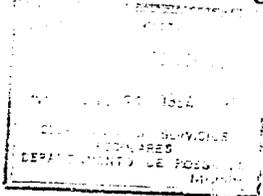


25
2eje.

10/30
Santitas

ASOCIACION PARA EVITAR
LA CEGUERA EN MEXICO
Inst. Fed. de Cien. AEC-2201237-73

**ANALISIS RETROSPECTIVO DE DESPRENDIMIENTO
COROIDEO TRATADA QUIRURGICAMENTE.**



**DRA. MA. EUGENIA GILBERT LUCIDO
DRA. MA. ANTONIETA DIAZ.**

**ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MEXICO, I.A.P.
"HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES"**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONAMA DE
MEXICO. U.N.A.M.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE DESPRENDIMIENTO
COROIDEO TRATADO QUIRÚRGICAMENTE.

Dra. Ma. Eugenia Gilbert Lucido

Dra. Ma. Antonieta Díaz

RESUMEN.

El desprendimiento coroideo resulta cuando se colecta líquido entre la uvea y la esclera; generalmente cede en forma espontánea, pero, algunas veces requiere tratamiento quirúrgico para su resolución. Se estudian 23 casos tratados con esclerostomía posterior y reconstitución de la cámara anterior. Se analizan probables factores asociados y evolución.

PALABRAS CLAVE.

Desprendimiento coroideo, cirugía filtrante, drenaje coroideo; esclerostomía posterior y reconstitución de cámara anterior.

INTRODUCCION.

El desprendimiento coroideo resulta cuando se colecta liquido seroso, ocasionalmente con sangre, entre la uvea y la esclera. 1,2 Generalmente ocurre después de cirugía intraocular asociada con hipotonía e inflamación postoperatoria; en la actualidad ocurre más frecuentemente después de cirugía filtrante. Esta entidad puede presentarse en asociación con enfermedades oculares específicas, como nanofthalmos, inflamación local o sistémica, trauma y enfermedades sistémicas. 1,3

En 1755 Zinn reporta los hallazgos anatomopatológicos del desprendimiento coroideo. En 1859 Von Graefe realiza la primera descripción clínica del padecimiento. Knapp en 1868 reporta esta entidad después de cirugía de catarata y Fuchs en 1900 describe esta complicación después de cirugía de glaucoma. 4

Posteriormente, gracias al desarrollo de nuevas suturas y al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, la frecuencia del desprendimiento de coroides después de cirugía de catarata disminuyó. En la actualidad es más frecuente como complicación de la cirugía de glaucoma y aún no se conoce exactamente la etiopatogenia. 5,6

La idea de este estudio es revisar los pacientes con diagnóstico de desprendimiento coroideo en los que fue necesario el drenaje quirúrgico a fin de buscar antecedentes personales patológicos, antecedentes quirúrgicos, técnica quirúrgica empleada y medicamentos utilizados en el pre y postoperatorio que puedan influir en el desarrollo y en la evolución de esta complicación.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo de 23 ojos con diagnóstico de desprendimiento coroideo después de cirugía filtrante que requirieron drenaje quirúrgico como tratamiento, del servicio de Glaucoma del Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, en el periodo comprendido entre el 15 de marzo de 1987 al 31 de octubre de 1991. Se analizan los antecedentes, el diagnóstico de base, asociación con medicamentos, tipo de cirugía filtrante y evolución después del drenaje coroideo.

RESULTADOS.

Se estudiaron 23 ojos, 11 derechos (47.8%) y 12 izquierdos (52.2%); de 23 pacientes, 10 hombres (43.5%) y 13 mujeres (56.5%); con edad mínima de 3 años y máxima 86, con un promedio de 48.82 años. Con seguimiento mínimo de un mes y máximo 9 años, con promedio de 28.47 meses.

La frecuencia de desprendimiento coroideo tratado quirúrgicamente fue de 2.47% (23 casos) de 928 filtrantes realizadas.

En cuanto a los antecedentes personales patológicos 2 pacientes padecían Diabetes Mellitus (8.69%), 6 Hipertensión Arterial Sistémica (26.08%), 1 Síndrome de Marfán (4.34%), 1 cardiopatía no especificada (4.34%), 1 nefritis (4.34%) y sin antecedentes de importancia 12 pacientes (52.17%).

