

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Por:

RICARDO LOPEZ URZUA

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1953.-

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

=====

El desprendimiento de la retina, es la separación de esta membrana de la coroides, dicha separación se efectúa entre el epitelio pigmentario y el resto de la retina. Entre estas dos capas, se forma un espacio casi siempre ocupado por un exudado líquido que puede ser: seroso, - inflamatorio-hemorrágico, purulento, etc.

Mas que una entidad mórbida, el desprendimiento debe considerarse como un síntoma de muchas enfermedades, existiendo un gran número de causas que pueden ocasionarlo.

Bajo el punto de vista etiológico, patogénico y quirúrgico, es conveniente dividirlo en dos grupos:

a-) Idiopático:

- 1) miopía (operable)
- 2) degeneración senil de la retina (op.)
- 3) procesos coroides incidiosos tórpidos (no op.), TBC.
- 4) traumático (op.?)

b-) Sintomáticos: (reposo o intervención médica)

- 1) retinitis albuminúrica
- 2) celulitis orbitaria
- 3) escleritis
- 4) iridocoroiditis aguda.

ETIOPATOGENICA.

Datos embriológicos: la vesícula ocular - primitiva, se transforma en secundaria aplicán-

-dose la hoja proximal a la distal, dejando una cavidad virtual intermedia.

La hoja proximal da origen a la capa pigmentaria de la retina adherida a la coroides.

La capa distal da origen al resto de la retina.

Ambas capas se mantienen unidas por:

- a) La capa de células pigmentarias envía prolongaciones protoplásmicas amiboideas que "engranan" en la capa de conos y bastones asegurando en esa forma la unión entre las dos estructuras.
- b) En el mismo sentido actúa la presión positiva del humor vitreo.

Para Marques, el desprendimiento de la retina, se desarrollaría de la siguiente manera:

- 1) alteraciones congestivas o inflamatorias en la coroides, con o sin trastornos consecutivos o simultáneos del humor vitreo.
- 2) Exudación del líquido entre el epitelio pigmentario y el sensorial, con caída en dicho líquido de restos celulares de ambos epitelios.
- 3) degeneración parcial de ambos epitelios y desengranaje de los mismos.
- 4) despegamiento y distensión de la retina por el líquido acumulado debajo de ella.
- 5) lesiones de la misma, que predisponen a la producción de rasgaduras y desinserciones periféricas al nivel de la ora serrata, permitiendo el paso del humor

vitreo, que va a mezclarse con el líquido citado.

TEORIA DE LA ATRACCION: (cicatrices del humor vitreo, pérdida del mismo, hipotonía resultante). La falta de presión ocasionada por cualquiera de las causas citadas, ocasionaría el desengranaje de las dos capas.

Teoría de la distensión. Esta teoría original de Gonin, preconiza la ruptura de la retina como factor primordial del desprendimiento, aunque muchas veces dicha ruptura no puede ser demostrable.

SINTOMATOLOGIA:

Muy variada según la causa que lo produce, entre los principales síntomas están los siguientes: Miodesopsia (moscas, telas, etc.) por exudados o cuerpos flotantes en el vitreo. Fotopsia: percepciones luminosas (chispas, relámpagos), estados irritativos de la retina. Metamorfopsia (deformación de los objetos del mundo exterior). Disminución de la visión, que algunas veces puede llegar hasta la ceguera completa o solamente a la percepción de luz, dependiendo de este último síntoma del tamaño del desprendimiento y de la situación del mismo.

Como síntomas objetivos, tenemos el cuadro oftalmoscópico que nos muestra la retina blanquecina, la necesidad de emplear lentes esféricas de signo positivo para localizarlo, la presencia de la rasgadura, que es bastante difícil de encontrar en algunos casos y en otros imposible. Es indicado hacer el examen oftalmoscópico, con pupila dilatada totalmente, buscando cerca del ecuador del ojo sitio más frecuente de la localización de la rasgadura.

Además de los síntomas mencionados, es con

-veniente para el mejor diagnóstico, tomar un campo visual si es posible con índices blancos y si estos no son visibles hay que hacerlos con índices luminosos. En el campo visual, aparece rá invisibilidad del índice en la zona correspondiente al desprendimiento. Otro procedimiento empleado y que nos parece que nunca debe olvidarse es la transiluminación, para descartar la presencia de un tumor introcular el cual se manifiesta por una sombra que intercepta los rayos luminosos.

