

11234
2 ej 36



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
I.S.S.T.E.
Subdirección General Médica
"Centro Hospitalario 20 de Noviembre"

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y DE MANEJO DE LA
'DIABETIS RETINIANA ESPONTANEA DEL ADULTO JOVEN'**

TRABAJO DE TESIS DE POSGRADO
Que para obtener la Especialidad de:
OPTALMOLOGIA
presenta
DRA. LETICIA VEGA MORALES



México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
II.- PROPOSITO DE LA INVESTIGACION	9
III.- MATERIAL Y METODOS	10
IV.- RESULTADOS	12
V.- DISCUSION	21
VI.- CONCLUSIONES	28
VII.- GLOSARIO DE ABREVIATURAS	29
VIII.-BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUCCION

El desprendimiento de retina es el resultado de la acumulación de líquido entre la capa de fotorreceptores y el epitelio pigmentario de la retina, la retina no se encuentra en realidad desprendida en su totalidad a partir de la coroides, sino es una separación entre las dos capas primitivas de la retina, el neuroepitelio y el epitelio pigmentario, las cuales a excepción de su unión en la ora serrata y el nervio óptico no se encuentran firmemente adheridas; hay entre las dos un espacio potencial ocupado por mucopolisacáridos y los procesos citoplasmáticos de las células del EPR (epitelio pigmentario de la retina). (1,2,3)

Las primeras descripciones del desprendimiento de retina (DR), fueron hechas en ojos de animales por Maitre-Jan (1722) y Morgagni (1740); la primera observación histopatológica la realizó James Ware (1805) de Londres, y luego Wardrop (1818) de Edimburgo y Bartolomeo Panizza (1826) de Pavia. Estos autores describieron el cuadro como hydrops subchoroidalis, para diferenciarlo del hydrops subscleroticalis o desprendimiento de coroides. Clínicamente fue descrito pero no reconocido en humanos por Beer (1817). Con la introducción del oftalmoscopio por Helmholtz en 1850, fue posible elaborar una descripción clínica precisa y determinar la frecuencia y la importancia de

este padecimiento que hasta el momento se consideraba como -
sinónimo de ceguera. Se elaboraron numerosas teorías para -
explicar la etiopatogenia del DR, una de las primeras fue la
teoría de la "distensión del globo ocular", descrita por Von
Graefe (1857) y basada en la suposición de que la retina no
era tan distensible como la coroides y la esclera y al aumen-
tar el diámetro ocular como por ejemplo en los pacientes mio-
pes, la retina se desprendía. Otra teoría fue la de la "hi-
potonia", la cual suponía que una disminución en la tensión -
en la cavidad vítrea conducía a un DR por la pérdida del so-
porte que normalmente mantenía a la retina en su posición, -
fue inicialmente propuesta por Stellweg (1861) apoyándose en
la alta incidencia de DR posterior a pérdida de vítreo.

Das teorías que lograron gran aceptación y que posteriormente
se demostró que explicaban dos tipos específicos de DR fueron
la teoría de la "exudación" sugerida en la era anterior al -
oftalmoscopio por Werdnrop (1818) y apoyada por Von Graefe -
(1854) y Von Arlt (1853), quienes explicaban que los despren-
dimientos ocurridos en ojos no miopes eran resultado de una -
coroiditis serosa o una hemorragia coroides o bien de una al-
teración en la circulación coroides.

La teoría de la "tracción" fue sostenida por Muller (1858) y
Leber (1881) y postula que es la tracción del cuerpo vítreo -
sobre la retina el factor etiológico en los DR que presentan

membranas y bandas vítreas adheridas a la retina.

La presencia de rupturas retinianas no fue detectada sino hasta después del uso del oftalmoscopio, siendo descritas inicialmente por Coccius (1853) y más tarde por otros observadores sin identificar su significado. Fue hasta 1916 que Labor insistió que en los casos de DR idiopáticos, debe sospecharse alguna ruptura retiniana. El primer autor en sugerir que ésta era la causa de gran parte de los DR y que su obliteración podría producir la curación de estos casos fue Jules Gonin en 1916. (4,5).

