

Anales de Medicina y Cirugía

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

Año XXIII - II Época

FEBRERO, 1947

Vol. XXI - Núm. 20

O R I G I N A L E S

EL DESPRENDIMIENTO DE LA COROIDES SIMULTÁNEO CON EL DE LA RETINA DESPUÉS DE LA OPERACIÓN DE CATARATA

Dr. H. ARRUGA

Desprendimiento de la coroides

El primer caso descrito de desprendimiento de la coroides lo fué por H. KNAPP, en 1886, con ocasión de haber enucleado un ojo recién operado de catarata por supuesto sarcoma.

Desde entonces, esta entidad nosológica pasa casi inadvertida como episodio después de la operación de catarata, y sólo se la menciona como complicación después de las operaciones de glaucoma, hasta que FUCHS, en 1901, la estudió más profundamente como complicación de la operación de la catarata, demostrando, por una parte, su relativa frecuencia y, por otra, su benignidad. Desde entonces muchos autores han descrito casos y estudiado experimentalmente su patogenia.

Sintomatología

Si el desprendimiento coroidal no es acentuado, los pacientes no acusan ningún síntoma; sólo cuando reduce el campo visual aquejan una falta de visión en un sector que partiendo de la periferia termina en una línea curva de convexidad central.

Frecuentemente son dos sectores, uno a cada lado (figura 1) cuyos límites curvados se aproximan más o menos. Estas reducciones de campo visual pasan por un período de progresión, que acostumbra a durar unos pocos días, y por otro de regresión que dura algunos días y, a veces, algunas semanas.

La agudeza visual no está generalmente afectada, pero a veces los pacientes aquejan turbidez de la visión central.

El examen oftalmoscópico demuestra la existencia de uno o más abombamientos semejando un tumor de la coroides, pero la masa que los forma no es opaca, generalmente es transparente con un reflejo más o menos rojizo, a veces tan pronunciado por contener gran proporción de sangre que lo hace casi opaco, mas en la gran mayoría de los casos el contenido es casi transparente y como tal se manifiesta por la transluminación. Entre las masas prominentes se distingue claramente el fondo ocular. En un caso personal observado, el desprendimiento es tan acentuado que sólo se distinguía el polo posterior como en el fondo de un embudo. Casi siempre la cámara anterior está vacía por falta de cicatrización de la herida operatoria, coincidiendo normalmente el cierre de la cámara anterior con la regresión del desprendimiento coroidal. Rara vez la cámara anterior es profunda como en el cuadro de hipotonía aguda, con el iris hundido en forma de embudo. Personalmente he observado una vez tal coincidencia, con tensión muy baja. Alguna vez se presenta estando la cámara anterior formada, pero con tensión ocular baja.

Como causas predisponentes se consideran: la senilidad acentuada, la tendencia a la hipertensión y las discrasias, especialmente la diabetes.

Frecuencia

La mayoría de los autores que han publicado estadísticas de complicaciones de la operación de cataratas señalan cifras entre 1 y 2 por 100 de casos de desprendimiento de coroides. FUCHS señaló un 47 por 100. HAGEN lo encontró en un 22 por 100 de los casos, indicando que muchos de ellos, que son invisibles con el oftalmoscopio, se hacen manifiestos por transluminación, siendo muy pequeños y limitados a la parte más anterior a la coroides. O'BRIEN manifiesta que en gran mayoría de casos existe desprendimiento de la coroides inmediatamente después de la operación de catarata, aunque de poca extensión y de evolución rápida, desapareciendo en un período de uno a cuarenta días. En un trabajo posterior señala haber observado el desprendimiento de la coroides en un 93 por 100 de casos, haciendo un examen minucioso desde algunos minutos después de la operación hasta pasados los primeros días.