LOCALIZACION DE EL COLGAJO:

Para la localización del colgajo retiniano, se han ideado diferentes métodos, ya sea por medio de aparatos o de diseños o mapas sobre los cuales se proyecta el fondo del ojo. Entre ellos debemos citar el esquema de Amsler-Dubois, que corresponde a la totalidad del ojo con un aumento de 2.5 a 3 diámetros. En el esquema original el diámetro papilar correspondía a 5mm. y el diámetro del fondo del ojo completo era igual a 33 diámetros papilares o sean 16.5 cm. más o menos. Sobre la misma base se han ideado otros mapas como el de Cowan, Marshall etc.

El desgarro retiniano corresponde por lo general a zonas de coroiditis, o de degeneración microscópica de la coroides. Cuando el desgarro se examina a las pocas horas o días, es lo más corriente encontrarlo cerca del ecuador del fondo del ojo. En desgarros antiguos por el contrario, el sitio frecuente de la lesión es en la parte baja del fondo, donde permanece estacional, sin embargo si se busca con cuidado en los cuadrantes anteriores, la zona de desgarro original queda marcada en rojo sobre fondo negro. Si no se trata, el desprendimiento retiniano se hace total en la mayoría de los casos, permaneciendo unida la retina, únicamente en la papila y en la ora serrata (desprendimiento en Y).

La parte anterior del fondo del ojo se encuentra normal.

TRATAMIENTO

Historia:

Para muchos autores el tratamiento moderno del desprendimiento de la retina es tal vez el más importante de los adelantos que haya tenido la oftalmología en la presente generación. Los nombres de Verhoeff, Gonin, Larsson, Vogt, marcan escalones de trascendental importancia en la historia de la curación de esta enfermedad. Sin embargo, para conocer el desarrollo de este tratamiento desde los primeros investigadores hasta el momento actual, vamos a citar el historial que del mismo hace Vogt: "Coccius en 1853 fué el primero en observar un desgarro retiniano. El siguiente fué A. von Graefe quién, sin embargo, creyó que el desgarro era parte del proceso curativo, hasta que Hansen, en 1871 y Schweigger en 1873, opinaron en el sentido contrario. De Wecker, en 1870, reconoció por primera vez que el desgarro era la causa del desprendimiento, describiendo tres tipos del mismo: por distensión, por atracción y por levantamiento. Leber popularizó este concepto; de acuerdo con él, todo desprendimiento agudo, reconocible al oftalmoscopio, es causado por un desgarro de la retina.

Martín y De Wecker, introdujeron la ignipuntura se aceptó generalmente en Francia y en Inglaterra. Schoeler fué el primero en seleccionar la región del desgarro retiniano y el lugar del principio del desprendimiento, como sitio para la operación; para esto, inyectó tintura de yodo entre el vítreo y la retina en la vecindad del desgarro y en el lugar del principio del desprendimiento; en otras palabras en el espacio pre-retiniano. Deutschmann fué el primero en usar la ignipuntura en el sitio exacto del desgarro, en un caso de 1896, tratamiento

I.- Medidas preoperatorias:

- 1º- Reposo en cama, decúbito horizontal, - examinando diariamente la evolución - del desprendimiento con oftalmoscopio y campos visuales. Se recomienda para estos casos el perímetro de Schweigger, por ser portátil.
- 2º- Anteojos con un agujero transparente - en el centro (estenopéicos).
- 3º- Atropinización tomando la tensión antes y controlándola en diferentes campos.
- 4º- Administración de mercuriales, yoduros y salicilatos, ayudan a la reabsorción del derrame, así como el calcio y las vitaminas C y K previenen las hemorragias en el vítreo.
- 5º- Eliminar y tratar focos sépticos.
- 6º- Exámenes de laboratorio de rutina, especialmente secreción lagrimal (frote y cultivo). Tiempo de sangría, coagulación, etc.

II.- Procedimientos quirúrgicos empleados:

Los enumeraremos, describiéndolos a grandes rasgos, por ser conocidos por todo oftalmólogo, teniendo todos ellos su aplicación electiva, según la clase de desprendimiento, tamaño - del ojo, recidivas, etc.

Anestesia: De preferencia debe ser local. Nunca debe usarse cocaína, por edematizar y producir demasiada sequedad de la córnea, impidiendo una buena visión oftalmoscópica. En el Servicio se usa pontocaína solución al 2%, con adrenalina. Aquinesia palpebral completa, inyección sub-conjuntival de anestocaína al 2% y profunda comprendiendo el área donde va a operarse,

2 cc. son suficientes. En algunos casos, es necesario practicar una cantotomía externa.