Las rupturas retinianas abarcan la totalidad del espesor de la retina sensorial y según sus características y causas que las ocasionan pueden ser:

- a) Agujeros retinianos que son producidos por ruptura espontánea del tejido retiniano, pueden ser redondos u ovoides y no presentan opérculo ni tracción vítreas.
- b) Desgarros retinianos que con resultado de la tracción vítreas sobre la retina, pueden ser de varias formas (en herradura, flecha, etc.) y por lo general muestran opérculo.
- c) Diálisis retiniana o desinserción oral, que es en realidad un desgarro que ocurre cerca o en la ora serrata y puede ser resultado de una avulsión traumática o ser espontáneo.
- d) Se describen también los desgarros gigantes que abarcan más de 2 cuadrantes y los agujeros maculares. (5,6)

las diálisis retinianas fueron identificadas primeramente por Leber en 1832; posteriormente se reconoció que el tipo de DR producido por estos desgarros era una entidad clínica aparte con una evolución característica, siendo esto enfatizado por Gonin en 1929 y Shapland en 1932. La diálisis es la causa - mas frecuente del DR en el niño y adulto joven; considerando a los DR en general, la incidencia de los causados por diálisis es aproximadamente del 10%, aunque hay autores que reportan incidencias del 5 hasta el 17%. Es mas frecuente entre - los 10 y 30 años y rara después de los 40. Tiene un predilección por el sexo masculino. En algunas series se describe al OI como el mas afectado y en otras al OD, frecuentemente la - afectación es bilateral. Se ha relacionado su aparición con padecimientos sistémicos como la dermatitis atópica. (7 - 11)

La diálisis espontánea se presenta principalmente en el cuadrante temporal inferior, pero puede abarcar los cuadrantes - nasal inferior o temporal superior como extensión de la lesión original, la localización superior aislada es ocasional y los nasales superiores son, en su mayoría secundarios a traumatismo y su evolución en estos casos es diferente. (12 - 14)

Este tipo de desgarros tienen por lo general en forma elíptica con su eje mayor usualmente a lo largo de la ora serrata, - la cual forma su borde anterior, aunque en ocasiones presenta un estrecho borde de tejido retiniano atrófico. Debido a que la adhesión retinocoroidea es muy firme en la ora serrata el-

borde anterior de la diálisis puede resistir el desprendimiento mientras que el posterior se levanta y arquea hacia atrás. Frecuentemente se observa una delgada membrana que cubre la diálisis y sus bordes, parece ser una combinación de corteza vítrea, membrana limitante interna y capa de fibras nerviosas que actúa como una barrera impidiendo el paso de vítreo licuado al espacio interretiniano mejor conocido como espacio subretiniano. El DR se asocia con la ruptura de esta membrana y con la licuefacción del vítreo adyacente. En el gel vítreo cercano a la diálisis es frecuente encontrar depósitos blancos o dorados similares a los que se observan en la hialosis esteroidea y que algunos autores describen como depósitos pigmentarios, probablemente provenientes del cuerpo ciliar, que en ocasiones sería los únicos hallazgos durante una oftalmoscopia directa o una indirecta sin indentación escleral en un paciente con diálisis sin DR. (5, 6, 12)

Se desconoce la causa de las diálisis espontáneas, pero se ha asociado a degeneración quística periférica, sin poderse identificar ésta con seguridad como lesión predisponente, pero se han observado también otros cambios simétricos en pacientes con diálisis, como son zonas de atrofia coriorretiniana periférica, retinosquiasis, blanco sin presión, sin poderse establecer ninguna relación causa-efecto.

La vulnerabilidad del cuadrante temporal inferior a este tipo

de lesiones tampoco ha sido totalmente explicada, se cree que por ser el cuadrante menos protegido dentro de la cavidad orbitaria y que los traumatismos leves podrían jugar algún papel, lo cual no explicaría que en los casos bilaterales (hasta un 5%) el ojo no traumatizado presente disidias. Otro factor mencionado es que este cuadrante se desarrolla más lentamente que el resto de la retina en la etapa embrionaria por lo que la retina es más delgada y probablemente más débil. - (1, 6, 7)

El desprendimiento de retina en estos pacientes sigue un curso relativamente benigno y es de larga evolución, por lo que frecuentemente se encuentran a la exploración líneas de demarcación y quistes subretinianos, característicos de los procesos crónicos. Por lo general cursan asintomáticos, iniciándose la sintomatología al afectarse el área macular. Los síntomas varían desde fotopsias, miodesopsias, defectos campimétricos - hasta disminución progresiva de la agudeza visual o simplemente visión borrosa inespecífica. (7, 9, 10, 13)