Las grandes diferencias en las cifras son debidas a la gran diferencia entre examinar todos los enfermos operados con detención con el oftalmoscopio y la transluminación desde el momento de terminar la operación y en los días siguientes, o examinarlos solamente cuando a los ocho, diez o doce días se les ve en la cámara oscura, como es costumbre hacer.

Evolución

Como ya se ha indicado, la evolución es casi siempre muy favorable, no dejando huella alguna ni en la agudeza y campo visuales. En algunos casos, sin embargo, pueden quedar en la periferia señales definitivas en el fondo del ojo, especialmente zonas de atrofia coroidea y líneas estriadas salpicadas de pigmento. El período de evolución es de pocos días para los desprendimientos pequeños, y acostumbra a ser de dos a tres semanas para los medianos. Como excepción, se han citado casos de cuatro y ocho meses de duración.

Patogenia

Al principio, FUCHS creyó que la serosidad que separaba la coroides de la esclerótica penetraba en el espacio subcoroideo a través del ligamento pectíneo por desgarros en la base del cuerpo ciliar.

Posteriormente, FUCHS creyó que la exudación coroidea era debida a la falta de presión ocular y a la rigidez escleral, que aun con presión negativa impide a la esclerótica hundirse.

MELLER, observando casos de úlceras perforadas de la córnea con desprendimiento de coroides, señaló como posible mecanismo el drenaje del ojo con pérdida continua del humor acuoso que produce el cuerpo ciliar y del agua del vítreo que verdería al estar mucho tiempo en hipotensión.

LINDNER atribuyó un gran papel en la génesis del desprendimiento de la coroides a la retracción de la armazón del vítreo al perder agua por efecto de la continua fistulización del ojo.

FRONIMOPOULOS, en experimentos en animales, no pudo conseguir el desprendimiento de coroides por la fistulización del vítreo, pero sí la obtuvo en las dos terceras partes del número de animales en los que practicaba la fistulización de la cámara anterior.

Es probable que sea la congestión ex-vacuo de la coroides la que produzca la exudación serosa de dicha membrana vascular.

Desprendimiento de la retina asociado al de la coroides

En un bien documentado trabajo publicado por BONNET y GRAND-CLÉMENT, en 1939, se relatan seis casos de desprendimiento de la coroides, en cuatro de los cuales había también un desprendimiento de la retina. Aunque eran desprendimientos de poca extensión, en un de ellos la retina tenía tres agujeros ovales. La evolución fué favorable en todos ellos; incluso en el caso que tenía los tres agujeros, la retina y la coroides estaba reaplicadas cinco semanas después de la operación y pasados cincuenta días más se mantenía la curación.