Los puntos básicos del tratamiento son:

- a) drenar el fluido sub-retinial
- b) producir una coroiditis adhesiva para - que la retina quede unida nuevamente a la coroides.

El primer punto se logra, haciendo una puncción, trepanación, resección de la esclerótica; el segundo por medio de coagulación, diatermia, etc.

- c) reducir la capacidad del ojo.

Los procedimientos quirúrgicos más empleados son los siguientes:

A) Trepanación de la esclera: 1½ mm.

Solo llena el primer requisito, por lo que aislada, esta operación, no tiene tan buenos resultados. Hay que hacerla lo más cerca posible de la rasgadura. Se la emplea con más frecuencia combinada a la diatermia plana. Con el objeto de provocar adherencias, algunos cirujanos han empleado solución de potasa en el sitio de la trepanación, para producir una irritación de la coroides. En el Servicio se ha usado este procedimiento, pero asociado a diatermia penetrante.

B) Electro-coagulación superficial:

Puede usarse en los casos muy pequeños y bastante periféricos, así como en aquéllos en los que después del reposo la retina casi ha recobrado su posición normal. Puede usarse cualquiera de los aparatos descritos en los tratados especiales, siendo el mejor y el más empleado el de Walker, con electrodo esférico o plano

Técnica: La esclera se desnuda después de anestesia, sección de la conjuntiva y de la cápsula de Tenon con la separación de los músculos necesaria, para una exposición satisfactoria. El electrodo negativo del aparato de Walker se coloca por debajo del paciente, fijo a su flanco, cadera, o por debajo de uno de sus hombros. Puede cubrirse con gasa humedecida en solución salina si se juzga necesario. Este electrodo está conectado con la diatermia y el electrodo esterilizante y su switch de pie colocado debajo de la mesa de instrumentos. Antes de comenzar el tratamiento el instrumento debe probarse para estar seguro de que todo está trabajando satisfactoriamente. Todos los puntos hemorrágicos deben estar controlados y el electrodo de bola debe entonces colocarse suavemente contra la esclera de dos a cuatro segundos, con el miliamperaje 60 - 70 correcto, según el instrumento empleado. Deben evitarse las venas del vortex y la coagulación no debe llegar a la zona ciliar, evitando así una subsecuente iridociclitis. Al aplicarse el electrodo a la esclera, el operador debe vigilar cuidadosamente hasta que aparezca una fina contracción fibrilar de las capas superficiales de la esclera. El buen desarrollo del tratamiento queda indicado por la aparición de un parche de decoloración café. Mientras esto no ocurra, la bola debe aplicarse de nuevo en la misma área. Debe continuarse la aplicación hasta que el área total de separación retiniana esté cubierta. Al progresar la superficie de coagulación, nos damos cuenta que el globo ocular se hace sensiblemente más suave, más blando. Tan pronto como la terapia superficial esté completa, el fluido sub-retiniano debe ser evacuado por cualquiera de los métodos conocidos.

C) **Diatermia Penetrante:** Termocauterío. Ideado por Gonin, por lo que lleva su nombre, es una de las operaciones más empleadas, con un porcentaje de curaciones bastante elevado no obstante en algunas ocasiones es necesario pra-

-ticarla varias veces. Puede hacerse usando los electrodos de Walker que tienen forma de pequeños alfileres, con un hilo en su extremo no perforante que servirá como referencia al ser colocado, o bien el electrodo de López Lacarre. La ventaja de los primeros, es que el drenaje del fluido se hace hasta haber terminado la operación, no molestando la hipotonía ocular el resto de la intervención, como sucede con el segundo electrodo.

