

11234
64
Zej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MEXICO DR. LUIS SANCHEZ BULNES

TITULO:

EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DE LA INCIDENCIA
DEL DESPRENDIMIENTO COROIDEO EN EL POSTOPERA
TORIO DE CIRUGIA DE CATARATA.

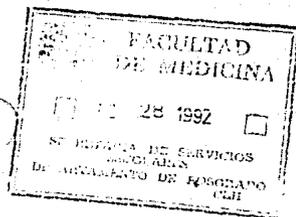
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO

CIRUJANO OFTALMOLOGO PRESENTA :

DR. HERIBERTO RIAÑO MORALES

MEXICO,D.F. OCTUBRE DE 1992



DR. RAFAEL SANCHEZ FONTAN
JEFE DE ENSEÑANZA

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MEXICO
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

1992



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.

" EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DE LA INCIDENCIA DEL
DESPRENDIMIENTO COROIDEO EN EL POSTOPERATORIO
DE CIRUGIA DE CATARATA " .

- * DR. HERIBERTO RIAÑO MORALES.
- ** DRA. GRACIELA ESPINOZA ZARATE.
- *** DR. EDUARDO MORAGREGA ADAME.

R E S U M E N

El desprendimiento coroideo resulta de la colección de líquido en el espacio virtual que existe entre la coroides y la esclera. Se puede presentar después del trauma ocular quirúrgico o nó. Por medio de ultrasonido MODO "B", se estudiaron 100 ojos sometidos a cirugía extracapsular de catarata con o sin im-
plante de lente intraocular, encontrando desprendi-
miento coroideo en 5 ojos, que representa el 5%. Se comenta la fisiopatogenia y se hace una discusión de los resultados de otras series.

Palabras clave: desprendimiento de coroides, ultraso-
nido, extracción extracapsular de catarata, cámara -
anterior plana, extracción intracapsular de catarata.

* Médico becario Clinica 4, del Hospital Asociación Para Evitar la Ceguera en México (APEC).

** Médico residente 3er. año APEC.

*** Jefe del servicio Clinica 4 y departamento de Ecografía APEC .

INTRODUCCION

Von Graefe en 1958 fue el primero en hacer diagnóstico clínico del desprendimiento coroideo (DC) con el oftalmoscopio (1).

Iwanoff en 1865 reporta el primer caso de DC secundario a cirugía, en un ojo que fue enucleado tres semanas después de habersele practicado una iridectomía quirúrgica por glaucoma. Reuling en 1870 hace el primer diagnóstico clínico después de cirugía intraocular (1).

El DC resulta de la colección de líquido en el espacio potencial que existe entre la esclera y la coroides. Este espacio supracoroideo está compuesto de fibras de tejido conectivo que se ramifican e interdigitan, melanocitos, células de músculo liso y células ganglionares. Puesto que en este espacio virtual no existen capilares o linfáticos que drenen esta zona, el líquido reingresa a los canales vasculares de la coroides y posteriormente a las venas vorticosas, o bien se filtra a través de perforaciones en la esclera. Se considera que este espacio virtual tiene un grosor de 30 μ (1,2).

La presión fisiológica en el espacio supracoroideo es de aproximadamente 2 mmHg menor que la presión intraocular, por lo tanto cualquier disminución en la presión intraocular se transmite a la coroides, lo que promueve ingurgitación vascular y trasudación. Tales factores mecánicos explican el edema supracoroideo que resulta cuando la presión intraocular disminuye en forma brusca. Un incremento en la permeabilidad de los vasos coroides aumenta la fuga de proteínas de alto peso molecular hacia el espacio supracoroideo, lo cual disminuye la presión coloidosmótica intravascular que es responsable de la reabsorción del líquido que se colecta en dicho espacio. Este mecanismo explica la fisiopatogenia del DC. También puede haber desprendimientos hemorrágicos en los cuales existe una ruptura de paredes capilares, lo que permite el paso de proteínas y células sanguíneas al espacio extravascular. Las causas del DC pueden asociarse a trauma ocular no quirúrgico o quirúrgico como la extracción de catarata, cirugía filtrante, retinopexia y panfotocoagulación; asociado a enfermedades

sistémicas (1,3,4).

Ecográficamente el DC se observa como ecos de alta reflectividad en el espacio vítreo formando una o varias membranas densas, poco móviles, en forma de arcos, que se adhieren a la pared y que característicamente nunca se adhieren al nervio óptico, como lo hacen los grandes desprendimientos de retina, además, de que las membranas son mas gruesas debido a que es coroides y retina en la misma imagen. El espacio entre los arcos y la pared, se encuentra libre de ecos, aunque es posible en ocasiones encontrar algunos de baja reflectividad - debido a sangre subcoroidea; además de poca o nula movilidad de la coroides desprendida (3,4,5,6,7,).

Existen pocos estudios reportados acerca de la incidencia del DC posterior a cirugía de catarata y en ninguno de ellos es evaluado por medio del ultrasonido.

Barkan en 1915 y Hagen en 1921 describen una incidencia del 4.4% - 22% posterior a extracción intracapsular de catarata (EICC) (8). Castren en 1960 reporta una frecuencia del DC del 10% posterior a la EICC y 3% con técnica extracapsular (EECC) y refiere que

es más frecuente en el sector nasal inferior. En 1961 Begue reportó un 6% de incidencia y Kúchle en 1962 el 10% en EICC (9).