No hay relación con ningún error refractivo, la mayoría de los ojos afectados son emétopes y la miopía se presenta aproximadamente en un 6 a 11% de los casos. (1, 7)

Debido a la larga evolución del DR antes de la afectación macular, es teóricamente posible prevenir el daño macular con una cirugía temprana o bien con métodos profilácticos como la

crioterapia o la fotocoagulación sola en los casos en los que solamente se detecta una diálisis sin DR o con uno incipiente; de hecho, la diálisis a diferencia de otros desgarros o agujeros es indicación por se de profilaxis. (15 - 19)

Se ha observado en estos pacientes mejoría visual en el postoperatorio, mas evidente en los casos mínima afectación macular y aún en los casos en que la mácula está francamente dañada, lo cual es sumamente raro en otro tipo de desprendimientos, esto se ha atribuido quizá al hecho de que por lo general estos desprendimientos son planos y que esto permitiría cierta función de la retina desprendida. (7,9)

El tratamiento quirúrgico del DR secundario a diálisis se basa al igual que en los otros tipos de desprendimientos en tres principios fundamentales.

- 1).- La producción de una adhesión coroido-retiniana que posteriormente se convierte en una cicatriz firme que bloquee los desgarros o agujeros. Esto se ha logrado con diatermia y más recientemente con crioterapia.
- 2).- Provocar una depresión en la esclera que permita cerrar el desgarro aproximando el NPA a la neuroretina desprendida que contiene el desgarro. En un inicio esto se lograba con cirugías como la resección escleral, prefiriéndose actualmente implantes de silicón de los cuales

puede colocarse solo un fragmento (de banda o esponja) en diálisis pequeñas y con DR de uno o dos cuadrantes de extensión; o verdaderos carclajes o cinchos de 360° para DR o diálisis mayores.

- 3).- En los casos en los que haya gran cantidad de líquido subretiniano es necesario drenarlo por medio de una punción evacuadora, aunque algunos autores argumentan que aumenta el riesgo de hemorragia coroidea e infección.

En algunos reportes se indica que, independientemente de la técnica quirúrgica, si se bloquea adecuadamente la diálisis, se obtiene una depresión adecuada y se drena el LSR en caso de ser esto necesario, el resultado postoperatorio anatómico, es decir la reimpliación de la retina es muy bueno en la mayoría de los casos, reportándose éxitos quirúrgicos del 97 al 100% sin importar el procedimiento utilizado. (6,7,9,19,20).

En nuestra unidad la diálisis retiniana es la causa del 10% de los DR intervenidos quirúrgicamente y al parecer los resultados son favorables, lo cual se pretende demostrar en el presente estudio.

II.- PROPOSITO DE LA INVESTIGACION

Los objetivos del presente estudio son:

- a).- Llegar a un conocimiento más profundo sobre las características y la evolución clínica de la distrofia retiniana espontánea en los pacientes estudiados.
- b).- Determinar el porcentaje de éxito quirúrgico en nuestro grupo de estudio.
- c).- Determinar el grado de mejoría visual postoperatoria y los factores que en esto intervienen.
- d).- Comparar nuestros resultados con los reportados en la literatura.

III.- MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, abierto y longitudinal - de los casos con diagnóstico de DR secundario a diálisis retiniana espontánea, intervenidos quirúrgicamente por el Departamento de Retina del Servicio de Oftalmología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E de 1979 a 1985.

El grupo de estudio comprendió 30 pacientes, 5 de ellos con afectación bilateral, estudiándose en total 35 ojo afectados. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos pacientes con diagnóstico de diálisis retiniana vistos en nuestra unidad de 1979 a 1985.

Los criterios de exclusión fueron:

- a).- Pacientes con diálisis retiniana post-traumática
- b).- Pacientes intervenidos en otra unidad.

No hubo necesidad de eliminar ningún paciente y el estudio se concluyó con los 30 sujetos originales.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- 1).- Edad
- 2).- Sexo
- 3).- Sintomatología
- 4).- Tiempo de evolución
- 5).- Afectación uni o bilateral
- 6).- Localización de la diálisis

- 7).- Tasaño del DR
- 8).- Afectación macular
- 9).- Hallazgos en el otro ojo
- 10).- Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.
- 11).- Tipo de tratamiento
- 12).- Resultados anatómicos de la cirugía (Reaplicación de la retina)
- 13).- Resultados funcionales de la cirugía (Agudeza visual postoperatoria).
- 14).- Tiempo de seguimiento postoperatorio
- 15).- Relación con errores de refracción

En cuanto al tratamiento se estudiaron tanto los casos que requirieron cirugía como los que sólo ameritaron fotocoagulación. Se utilizaron en total 7 variaciones de la técnica de retinopexia. Para la fotocoagulación se utilizó el laser de argón.