Técnica: El principio de la operación no difiere del de ninguna otra forma de terapia para la separación de la retina. La incisión conjuntival debe ser extensa, la esclera debe desnudarse completa y cuidadosamente, los músculos se separan con ganchos de estrabismo, sin cortarlos. El siguiente paso es marcar sobre la esclera la posición del desgarro. El operador debe recordar sus exámenes preliminares y la proyección del desgarro sobre las cartas o mapas anteriormente citados. El estilete de Walker sin alfiler puede servir bastante bien como marcador cuando se aplica a la esclera con treinta o cuarenta miliamperios de corriente, esto deja una mancha café o gris que permanece durante toda la operación. En esta forma puede marcarse el meridiano en el que se encuentra el desgarro retiniano. En este momento se aconseja hacer un control oftalmoscópico de la posición de las lesiones. Es igualmente aconsejable durante todos estos pasos asegurar la humedad de la córnea irrigándola frecuentemente con algunas gotas de suero fisiológico tibio. Al trabajar con los alfileres es necesario mantener el campo operatorio seco y vigilar que la punta conductora del estilete no se ponga en contacto con partes metálicas o con otras agujas, ya que de suceder así, se produciría un corto-circuito. La retracción de los tejidos puede obtenerse por medio de delgadas varillas de marfil, cucharitas de carey o con el espéculo de Arruga. Para la colocación de los alfileres se toman de una gasa, se colocan en un ojal

del estilete y se aplican a la esclera, en este momento la corriente se cierra y el alfiler entra únicamente con 30 a 50 milamperios. Se deja en esta forma un momento más y después se suelta del estilete dejando el hilo por fuera del campo de operación pero bien a la vista. Corrientemente pueden colocarse de ocho a doce alfileres por cada minuto de tiempo. Después de haberse colocado los alfileres alrededor de la zona escogida, los límites de desprendimiento deben ser indicados con una línea de alfileres separada dos milímetros de la anterior. Tan pronto como todas las áreas se han cubierto satisfactoriamente es conveniente hacer de nuevo un examen oftalmoscópico en el cual se verá el desgarramiento retiniano y el área de desprendimiento y después los que están alrededor del desgarramiento. El espacio subconjuntival se seca de todo fluido subretiniano, se irriga con solución de Meta phen al 1/10.000, se retiran las suturas de tracción musculares, se suturan los cabos musculares lo mismo que la conjuntiva y la cápsula de Tenon en forma indicada para estas intervenciones.

D) Técnica empleada en el servicio. Es una combinación de las dos anteriores, sus puntos más sobresalientes son:

- 1º. Los músculos no se desinsertan.
- 2º. Se hace electrocoagulación superficial y penetrante.
- 3º. Se hace primero la electrocoagulación superficial hasta cubrir el área del desprendimiento y luego las punciones (4 a 6) con el electrodo de Walker de 5 a 6 mm. de largo sobre el área de la rasgadura.

E) Resección parcial de la esclerótica: Esta operación fue practicada por primera vez entre nosotros por el Dr. A. Ponce Archila; en 1947 reportó sus primeros casos, siendo ayudado en el primero de ellos por el Dr. A. Arathoon.

Es el procedimiento que más porcentaje de curaciones nos brinda, siendo las recidivas menores. Debido a los grandes fracasos que se obtienen con los procedimientos anteriores, muchos cirujanos lo han adoptado como tratamiento de elección, en los siguientes casos: 1º en los cuales ha fracasado cualquiera de los tratamientos anteriores. 2º en los casos en que el desprendimiento es mayor de un tercio de la retina. 3º En la miopía elevada. 4º En los casos afáquicos. 5º En aquellos en que ha transcurrido mucho tiempo, es decir, de larga evolución. Ha sido empleado también este procedimiento, en miopías muy elevadas, con el objeto de producir un acortamiento del ojo en su eje antero-posterior.

Ramach, Lindner, Brown, Borley y últimamente Donald Bogart, han reportado magníficos resultados con esta intervención. Las estadísticas de enfermos curados han aumentado considerablemente y muchos casos en los cuales habían fracasado los otros métodos, han curado dando visiones más o menos buenas. En otros casos, con lesión total de la mácula, se ha restablecido por lo menos el campo periférico.

Este procedimiento se ha usado bastante en los Servicios de Hombres y de Niños, del Hospital General, cuando se trata de desprendimientos extensos, antiguos y en ojos afáquicos y miopes. Los casos tratados estaban condenados a la ceguera completa pues la agudeza visual estaba reducida al extremo, percibiéndose únicamente la luz bastante intensa y solamente en una dirección del campo visual. En dos de los casos habíase ya instalado un estrabismo convergente, por no usarse en lo absoluto el ojo cuya retina estaba desprendida. Los resultados obtenidos los anotaremos en cada observación.

