprendimientos de retina de más de dos años de antigüedad se acompañan de atrofia completa de la coroides, que se manifiesta al examen oftalmoscópico y sobre todo en los análisis histológicos. Para llegar a dicha atrofia es lo lógico que el vítreo haya actuado irritando la coroides. La manera como reacciona la coroides en cada caso es probable que difiera de un sujeto a otro, y de aquí, en parte, la variedad de formas de evolución clínica de los desprendimientos de retina.

A esta diferente manera de reaccionar de cada coroides en contacto con el vítreo se añade la diferente manera de reaccionar contra el ataque técnico quirúrgico. Por esto, si en los primeros días después de la intervención el ojo no está hiperemiado, el iris se dilata bien y el paciente no tiene ningún dolor, el pronóstico es mucho más favorable que si el paciente siente dolores, la pupila no se dilata con la atropina y el ojo está hiperemiado, todos ellos síntomas de uveítis.

Como consecuencia de ello se llega a la conclusión, ya tan repetida por parte de otros autores y nuestra también, de que debe *localizar la acción diatérmica lo más posible*, para lo cual precisa un estudio muy detenido del fondo. Ya sabemos que resulta más cómoda la conducta de no tener tanta paciencia examinando el fondo de ojo (imagen directa e invertida) y prodigar más la acción diatérmica en extensión. Esta comodidad redundará en perjuicio de los enfermos al disminuirles las probabilidades de éxito. Si hay que reoperar al paciente, las dificultades aumentan considerablemente en un ojo que ha sufrido un exceso de acción diatérmica.

La *repetición inmediata de la operación* sólo es aconsejable cuando se presentan desgarros a los que no alcanzó la acción diatérmica precedente, procurando que hayan pasado por lo menos veinte días, que el ojo no tenga dolores, ni fotofobia característica de iridociclitis y no exista exagerada reacción local. En los casos de recidiva en los dos primeros meses después de la operación, si no se ven desgarros, o los que se ven radican en la zona sometida a diatermia, no es aconsejable operar de nuevo; es preferible poner al enfermo un vendaje binocular y hacerle guardar reposo en cama o algo equivalente. La acción de la operación puede persistir todavía. En ciertos casos con gran bolsa retiniana, la punción de la bolsa y la inyección de aire en el vítreo puede contribuir a la curación.

El tratamiento da el máximo porcentaje de éxito si está basado en la siguiente conducta:

1. *Exploración concienzuda* de toda la retina, a la imagen invertida y directa, valiéndose de potente luz y con la pupila dilatada al máximo.

2. *Reposo del paciente*, con vendaje binocular, en cama o en sillón puesto casi horizontalmente antes de la operación, si la retina que rodea el desgarro no está muy cerca de la coroides. Si pasados quince o veinte días no mejora el estado del ojo, puede intentarse la operación, aunque con pronóstico grave, pues si bien es cierto que hay casos en que tarda más días en reapplicarse la retina, es

peligroso esperar más, porque la visión macular estará más afectada, especialmente para los desprendimientos súperoexternos. Los inferointernos son, como es sabido, menos graves para la visión macular y empeoran más lentamente.

3. *Acción diatérmica lo más limitada posible*, basada en una buena localización de los desgarros, utilizando poca intensidad al coagular y fulgurando lo menos posible, pues la fulguración quema los tejidos y deja productos tóxicos que constituyen una causa de irritación *in situ* para la coroides, muy perjudicial. Hay casos que curan a pesar de la deficiente conducta del operador, pero el porcentaje de éxitos es bajo en tales condiciones.

4. *Control oftalmoscópico durante la operación*, manteniendo la córnea transparente con muy poco anestésico local en instilaciones y humedeciéndola continuamente con solución salina. Si existiera una bolsa retiniana, puncionarla con una aguja diatérmica muy fina, previa diatermia plana de la región, en su parte más declive e inyectar aire estéril a nivel de la inserción de uno de los rectos en cantidad proporcionada al tamaño de la bolsa. Es buena señal que salga el líquido subretinal y en un momento dado se detenga, lo cual quiere decir que la retina o el vítreo espeso están ocluyendo el agujero. El ojo entonces recobra la tensión e incluso la córnea se opacifica. A veces son necesarios tres y hasta cuatro centímetros cúbicos de aire.

5. *Reposo ocular general* del paciente lo más perfecto posible durante las primeras semanas después de la operación, en decúbito supino la mayoría de los casos, semisentado en los casos de desinserciones inferiores y de enfermos viejos. La posición de la cabeza no tiene la importancia que se creyó en un principio, pues en casos en que el enfermo por otras razones no pudo estar acostado del lado de los desgarros, la curación se obtuvo igualmente. Quizá siendo el líquido subretinal más denso que el vítreo, como demostramos en 1933 y Weve y otros han confirmado, la posición del lado opuesto facilita el deslizar el líquido hacia la parte contraria, donde la retina sana lo resorbe. Esto no deja de ser una hipótesis que sólo una mayor experiencia puede confirmar. En todo caso, podemos guiarnos por la aparición de fopsias en el enfermo y colocarle del lado en que menos se le manifiesten, y si no las tiene, tanto mejor, pues es señal de que la retina no oscila.

6. *Tratamiento tónico general* del paciente, investigando la presencia de causas generales o focales concomitantes de la lesión ocular, pero no perder tiempo en investigaciones sin mantener al enfermo en reposo y con los ojos vendados.

7. *Si sobreviene una recidiva* durante las primeras semanas, especialmente al levantarse en enfermo, reanudar el reposo ocular y general, a no ser que nuevos desgarros, o desgarros preexistentes que pasaron por alto, estén situados fuera de la zona sometida a diatermia. Procurar limitar la acción diatérmica.

El traslado de los pacientes a su residencia es un problema si aquélla está lejos; con buen tiempo, el avión es el mejor medio; cuando no, el automóvil o el tren, pero sin ir el enfermo echado en la cama, ni apoyar la espalda en el respaldo, para que el tronco pueda servir de amortiguador a la cabeza.