IV.- RESULTADOS

Las edades de los sujetos estudiados oscilaban entre los 11 y 52 años con una media de 28.23 ± 9.45 años. Veintiseis pertenecían al sexo masculino y solo 4 pacientes al femenino, la mayor frecuencia del padecimiento tanto en hombres como en mujeres se encontraba en la tercera década de la vida. (cuadro # 1).

Sólo se detectaron 5 casos con afección bilateral, todos pacientes del sexo masculino. De los 35 ojos estudiados, en 30 se reportaron síntomas de disminución progresiva de la AV, - alteraciones campimétricas y visión borrosa inespecífica (cuadro # 2).

Se encontró afectación macular en 26 ojos. Los asintomáticos correspondieron a 4 casos en los cuales la diálisis fue hallazgo de la exploración física, sin afectación macular y con DR en el otro ojo.

El tiempo de evolución de la sintomatología fue de 6 días a 7 años. (cuadro # 3). El ojo más frecuentemente afectado fue el ojo derecho (OD). (19 casos)

La localización de la diálisis se especificó en cuadrantes, - siendo más frecuentemente afectado el cuadrante temporal inferior (figura # 1). El tamaño del DR también se valoró en - cuadrantes, afectándose 2 cuadrantes en 16 y un solo caso con

DR total de los 35 ojos estudiados, 32 tenían un DR y 3 solamente la diálisis sin DR. El examen del otro ojo en los casos unilaterales fue normal en la mayoría de los pacientes - detectándose anomalías sólo en 6.

Los hallazgos anormales consistían en degeneración vítrea, - condensaciones vítreas, degeneración lattice y degeneraciones coriorretinianas temporales inferiores.

El tiempo transcurrido entre el primer examen y la cirugía - varió de 1 a 120 días. (cuadro # 4). Se intervinieron 32 - ojos y en los 3 restantes sólo fue necesaria la fotocoagulación por haberse presentado sólo la diálisis sin DR, además - de que la diálisis era mas bien pequeña (menor a un cuadrante). El tipo de cirugía realizada y los resultados anatómicos o sea la reeplicación retiniana se describen en el cuadro # 5 en el cual se incluyen los procedimientos utilizados en - las recidivas. En 6 casos fue necesaria una segunda intervención, lográndose la reeplicación de la retina con una sola - cirugía en 26 casos. El segundo procedimiento fue prácticamen - te en todos los casos complementario del primero.

La técnica quirúrgica más utilizada fue la aplicación de crioterapia con implante de banda de silastic 240 en forma de - cincho y con drenaje de líquido subretiniano por punción la cual se utilizó en 16 casos con un éxito en 15.

La técnica que le siguió en frecuencia fue la aplicación de crioterapia con un fragmento de esponja como implante y DLSR (drenaje de líquido subretiniano) lográndose un éxito en 8 casos. Las demás técnicas se utilizaron en pocos casos, sobre todo en las primeras cirugías. Sólo en un caso se realizó resección escleral con aplicación de crioterapia y colocación de un fragmento de banda, lográndose la resplicación. Debido a que el éxito quirúrgico anatómico con las dos técnicas más frecuentemente utilizadas era similar y bueno y que las otras técnicas se habían utilizado en un pequeño número de casos, se consideró el éxito global de la cirugía como del 81.5%. Las causas de falla quirúrgica fueron bloqueo inadecuado de la dilatación en 5 casos y aparición de un desgarro ecuatorial en el cuadrante de la punción para DLSR, la cual fue penetrante y requirió aplicación de crioterapia transoperatoria. Sólo en un paciente se describieron líneas de demarcación y en otros quistes subretinianos, por lo cual no se incluyeron estos datos en el análisis.

En cuanto a la relación de padecimiento con errores de refracción, en ningún caso se reporta la esclerosis, pero se encontró AV inicial 20/20 sin necesidad de corrección en el otro ojo, en 20 de los sujetos estudiados lo cual nos podría indicar que eran emétopes.