TECNICA DE LA OPERACION

- 1º.- Medicación pre-operatoria rutinaria, no em

- pleando morfina.
- 2º.- Instilación local de pontocaína al 2% y adrenalina al 1%. No usar cocaína.
 - 3º.- Aquinesia palpebral, con novocaína al 2% y adrenalina 1 gota por cada cc. (5cc. son suficientes). En el servicio se emplea anestocaína y preparados similares, scurocaína, etc.
 - 4º.- Inyección subconjuntival de $\frac{1}{2}$ cc. de novocaína al 2% con adrenalina.
 - 5º.- Inyección profunda de 2cc. de la solución anterior, alrededor de los músculos y zona en donde va a practicarse la resección escleral.
 - 6º.- Sección conjuntival, sobre la zona a operar, más o menos $\frac{1}{4}$ de la circunferencia y a unos 8 mm. del limbo.
 - 7º.- Corte pequeño de la cápsula de Tenon a un lado del músculo que va a seccionarse, aislamiento del músculo con ganchos de estrabismo y colocación de una sutura cerca de la inserción muscular, con doble aguja y nylon 5-0 que servirá al final de la operación, para reinsertar el músculo. Sección del músculo. Este último tiempo, es conveniente hacerlo a 2 mm. de su inserción, pues el tendón en esta forma facilita la colocación de una sutura o pinza de fijación, que ayuda a la tracción del globo ocular.
 - 8º.- En el cuadrante donde va a practicarse la resección, se colocan previamente suturas en la siguiente forma: (fig. No.1) a 10 mm. de distancia del limbo, se marca una línea paralela al mismo, que es donde se practicará la resección. En los extremos de dicha línea y a 15 mm. más o menos de distancia entre sí, se colocan las correspondientes suturas en sorjete, principiando cada una por los extremos y dejando entre sí, -

un espacio de 5 mm. (seda No.0000). Hay que tener cuidado en esta colocación, pues es fácil herir las venas vasavorticosa. Las suturas principiadas en los extremos deben encontrarse en la parte media de la línea antes trazada. Efectuado esto, deben aflojarse las suturas, dejando ampliamente descubierta la zona en que se efectuará la resección, (fig. No.2).

- 9º.- Colocación de separadores especiales. Nosotros hemos usado con buen resultado espátulas de vidrio, exponiendo la zona a operar. Debe hacerse tracción del ojo por el tendón del músculo seccionado.

10º.- Con un cuchillo pequeño (Wheeler) se practica un corte superficial en la esclera, que tenga de 2 a 3 mm. de ancho y unos 10 a 12 mm. de largo, (fig. No.2 y 3). Con una espátula de iris, es conveniente ir marcando dicho corte, el que se seguirá profundizando con mucho cuidado hasta aparecer una membrana de coloración oscura que hay que procurar no herir, pues se trata de la coroides. La extirpación de la parte de esclera seccionada, se termina con las tijeras curvas de Stevens.

11º.- En la zona descubierta, se ve aparecer la coroides haciendo hernia en la herida por el exudado que se encuentra entre ella y la retina. En la parte donde la prominencia de la coroides es más marcada, se practica una punción con el mismo cuchillo usado anteriormente, la cual dará salida al líquido sub-retiniano. Al mismo tiempo se tiran de las suturas puestas previamente, con lo que quedará totalmente cerrada la herida y se impedirá el escape del vítreo y pérdida del ojo (fig. No.4).

12º.- Con un gancho de estrabismo calentado a la llama de alcohol o con un electrodo esférico

-co, se practican varios puntos (diatermia plana), alrededor de la zona operada, con el objeto de producir más adherencias, éstas siempre se formarán ya que se dejan en dicha zona los puntos de seda perdidos, que producen un foco de irritación.

13º- Reinserción del músculo seccionado.

14º- Sutura de la conjuntiva con seda. Puntos separados. Inyección de aire en la cámara anterior.

15º- Aplicación de una pomada antiséptica (Sulfatiazol al 5%, y atropina al 2%). Vendaje binocular.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO:

1º- Reposo en cama en posición horizontal, pudiendo levantarse un poco el respaldo en los desprendimientos situados abajo. Durará tres semanas. En ancianos hay que mantenerlos menos tiempo.

2º- Dieta: Líquida las primeras 24 horas, blanda por dos días y después corriente.