El diagnóstico de ingreso de 7 pacientes (30.43%) fue glaucoma crónico de ángulo cerrado, 6 pacientes (26.08%) con glaucoma primario de ángulo abierto, uno de los cuales presentaba pseudo-

éxfoliación; 2 pacientes (8.69%) con glaucoma agudo, 2 secundarios a afaquia, 2 congénitos, 2 secundarios a cristalino luxado; un paciente con iris en meseta (4.34%) y uno con glaucoma secundario a pseudofaquia. Tabla 1.

La tensión ocular prequirúrgica se reporta en la tabla 2.

Todos los pacientes recibían terapia antiglaucomatosa previa a la cirugía filtrante, ésta se detalla en la tabla 3.

El tipo de cirugía filtrante fue trabeculectomía en 15 ojos (65.21%), esclerectomía en 5 (21.73%), extracción intracapsular de catarata más trabeculectomía en 2 ojos (8.69%) y lensectomía más trabeculectomía en un caso (4.34%). Tabla 4. Seis de estos ojos tenían cirugía previa (26.08%).

Continuaron con terapia antiglaucomatosa después de la cirugía filtrante 3 pacientes con acetazolamida (13.04%), maleato de timolol en 2 casos (8.69%), uno en ambos ojos y otro en el contralateral; y pilocarpina en 5 ojos contralaterales (21.73%).

Los medicamentos utilizados en el postoperatorio y la tensión ocular postquirúrgica previa al diagnóstico de desprendimiento coroideo se analizan en las tablas 5 y 6 respectivamente.

exfoliación; 2 pacientes (8.69%) con glaucoma agudo, 2 secundarios a afaquia, 2 congénitos, 2 secundarios a cristalino luxado; un paciente con iris en meseta (4.34%) y uno con glaucoma secundario a pseudofaquia. Tabla 1.

La tensión ocular prequirúrgica se reporta en la tabla 2.

Todos los pacientes recibían terapia antiglaucomatosa previa a la cirugía filtrante, ésta se detalla en la tabla 3.

El tipo de cirugía filtrante fue trabeculectomía en 15 ojos (65.21%), esclerectomía en 5 (21.73%), extracción intracapsular de catarata más trabeculectomía en 2 ojos (8.69%) y lensectomía más trabeculectomía en un caso (4.34%). Tabla 4. Seis de estos ojos tenían cirugía previa (26.08%).

Continuaron con terapia antiglaucomatosa después de la cirugía filtrante 3 pacientes con acetazolamida (13.04%), maleato de timolol en 2 casos (8.69%), uno en ambos ojos y otro en el contralateral; y pilocarpina en 5 ojos contralaterales (21.73%).

Los medicamentos utilizados en el postoperatorio y la tensión ocular postquirúrgica previa al diagnóstico de desprendimiento coroideo se analizan en las tablas 5 y 6 respectivamente.

Tabla 1. Tipo de glaucoma en pacientes con desprendimiento corioideo tratado quirúrgicamente.

Diagnóstico	#	%
Glaucoma crónico de ángulo cerrado	7	30.43
Glaucoma primario de ángulo abierto	6	26.08
Glaucoma Agudo	2	8.69
Glaucoma secundario a afaquia	2	8.69
Glaucoma congénito	2	8.69
Glaucoma secundario a cristalino luxado	2	8.69
Iris en meseta	1	4.34
Glaucoma secundario a pseudofaquia	1	4.34
TOTAL	23	100.00

Tabla 2. Tensión Ocular previa a cirugía filtrante.

Tensión ocular	#	%
11 - 20 mm Hg	4	17.39
21 - 30 mm Hg	8	34.78
31 - 40 mm Hg	5	21.73
41 - 50 mm Hg	4	17.39
Más de 51 mm Hg	2	8.69
TOTAL	23	100.00

Tabla 3. Terapia antiglaucomatosa previa a cirugía filtrante.

Medicamento	#	%
Acetazolamida	19	82.60
Betabloqueadores	19	82.60
Pilocarpina	18	78.26
Alfa agonistas	7	30.43
Manitol	2	8.69

Tabla 4. Tipo de cirugía filtrante previo a desprendimiento coroidal drenado quirúrgicamente.