La AV pre y postoperatoria se señala en el cuadro 6. De los 35 ojos operados, en 22 se encontró mejoría visual a pesar de reportarse afectación macular en 17 de éstos. En 7 pacientes no se modificó la AV, 5 de los cuales tenían una AV inicial entre 20/20 y 20/25. En 6 pacientes la AV disminuyó después de la cirugía, 5 presentaban daño macular. La AV postoperatoria final fue la registrada en la última visita; el tiempo de seguimiento postoperatorio fue de 1 mes hasta 4 años. En los pacientes en los que se lograban buenos resultados anatómicos el control posterior se realizaba en su clínica de adscripción por lo cual el seguimiento no era muy largo, lo cual ocurría preferentemente en recidivas. Se revisaron los antecedentes de trauma ocular leve, encontrándose en 3 casos, en uno de los cuales había afectación bilateral sin antecedente de traumatismo en el otro ojo en el cual la diálisis fue hallazgo de exploración física. En 32 de los 35 ojos no existía ningún antecedente de trauma ocular.

CUADRO No. 1.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

GRUPO ETARIO	PACIENTES MASCULINOS	PACIENTES FEMENINOS	TOTAL
11 - 20	5	0	5
21 - 30	13	2	15
31 - 40	6	1	7
41 - 50	1	1	2
51 - 60	1	0	1

CUADRO No. 2.

SINTOMATOLOGIA EN LOS 30 PACIENTES SINTOMATICOS

SINTOMAS	No. DE PACIENTES
DISMINUCION DE LA AV	14
DEFECTOS CAMPIMETRICOS	10
VISION BORROSA	8
MICROSCOPSIAS	6
NOTAR MALA AV ACCIDENTALMENTE	3
FOTOPSIAS	2
DOLORES OCULAR	2
METANOMOPSIA	2
ARDOR OCULAR	1

CUADRO No. 3

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA EN LOS 30 -
PACIENTES SIMFOMATICOS.**

MESES	No. DE PACIENTES
0 - 1	10
1 - 3	9
3 - 6	5
6 -12	1
12 -24	1
24	5

CUADRO No. 4.

TIEMPO DE EVOLUCION ENTRE EL DIAGNOSTICO Y LA CIRUGIA

DIAS	No. DE CASOS
0 - 5	11
6 - 10	10
11 - 15	4
16 - 20	1
21 - 30	2
31 - 60	3
60	1

CUADRO No. 5.

RESULTADOS QUIRURGICOS ANATOMICOS EN 38 CIRUGIAS INCLUYENDO REOPERACIONES

TIPO DE CIRUGIA	CRIOterapia	DIATERMIA	DLR	TOTAL	REAPLICACION	NO REAPLICACION
CINCHO CON BANDA 240	16		16	16	15	1
FRAGMENTO DE BANDA	3		3	3	2	1
FRAGMENTO DE ESPONJA	10		10	10	8	2
RESECCION ESCLERAL	1	2	2	3	2	1
CINCHO MAS FRAGMENTO DE BANDA ACANALADA	3		3	3	2	1
CINCHO MAS FRAGMENTO DE ESPONJA	2		1	2	1	1
RESECCION ESCLERAL MAS FRAGMENTO DE BANDA	1		1	1	1	

CUADRO No. 6.

COMPARACION DE LA AGUDEZA VISUAL PRE Y POSTOPERATORIA EN 35 -
OJOS CON DR SECUNDARIO A DIALISIS RETINIANA.

AGUDEZA VISUAL	PREOPERATORIO	POSTOPERATORIO
20/20	5	11
20/30	1	1
20/40	3	4
20/60	3	4
20/80	2	1
20/100	0	3
20/200	9	2
20/400	4	1
C.D.	7	1
N.M.	0	1
P.L.	1	0

CUADRO No. 7.

TIEMPO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

MESES	No. DE CASOS
0 - 3	11
4 - 6	7
7 - 12	7
13 - 18	2
18 - 24	4
25	1

V.- DISCUSION

En nuestra serie de estudio fue posible corroborar que la -
difilisis retiniana es mas frecuente en la tercera década de -
la vida en ambos sexos, encontrando que el 90% de nuestros -
pacientes tenían menos de 40 años y que la incidencia era ma-
yor en el sexo masculino.