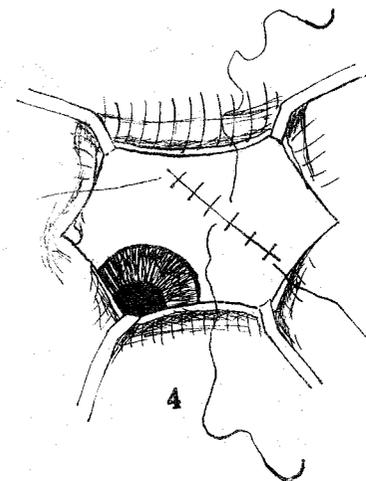
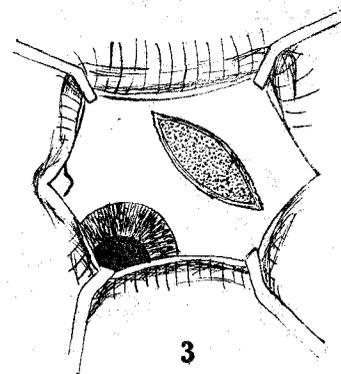
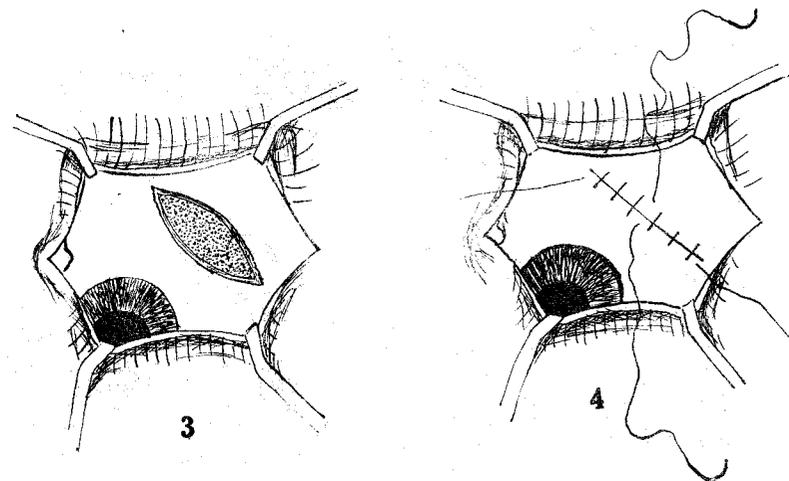
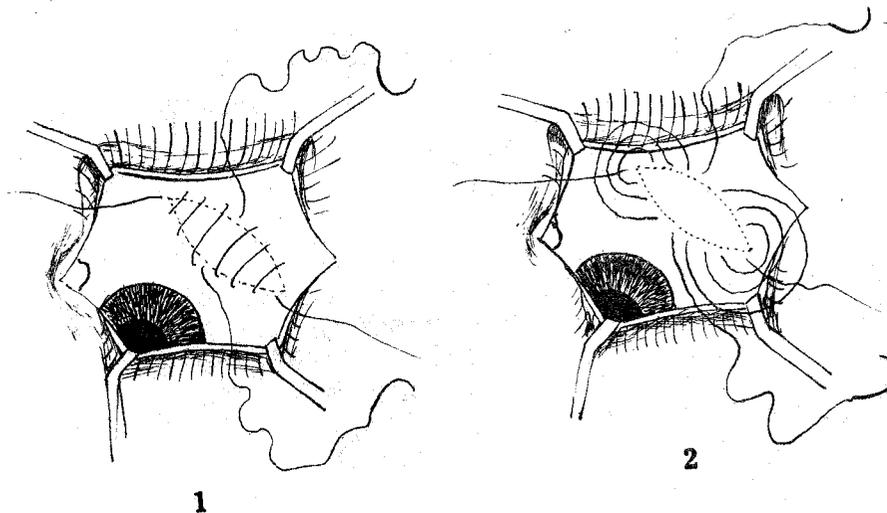
3º- Medicación: Aspirina y codeína, según la necesidad. Las primeras noches es conveniente dar Nembutal.

4º- Vigilar las evacuaciones intestinales cada dos días. Enemas o laxantes suaves según se necesite.

5º- Curaciones: La primera, cinco días más tarde, instilar en el ojo operado atropina 2%. Después curarlo cada tres días, instilando atropina al 1% y controlando la presión con los dedos. Quitar los puntos al final de la segunda semana.

6º- Examinar el fondo después del décimo día.

7º- Levantarlo de la cama después de la tercera semana.



8º- Ponerle anteojos opacos con un agujero circular en el centro.

9º- Al final de la cuarta semana puede marcharse a su casa. No leer durante tres meses.