Existe variabilidad en cuanto al momento en que se presenta el DC, así Forster en 1959 lo describe en el postoperatorio inmediato y Castren lo reporta entre el 4to a 56vo. día del postoperatorio (8,10,11).

El propósito de este estudio es conocer la incidencia del DC posterior a la cirugía de catarata, evaluado mediante el ultrasonido, en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 100 pacientes (100 ojos), los cuales fueron sometidos a cirugía de catarata con técnica extracapsular con o sin implante de lente intraocular. A todos ellos se les realizó estudio ecografico modo "B" en el preoperatorio y a las 24 y 96 horas del postoperatorio, utilizando el ecógrafo ultrascan sistema IV de Cooper Vision, previa instilación de propocaína en el fondo de saco conjuntival con transductor de contacto de 10 MHz, haciendo un barrido para evaluar la periferia y polo posterior en todos los cuadrantes.

ESTA TESIS SE ENCONTRA EN LA SALA DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

Se efectuaron 300 estudios de ultrasonido en un total de 100 ojos (100 pacientes), que correspondían 63 al sexo femenino y 37 al masculino.

La edad en años osciló entre 11-88 (\bar{x} 60.7). Cuarenta y cinco ojos eran derechos y cincuenta y cinco izquierdos.

73 cataratas eran de origen senil, 12 metabólicas, 12 secundarias a traumatismos y 3 congénitas.

77 de los pacientes se sometieron a EECC+LIO de cámara posterior (CP), 13 EECC+LIO de cámara anterior (CA) no planeada y/o EECC sin implante de lente.

En 5 ojos se encontró DC que corresponde a un 5% en las primeras 24 horas del postoperatorio, el cual persistía hasta las 96 horas, siendo un desprendimiento pequeño, plano en la periferia y en los cuadrantes inferiores. Estos 5 ojos fueron sometidos a EECC+LIO de CP, habiendo pérdida de vítreo en uno de ellos. En dos de los ojos el origen de la catarata era senil, uno secundaria a traumatismo, una metabólica y una congénita. La presión intraocular preoperatoria varió entre 8-21 mmHg (\bar{x} 13.2 mmHg) y en el postoperatorio de 6-22 mmHg

(\bar{x} 12.4).

DISCUSION

La ocurrencia del DC posterior a cirugía de catarata se consideraba un evento frecuente, sin embargo estos reportes fueron hechos cuando la técnica de extracción intracapsular era la mejor opción para los pacientes con catarata (8).

En ninguno de los estudios previos la evaluación fue realizada por medio de ultrasonido, lo cual disminuye el valor de estos reportes, ya que como se demuestra en este trabajo, puede haber desprendimientos coroides muy difíciles de detectar clínicamente, dado el tamaño, localización de los mismos, turbidez de medios y la ausencia de síntomas.

Por otro lado, este es el primer estudio que evalúa la incidencia en nuestro medio, en donde se encontró un 5%, similar a lo reportado por Castren con técnica extracapsular (9). Esto es importante de considerar ya que la preservación de la cápsula posterior probablemente disminuye la descompresión brusca transoperatoria, la cual se considera como principal etiología en la fisiopatogenia del DC.

CONCLUSIONES

- 1.- El ultrasonido es un auxiliar diagnóstico de gran valor para detectar el DC en los pacientes que clínicamente es difícil explorarlos, así como el seguimiento de la evolución clínica o posterior al drenaje coroideo.
- 2.- El DC se puede presentar en 1 de cada 20 pacientes operados de catarata.
- 3.- La técnica extracapsular disminuye la frecuencia del DC, probablemente al disminuir la descompresión brusca del globo ocular.

BIBLIOGRAFIA

1.-Jaffe, N.: Cataract surgery and its complications.
The C.V. Mosby Co. St. Louis, 1984.

2.-Fogle, J.A., Green, W.R. : Clinical ophthalmology
Thomas D. Duane. Vol 4,

3.-Moragrega, E., Givaudan, A.: Desprendimiento co -
roideo, diagnóstico ecográfico y fisiopatogenia. Arch
Asociación para evitar la ceguera en México. Tomo
111, 4: 107, 1984.

4.-Bellows, R.: Choroidal effusion during glaucoma
surgery in patients with prominent episcleral vessels.
Arch Ophthalmol 97: 493, 1979.

5.-Coleman, J., Lizzy, S., Jack, R.: Ultrasonography
of eye and orbit. Lea and Febiger, 1977, Phil.

6.-Baca-Lozada O., Perdiñ-Calvo, L.: Incidencia del
desprendimiento coroideo posterior a trabeculectomía
diagnosticado ecográficamente. Rev Mex Oftalmologia
64 (6): 201, 1990.

7.-Wing, G., Schepens, Ch., Trempe, C.: Serous choroidal detachment and the thickened-choroid sign detected by ultrasonography. Am J of Ophthal 94: 499,1982.

8.-Swyers, E.: Choroidal detachment immediately following cataract extraction. Arch Ophthalmol 88: 632,1972.

9.-Shah,R.: Flat anterior chamber and choroidal detachment in aphakia. Brit J Ophthalmol 55: 48, 1971.

10.-Cotlier, E.: Aphakic flat anterior chamber. Arch Ophthalmol 88: 16, 1972.

11.-Cotlier, E.: Aphakic flat anterior chamber. Arch Ophthalmol 87: 119, 1972.

12.-Kirsch, R.: Ocular fundus immediately after cataract extraction. Arch Ophthalmol 90: 460, 1973.