A diferencia de lo reportado en la literatura no fue muy fre-
cuente el encontrar casos bilaterales y estos fueron halla-
gos de la exploración física en pacientes con DR en el otro -
ojo. Es importante aclarar que no contamos con reporte de -
indentación escleral en el ojo contralateral lo cual es impor-
tante si recordamos que en muchos casos el diagnóstico solo -
es posible si se realiza una oftalmoscopia indirecta con in-
dentación escleral cuidadosa en el cuadrante temporal infe-
rior; a pesar de esto se detectaron 5 casos bilaterales y en
otros pacientes condensaciones y degeneraciones vítreas temp-
rales inferiores que podrían indicar la presencia de una zona
propicia para la formación de una difilisis o una difilisis in-
cipiente, desafortunadamente no fue posible el seguimiento a
largo plazo de estos casos en los cuales se encontraban "enoc-
malidades" en el otro ojo sin detectar una difilisis.

En la literatura se reporta que el DR secundario a difilisis -
es por mucho tiempo asintomático hasta que no se afecta el -

área macular, en nuestra serie 30 de los casos fueron sintomáticos debido a que ya presentaban afectación macular lo cual es también frecuente, ya que el paciente acude hasta que se presentan los síntomas. Los casos asintomáticos fueron aquellos en los que la diálisis fue un hallazgo y no tenían DR ni afectación macular.

También fue posible corroborar que el sitio más frecuente de localización de las diálisis espontáneas del adulto joven es el cuadrante temporal inferior, con una extensión más frecuente hacia el cuadrante nasal inferior y en ningún caso se encontró diálisis en el nasal superior que parece ser exclusivo de las diálisis postraumáticas.

En la literatura se describen como síntomas más frecuentes las fotopsias, miodesopsias y alteraciones del campo visual, en nuestros casos también encontramos estos síntomas, pero con mayor frecuencia referían baja visual progresiva y lenta y/o visión borrosa con o sin otro dato. El tiempo de evolución de la sintomatología fue muy variable, desde 6 días hasta 7 años, siendo más frecuente de menos de 3 meses; este dato no es útil para evaluar la duración del DR, sino solamente nos podría indicar la duración de la afectación macular. Algunos autores como Nagler, utilizan la presencia de líneas de demarcación en la retina como un indicador de la duración del DR -

ya que para que se forme cada línea se requiere un mínimo de 3 meses, lo cual es en realidad poco preciso; también toma en cuenta el hallazgo de quistes subretinianos, pero solo como indicador de cronicidad, ya que se desconoce el tiempo necesario para la formación de un quiste. En nuestros pacientes, sólo en uno se reportaron líneas de demarcación y en otro quistes subretinianos, no porque en los otros pacientes no estuvieran presentes, sólo que no se anotaron en el expediente quizá por no considerarse de importancia. Por lo anterior, no intentamos determinar el tiempo de evolución del DR.

El ojo más frecuentemente afectado en nuestro estudio fue el ojo derecho, siendo este dato variable en otros reportes, por lo cual no se consideró importante, ya que no hay en realidad ningún factor que favorezca la mayor afectación de uno de los ojos en especial.

El tamaño del DR fue de 2 cuadrantes en 16 de los pacientes y sólo en 6 casos abarcó los 4 cuadrantes y en uno fue total. Además en la mayoría el LER se encontraba en moderada cantidad y sin grandes bolsas.

El tiempo de evolución entre el diagnóstico y la cirugía fue en 21 casos de menos de 10 días aunque hubo casos en los que se intervino después de 3 meses debido probablemente a que ya había afectación del área macular, y ya no se consideraba

como urgente el procedimiento, a pesar de no haberse intervenido a ningún paciente el mismo día del diagnóstico de urgencia aún en los casos en que no había afectación macular, los resultados visuales y anatómicos fueron buenos como se analizará más adelante.

Es necesario aclarar que la programación de la cirugía en nuestro servicio depende de las necesidades de todos los departamentos no solo del de Retina.

De los 35 ojos estudiados sólo en 32 se requirió cirugía ya que en 3 pacientes la distisis sólo abarcaba un cuadrante o más y no presentaba DR, por lo cual se aplicó solamente fotocoagulación con láser argón, sin requerir ningún otro procedimiento durante el seguimiento, lo cual indica la utilidad de la profilaxis en las distisis, ya que a diferencia de otros agujeros o desgarros sin DR, son indicación absoluta de manejo preventivo con fotocoagulación o crioterapia.