COMPLICACIONES:

a) Inmediatas: marcada hipotensión, hemorragias: masiva en el vítreo; pequeñas en la retina, prolapso del vítreo, queratitis post-operatoria, iritis post-operatoria, infecciones conjuntivales y orbitarias.

b) Tardías: opacidad del vítreo, formación de catarata, recidiva del desprendimiento, trastornos en el balance muscular vertical, corioretinitis extensa.

No discutiremos en esta tesis las complicaciones anotadas anteriormente y la manera de tratarlas, solamente diré que la cuidadosa selección de los casos, un examen pre-operatorio detallado, una técnica quirúrgica correcta y el tratamiento post-operatorio adecuado, evitan en un gran porcentaje dichas complicaciones.

Con los tratamientos descritos se obtuvieron los siguientes resultados:

DIATERMO COAGULACION PLANA Y PERFORANTE

No. de enfermos	Curados	Mejorados
30	18	4
No mejorados	Porcentaje de curaciones	
8	70 %	

CASOS OPERADOS CON RESECCION PARCIAL DE LA ESCLERA

No. de enfermos	Curados	Mejorados
6	3	-
No mejorados	Porcentaje de curaciones	
3	50 %	

COMENTARIOS: Los casos no mejorados se debieron a:

- Miopía elevada
- Ojos afáquicos
- Desprendimientos muy antiguos

CASOS TRATADOS CON REPOSO

No. de enfermos	Curados	Mejorados
4	1	3

CAUSAS: tres secundarios a glomerulonefritis aguda y uno a toxemia del embarazo con gangrena del útero (éste último curó)

En las siguientes páginas y por vía de ilustración presentaré algunos casos en los que fueron empleados los procedimientos quirúrgicos anteriormente descritos.

PRESENTACION DE CASOS

=====

Observación No.1:

E. L. de once años de edad.

Ojo afectado: O. D.

Antecedentes: No se pudo comprobar traumatismo aunque se sospechó dado lo frecuentes que son en esa edad.

Evolución: de 1 mes.

Agudeza visual: O. D. percepción de luz solamente en el campo inferior. O. I. Normal.
Fondo de Ojo: Desprendimiento en forma de media luna, que ocupa toda la parte inferior y asciende al campo superior en ambos lados. En la parte inferior, más o menos a las 7, se observa una pequeña rasgadura de la retina.
Campos visuales: O. D. Percepción de luz en el campo inferior, bastante reducida. O.I. normal.
Examen general y complementarios: Normales.
Diagnóstico: Desprendimiento de la retina O.D.
Pronóstico: Reservado.
Tratamiento: a) reposo absoluto en posición horizontal durante 15 días, habiéndose observado ligera disminución en la elevación de la retina, aunque sin mejorar la agudeza visual. b) Atropinización. c) Operación: Resección de esclera.
Resultado: Muy bueno.
Agudeza visual: O.D. 20/100. Recobró la visión en 66.5%

Observación No.2:

I. de G. de 64 años de edad. Ojo afectado: O.I.
Antecedentes: Traumatismo.

Evolución: 10 días.

Agudeza visual: O.I. Percepción de luz. O.D. 20/20.

Fondo de Ojo: Desprendimiento en el ojo izquierdo en el campo superior, campo inferior y el lado temporal. O.D. Normal.

Campo visual: O.I. Percepción de luz bastante reducida. O.D. Normal.

Examen general y complementario: Normales.

Diagnóstico: Desprendimiento de la retina post-traumático O.I.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: a) Reposo absoluto durante dos semanas, al final de las mismas la retina se había aplanado bastante, especialmente arriba y en el lado temporal. b) Atropinización. c) -

Operación: Diatermia plana y penetrante con el aparato de Walker.

Resultado: Bueno.

Agudeza visual: O.I. 20/50.

Observación No.3:

F.B. 42 años de edad, Ojo afectado: O.I.

Antecedentes: Miopía elevada. No se comprobó - traumatismo.

Evolución: De varios meses.

Agudeza visual: (Con corrección) O.D. 20/70. O. I. Percepción de luz.

Fondo de ojo: Desprendimiento grande inferior en el ojo izquierdo. Lesiones degenerativas de ambas retinas, de origen miope.

Campos visuales: O.I. Percepción de luz muy - disminuida.

Examen general y complementarios: Normales.

Diagnóstico: Desprendimiento de la retina O.I.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: a) Reposo absoluto en posición horizontal durante 15 días, sin mejoría aparente. b) Atropinización. c) Operación: Resección de esclera.