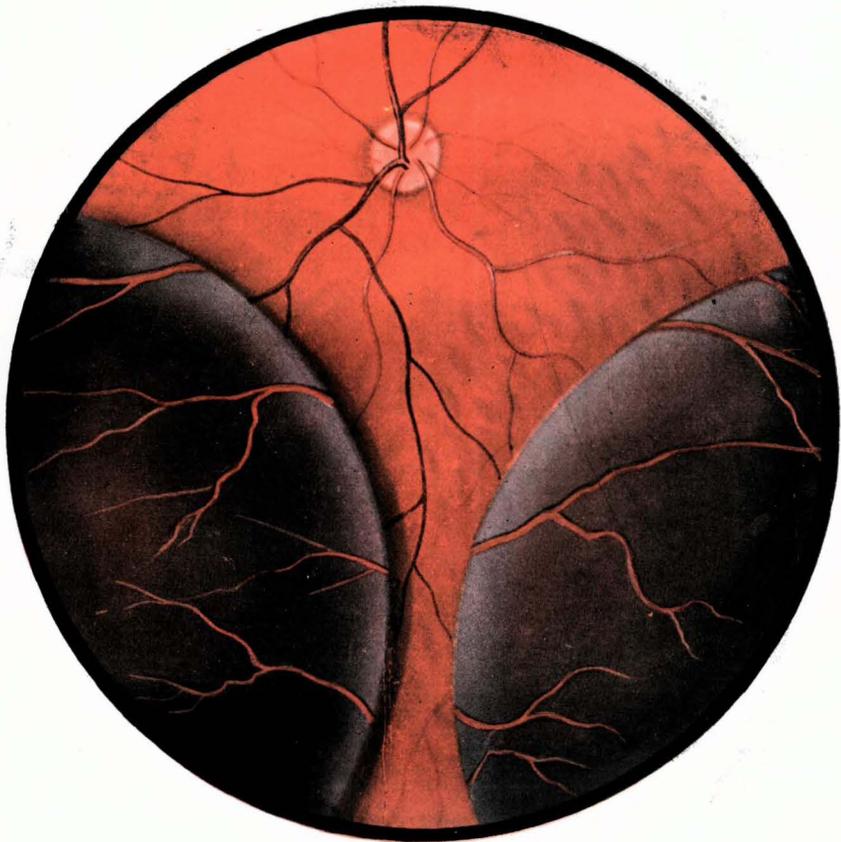


Fig. 1

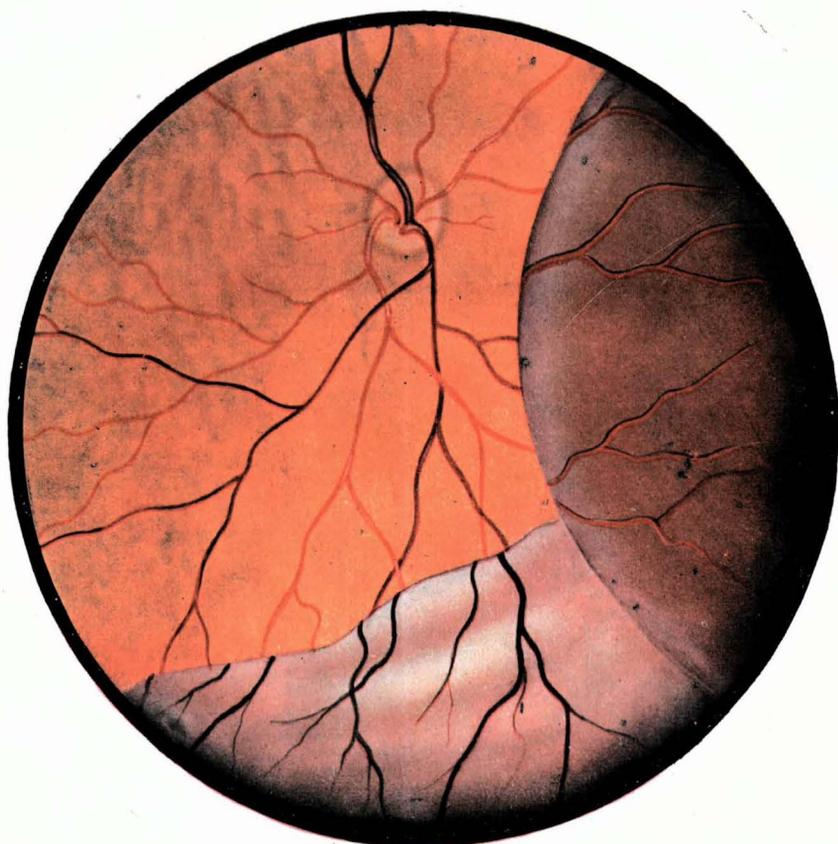


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Este hecho señalado por dichos autores es muy sorprendente, por lo que, desde que lei dicho trabajo, observé a mis pacientes operados de cataratas en la cámara oscura, con mayor frecuencia que antes, pues, generalmente, no tenía costumbre de mirar el fondo de ojo antes de los diez o doce días después de operados.