La cirugía que se realizó en la mayoría de los casos fue la aplicación de crioterapia, con un cincho de banda de silicón 240 en el ecuador del globo y DLSR por punción; seguida en frecuencia de colocación de un fragmento de esponja con crioterapia y DLSR con un éxito quirúrgico (anatómico) del 80 al 93.7% que es muy similar al de otros reportes. Con la aplicación de un fragmento de banda se logró un éxito menor. El resto de las

variaciones en la técnica de la retinopexia se utilizaron en las primeras cirugías o con fines de enseñanza, en un número reducido de casos, como en otros reportes, nosotros consideramos que sin importar la técnica quirúrgica, si se logra una adecuada depresión y bloqueo de la diálisis, así como un drenaje de LSR en los casos que así lo ameritan, el resultado quirúrgico anatómico será bueno en este tipo de DR, lográndose la resplicación retiniana en la gran mayoría de los casos. Las causas de fracaso en la resplicación fueron principalmente el bloqueo inadecuado del desgarro, requiriendo, un procedimiento complementario ya sea de adhesión (crio) o de depresión. Sólo en un caso la recidiva se atribuyó a la aparición de un desgarro ecuatorial en el cuadrante de la punción paradisa.

Algunos autores como Chignell prefieren no utilizar el DLDR en estos pacientes por considerar que aumenta los riesgos de complicaciones como hemorragia intracocular o infección, al volver una cirugía totalmente extracocular, un procedimiento intracocular. Además, el mismo autor asegura que el LSR en estos casos se reabsorbe en 48 a 72 hrs sin necesidad del drenaje. En nuestra opinión el DLDR es un procedimiento inocuo y muy útil para lograr la resplicación retiniana en forma rápida y definitiva, por lo que no recomendamos omitirla en el

manejo del DR en estos pacientes.

Es muy interesante la valoración de los resultados visuales de la cirugía en estos casos, pues observamos que en 22 casos se encontró una mejoría franca de la AV, en un caso incluso de CD a 20/20. A pesar de existir afectación macular franca en 17, sólo en 6 pacientes la AV disminuyó; en 5 de éstos había compromiso macular. En los pacientes en los que la AV permaneció sin cambios en el PO (postoperatorio) la AV inicial era de 20/20 a 20/25. Esta mejoría visual poco frecuente en otro tipo de DR con afectación macular, se describe en otros estudios y se atribuye al hecho de por ser el DR por lo general plano, la retina desprendida no pierde totalmente su funcionalidad.

Como se reporta por otros autores, no parece encontrarse relación con defectos de refracción. Al parecer, la mayoría de nuestros pacientes eran emétopes según su AV inicial sin corrección en el ojo no afectado, y en ninguno se encontró antecedente de trauma ocular severo.

El seguimiento postoperatorio varió desde un mes hasta 4 años, siendo más frecuente de 3 meses, esto se debe a que los pacientes con buenos resultados quirúrgicos, se daban de alta para su control en su clínica de adscripción, ya que nuestra unidad es de concentración para casos quirúrgicos y sólo en -

caso de exaritar tratamiento quirúrgico se canalizan a nuestra unidad. Hasta este momento ninguno de los pecientes dados de alta ha sido nuevamente enviado con nosotros; por otro lado, los casos recidivantes lógicamente tenían que ser seguidos - por mas tiempo puesto que requerían de otra intervención. Lo ideal sería poder seguir todos nuestros casos por largo tiempo, sobre todo los unilaterales, con el fin de detectar diálisis incipientes en el otro ojo y tratarlas en forma rápida.

VI.- CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente estudio fueron:

- 1.- La diálisis retiniana espontánea es mas frecuente en la tercera década de la vida, rara después de los 40 años y tiene predilección por el sexo masculino.
- 2.- La progresión del DR secundario a la diálisis es lenta.
- 3.- La sintomatología casi siempre es secundaria a compromiso macular.
- 4.- El DR casi siempre es de 2 cuadrantes o menos y rara vez total.
- 5.- El DR es plano y no abolsado.
- 6.- No se relaciona con defectos de refracción.
- 7.- El pronóstico postoperatorio anatómico y visual es excelente aún en los casos de larga duración y con compromiso macular independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.
- 8.- Es necesario realizar una indentación escleral adecuada durante la oftalmoscopia indirecta para detectar diálisis incipientes en el mismo ojo afectado (extensiones) o en el contralateral, para un manejo profiláctico adecuado.
- 9.- Los resultados de este estudio son similares a los reportados en la literatura mundial a excepción de la frecuencia de bilateralidad que en nuestra serie fue muy baja.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