Resultado: Muy satisfactorio.

Agudeza visual: O.I. corrigió a 20/100.

Observación No.4:

R.A. de 39 años. Ojo afectado: O.I.

Antecedentes: Traumatismo 10 años antes.

Agudeza visual: O.I. Percepción de luz. O.D. Normal.

Fondo de Ojo: Zona de desprendimiento que se extiende por toda la parte inferior del fondo izquierdo, abarcando también el lado temporal del

mismo. O.D.: Normal.

Campos visuales: O.I. Percepción de luz en el campo inferior, bastante reducido.

Examen general y complementarios: Normales.

Diagnóstico: Desprendimiento antiguo de la retina O.I. post-traumático.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: a) Reposo absoluto por dos semanas, sin ninguna mejoría. d) Atropinización.

c) Operación: Resección de esclera.

Resultado: Ligera mejoría.

Observación No.5:

E.A. de 40 años. Ojo afectado O.I.

Antecedentes: Traumatismo.

Evolución: 2 meses.

Agudeza visual: O.I. Percepción de luz. O.D.: Normal.

Fondo de Ojo: O.I. Desprendimiento colocado arriba y extendiéndose al lado temporal. O.D.: Normal.

Campos visuales: O.I. Percepción de luz en el campo superior.

Examen general y complementarios: Normales.

Diagnóstico: Desprendimiento de la retina O.I. post-traumático.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: a) Reposo absoluto en posición horizontal durante 15 días, con ligera mejoría. -

b) Atropinización. c) Fue operada por primera vez con excelentes resultados; la paciente sintiéndose muy bien y antes del tiempo prescrito por el médico subió en una camioneta, volviendo a tener que internarse por desprendimiento recidivante.

Agudeza visual: O.I. 20/30 con lentes.

Observación No.6:

R.J. de 35 años. Ojo afectado O.D.

Antecedentes: Traumatismo jugando al football.

Evolución: Tres días.

Agudeza visual: O.D. percepción de luz. O.I. - normal.

Fondo de ojo: O.D. zona de desprendimiento, que ocupa la parte inferior, la externa y el lado - temporal.

Campos visuales: O.D. Percepción de luz muy limitada.

Examen general y complementarios: Normales.

Diagnóstico: Desprendimiento de la retina O.D. post-traumático.

Pronóstico: Reservado.

Tratamiento: a) reposo en cama, en posición horizontal durante 15 días (muy poca mejoría). b) atropinización. c) operación: Diatermia plana y penetrante.

Resultado: Muy bueno.

Agudeza visual: O.D. 20/40.

C O N C L U S I O N E S

- 1ª.- Los tratamientos descritos (diatermo-punctura y la resección de esclera), son los - que más seguridad presentan, dan el mayor número de curaciones y el menor de recidivas.
- 2ª.- Se deben examinar y controlar cuidadosamente, con pupila dilatada, todos los casos - que se presenten, con serias y algunas veces benignas contusiones de la cara, especialmente de la región orbitaria.
- 3ª.- La Diatermo-punctura, es el método de elección en todo caso en que el tratamiento médico fracase y debe efectuarse sin ninguna - demora, después de un período de reposo - prudencial.
- 4ª.- La Resección de Esclera, es el tratamiento indicado para:
 - a) casos recidivantes
 - b) miopía elevada.
 - c) afáquicos.
- 5ª.- Mientras más precoz sea la intervención, - más satisfactorio será el resultado.
- 6ª.- Examinar periódicamente a todos los enfermos que se presenten con miopía elevada, - tomándoles campos visuales, etc.
- 7ª.- Todo operado de catarata, glaucoma, etc. - debe ser controlado periódicamente, pues - el desprendimiento de la retina es una complicación que se presenta con alguna frecuencia en cirugía intraocular.

RICARDO LOPEZ URZUA

Vo. Bo.

Dr. Alfonso Ponce Archila

Imprímase:

Dr. Carlos M. Guzmán
Decano

BIBLIOGRAFIA

Argañaraz.- Tratado de Oftalmología.

Arruga.- Tratado de Oftalmología.

Berens.- El Ojo y sus enfermedades.

Blaskovics.- Cirujía de los Ojos.

Doggart.- Enfermedades de los Ojos de niños

Spaeth.- Principios y Práctica de la Cirujía Oftálmica.

Ponce Archila, Dr. Alfonso.- Reporte de sus primeros casos de Resección de Esclera - (1947).-