No he examinado a todos los enfermos operados, pues los que eran muy sensibles, los que aquejaban fotofobia acentuada y los que no tenían la pupila muy dilatada, no los examinaba. Sólo los que no tenían cámara anterior a los cuatro días de la operación los examinaba en dicha fecha, si no lo hacía a los seis y ocho días de operados.

No pude comprobar la frecuencia que algunos autores señalan al desprendimiento de coroides; he de suponer que, sin una dilatación pupilar máxima y un examen por oftalmoscopia y transluminación desde el día siguiente al de la operación, no pueden observarse los desprendimientos pequeños anteriores, que desaparecen rápidamente. Mas éstos no tienen probablemente tanta importancia clínica como los más acentuados y duraderos, especialmente por la relación que puedan tener con la formación de un desprendimiento de retina tardío.

En conjunto he examinado 242 casos, observando desprendimiento de coroides en sólo nueve casos, siete de ellos con cámara anterior vacía, y solamente en tres pude, al mismo tiempo, distinguir un desprendimiento de retina, y de estos tres, dos de ellos (figuras 3 y 4) fueron desprendimientos pequeños que desaparecían el uno a los cuatro días y el otro a los doce desde la operación.

Los tres casos eran pacientes ancianos, de 77, 72 y 64 años de edad, sin hipertensión ocular ni arterial general, ni antecedentes diabéticos, con tasa de urea normal. Los tres fueron operados por extracción total con la pinza.

El caso de la figura 2 fué observado a los ocho días de la operación, aquejando el paciente una gran reducción del campo visual, la cual alcanzaba la región macular. La operación había sido correcta: extracción con la pinza sin ofrecer la zónula mayor resistencia y siendo el curso postoperatorio normal. La cámara anterior estaba formada y, algo más profunda de lo normal, la tensión ocular era muy baja, como en un ojo perforado. El tonómetro no hubiera marcado nada. El examen oftalmoscópico demostró la existencia de una gran bolsa coroidéa lateral y otra inferior retinal. La primera fija y tensa, la segunda con pliegues y movediza. Continuó el paciente con la cura de vendaje binocular, que prolongué más que de costumbre, y a los seis días más (catorce de la operación) había disminuído algo la prominencia de la bolsa coroidéa, pero había aumentado la retiniana. Cuatro días más tarde, con gran sorpresa mía, habían desaparecido las dos bolsas, la tensión se había normalizado y sólo en la parte más declive del fondo había cierta opalescencia de la retina, sin abombamiento. La visión fué de 0,6 con corrección. Posteriormente vi a la enferma, a los seis meses, en buen estado, y no he sabido más de ella.

El caso de la figura 3, segundo de los por mí observados, fué un paciente de 72 años, que después de una operación correcta con suturas córneoesclerales muy sólidas, no presentaba todavía cámara anterior el cuarto día. El enfermo no aquejaba trastorno visual, hasta que al ver el fondo y descubrir el estado que muestra la figura 3, se comprobó la reducción superior del campo. El oftalmoscopio ponía de manifiesto dos prominencias oscuras coriorretinianas inferiores que se confundían en la parte inferior de la periferia y otra clara rojiza retiniana, según parecía, situada por detrás de la bolsa temporal. Era lisa y tensa como las bolsas coroidéas. A los seis días de la operación se formó la cámara anterior y el fondo de ojo era completamente normal.

El tercer caso (figura 4) era un paciente de 64 años que había sido miope de 6 dioptrías, que fué operado en buenas condiciones (sección en el limbo y cuatro suturas) y tardó en formársele la cámara anterior. A los cuatro días presentó un desprendimiento de coroides nasal inferior algo menos prominente que lo que muestra la figura 4. A los seis días, dilatando algo más la pupila, pude observar que el desprendimiento de la coroides había aumentado, acercándose más a la papila y que en la parte temporal inferior existía un abombamiento tenso, pero muy claro, con los vasos oscuros. No pude ver la extrema periferia por no dilatarse mucho la pupila. La cámara anterior no se formó hasta el duodécimo día de la operación, coincidiendo con la desaparición de las dos bolsas, que hasta