VII.- GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AV:	Agudeza Visual
DR:	Desprendimiento de Retina
EPR:	Epitelio Pigmentario de la Retina
DE:	Desviación Estender
DLSR:	Drainaje de Líquido Subretiniano
LSR:	Líquido subretiniano
PL:	Percepción de Luz
MI:	Movimiento de Manos
CD:	Cuenta Dadas
OD:	Ojo Derecho
PO:	Postoperatorio

VIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Chignell A.H. Retinal Detachment Surgery. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 1980; pág. 2-65.
- 2.- Yanoff M. and Fine S.B.: Ocular Pathology. Second Edition The C.V. Mosby Company. St. Louis, 1984; pág. 306-308.
- 3.- Duane D.T. and Jaeger A.E. Clinical Ophthalmology. Vol 3 Harper an Row, Philadelphia, 1983; pág. 13-22.
- 4.- Duke Elder S. System of Ophthalmology. Vol 10 Henry Kimpton, London, 1957; pág. 860-900.
- 5.- Tolentino IF., Scheppens CL., and Freeman M.H.: Vitreoretinal disorders Diagnosis and Management. W.B. Saunders - Company, Philadelphia, 1967; pág. 13-25, 110-115.
- 6.- Scheppens C.L.: Retinal Detachment and Allied diseases. - Vol 1 y 2 W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1982; págs. 30-45; 82-93; 215-220.
- 7.- Hagler S.W. and North W.A.: Retinal Dialyses and Retinal Detachment. Arch. Ophthal. 1968; 79: 35-40.
- 8.- Scheppens C.L. and Marden B.A.: Data on Natural History of Retinal Detachment. Further characterization of certain unilateral nontraumatic cases. Am. Jour. Ophthal. - 1966; 61: 1113-1120.
- 9.- Chignell A.H.: Retinal Dialyses. Brit. J. Ophthal. 1973; 57: 950-955.
- 10.- Katsura H. and Hida T.: Retinal Detachment associated with atopic dermatitis. Retina 1984; Summer Fall, 4 (3): 14-51.
- 11.- Sevifón P.G., y Lánbarrá A.A.: Desprendimiento de Retina-Regmatógeno. Análisis de resultados anatómicos y funcionales posteriores a tratamiento quirúrgico. An. Soc. Max. - Oftalmol. Junio, 1983; págs. 16-22.
- 12.- Dalma K.A. y Miranda J.: Diálisis de Retina; Consideraciones Clínicas y Terapéuticas. An. Soc. Max. Oftalmol. Enero-marzo, 1981; pág. 42-46.
- 13.- Verdaguer T.J.: Juvenile Retinal Detachment. Am. J. Ophthalmol. 1982; 93: 510-512.
- 14.- Kinyoun J.L. and Knobloch W.H.: Idiopathic Retinal Dialyses. Retina 1984; Winter Spring, 4 (1), 9-14.
- 15.- Morse P.H. and Harold G.S.: Prophylactic Cryoretinopexy of Retinal Breaks. Arch Ophthal. 1974; 92: 721-724.
- 16.- L'Esperance F.A.: Ophthalmic Lasers Photocoagulation, - Photoradiation and Surgery. Second Edition. The C.W. Mosby Company, St. Louis, 1983; pág. 814-825.
- 17.- Byar N.E. Prognosis of Asymptomatic Retinal Breaks. Arch. Ophthal. 1974; 92: 212-214.

- 18.- Davis M.D. Natural History of Retinal Breaks without - detachment. Arch Ophthal. 1974; 92: 216-218.
- 19.- Chávez Anaya E.: Diversos Procedimientos de bloqueo en - cirugía del Desprendimiento de Retina. An. Soc. Mex. - Ophthalmol. Oct-Dic. 1974; pág. 72-75.
- 20.- King D.H. and Wadsworth J.A. An Atlas of Ophthalmic Surgery. Third Edition J.B. Lippincott, Philadelphia, 1981; - pág. 301-315.
- 21.- Sánchez Bulnes L. y Díez Gutiérrez S.: The Present Status of Surgery for Retinal Detachment: a new operative Technique. Am. J. Ophthalmol. 1960; 50: 136-139.