aquel momento estuvieron estacionadas. El enfermo, que había sido operado del otro ojo seis días antes sin contratiempo, presentó, al mes de las operaciones, la siguiente visión: O. D., $0^\circ + 2 + 8 V = 0,2$; O. I. $140^\circ + 3,5 + 8 V = 0,3$. La falta de visión era debida a una ligera atrofia óptica. Los campos visuales en ambos ojos estaban reducidos concéntricamente tanto para el blanco como para los colores.

El enfermo, que vivía en las Islas Canarias, volvió a su país y al cabo de dos meses y medio de la operación notó en el ojo que había tenido el desprendimiento de coroides y retina una reducción rápida de agudeza y campo visuales que el oculista diagnosticó de desprendimiento retiniano. Al cabo de diez días le examiné, confirmando el diagnóstico y hallando un desgarro súperointerno pequeño en el sector de la 1 (ojo derecho) de forma redondeada con abombamiento de todo el sector nasal de la retina. Operé al paciente al cabo de cuatro días de reposo, siguiendo un curso normal, con ligera hemorragia del vítreo y perfecta reaplicación de la retina, que recuperó casi toda la visión que tenía antes del desprendimiento.

Las consideraciones que se deducen de estos casos son:

Primera: La confirmación de la cierta frecuencia con que la retina se desprende al mismo tiempo que la coroides, señalada por BONNET y GRAND-CLÉMENT.

Segunda: La situación posterior o lateral que tiene el desprendimiento de la retina, pero siempre contigua, lo que hace creer que probablemente se trata de que en una zona la exudación, en vez de ser externa y ocupar el espacio supracoroideo, es interna y levanta la retina. En la parte posterior (caso de la figura 3) probablemente la vena vorticosa limita el levantamiento de la coroides y más atrás levanta la retina.

Tercera: Cuando desaparece el desprendimiento cororoideo desaparece el retinal, teniendo, por lo tanto, el mismo carácter de benignidad y fugacidad.

Cuarta: La patogenia del desprendimiento de la retina es probable que sea la misma que la del desprendimiento de la coroides, con la diferencia de que, en vez de depositarse el líquido extravasado en la parte externa de la coroides, es en la parte interna donde se acumula.

Quinta: En un caso (figura 4) en el que, al cabo de dos meses y medio de la operación, se presentó un verdadero desprendimiento de la retina, la situación del desgarro muestra que no había ninguna relación con el desprendimiento de coroides y retina postoperatorios.

Bibliografía

- KNAPP: Die intraokulären Geschwülste. Karlsruhe. 1868. — FUCHS: Ablösung der Aderhaut nach Staroperationen. «Graefes Archiv». Año 1901. — HAGEN: Die seröse postoperative Choroidealablosung und ihre Pathogenese. «Kling. Mon. f. Aug». 1921. — O'BRIEN: Detachment of the choroid after cataract extraction. «Arch. of Ophth». 1935. — O'BRIEN: Further observations on detachment of the choroid after cataract extraction. «Arch. of Ophth». 1936. — LINDNER: Zur Klinik des Glaskörpers. «Graefes Archiv». 1936. — MELLER: Ueber post-operative und spontane Choroidealabhebung. «Graefes Archiv». 1912. — MEESMANN: Experimentale und anatomische Studien zur Frage der Aderhautablösung. «Arch. für Augenh». 1921. — FRONIMPOULUS: Zur Frage der Pathogenese der serösen Aderhautabhebung. «Klin. Monat. für Augen». 1942. — GRAND-CLÉMENT: Le décollement post-opératoire de la choroïde. «Thèse de Lyon». 1938. — BONNET et GRAND-CLÉMENT: Le décollement choroïde. «Archives d'Ophthalmologie». 1939.