Cirugía	#	%
Trabeculectomía	15	65.21
Esclerectomía	5	21.73
EICC + Trabeculectomía	2	8.69
Lensectomía + Trabeculectomía	1	4.34
TOTAL	23	100.0

Tabla 5. Medicamentos utilizados en el postoperatorio previo al desprendimiento coroideo.

Medicamento	#	%
Atropina	21	91.30
Fenilefrina	13	56.52
Ciclopentolato	9	39.13
Homatropina	2	8.69
Tropicamida	1	4.34
Esteroides + antibiótico	22	95.65

Tabla 6. Tensión ocular postquirúrgica previa al diagnóstico de desprendimiento coroideo.

Tensión Ocular	#	%
0 - 8 mm Hg	18	78.26
9 - 16 mm Hg	3	13.04
Más de 17 mm Hg	2	8.69

La cámara anterior, previo al diagnóstico de desprendimiento coroidal, se encontraba formada en 3 ojos (13.04%), estrecha en 9 casos (39.13%), plana en 9 ojos (39.13%) y no existía descripción de la cámara anterior en 2 expedientes (8.69%).

El tiempo entre la cirugía filtrante y el diagnóstico de desprendimiento coroidal fue de 1 semana o menos en 17 ojos (73.91%), 8 a 14 días en 5 casos (21.73%) y más de 29 días en 1 ojo (4.34%).

El tipo de desprendimiento coroidal fue seroso en 17 de los ojos (73.91%), hemorrágico en 5 casos (21.73%) y serohemático en un paciente (4.34%). Tabla 7.

De los casos con desprendimiento coroidal hemorrágico tres se les realizó un procedimiento quirúrgico combinado, uno con cirugía ocular previa, y todos tenían presiones intraoculares prequirúrgicas mayores de 35 mmHg. Los diagnósticos fueron glaucoma congénito, secundario a afaquia, secundario a cristalino luxado (síndrome de Marfán y aniridia), y glaucoma crónico de ángulo cerrado.

Todos los desprendimientos fueron drenados quirúrgicamente, el tiempo entre el diagnóstico y la intervención fue de 1 a 5 días en 13 ojos (56.52%), 6 a 10 días en 7 casos (38.43%), 11 a 15 días un ojo (4.34%), y más de 16 días 2 ojos (8.69%). Tabla 8.

Requirieron ser reintervenidos 2 pacientes (8.69%) y en uno de ellos el desprendimiento coroidal seroso persistió.

Tabla 7. Tipo de desprendimiento corioideo que requirió tratamiento quirúrgico.

Tipo	#	%
Seroso	17	73.91
Hemorrágico	5	21.73
Serohemático	1	4.34
TOTAL	23	100.00

Tabla 8. Tiempo entre el diagnóstico de desprendimiento corioideo y el drenaje quirúrgico.

Tiempo	#	%
1 - 5 días	13	56.52
6 - 10 días	7	38.43
11 - 15 días	1	4.34
Más de 16 días	2	8.69
TOTAL	23	100.00

Presentaron catarata total 15 ojos (65.21%) en un tiempo promedio de 1.93 meses posterior al drenaje coroideo.

Seis casos formaron, en grado variable, sinequias anteriores (26.08%), y 2 ojos evolucionaron a atrofia en un tiempo promedio de 13.5 meses (21 meses uno y 6 meses el otro).

La función de la filtrante fue buena en 6 pacientes (26.08%); tomando como parámetros tensión ocular menor de 20 mmHg, vesícula filtrante formada y máximo un medicamento anti-glaucomatoso como adyuvante. La función de la cirugía filtrante fue mala en 17 de los casos (73.91%) posterior al drenaje coroideo.

DISCUSION.

Frecuentemente el desprendimiento de coroides que se presenta posterior a cirugía filtrante es transitorio; puede ser responsable de estrechamiento moderado de la cámara anterior y característicamente se resuelve espontáneamente. Algunos casos producen cámara anterior plana y requieren tratamiento quirúrgico para su resolución; un número menor de ellos recurren y pueden persistir por meses. 1.3.

No se ha encontrado relación entre el desprendimiento coroideo y enfermedades sistémicas, a pesar de que se han realizado estudios para correlacionar desórdenes vasculares con esta entidad; sólo 6 de nuestros pacientes (26.08%) padecían hipertensión arterial sistémica, lo cual no es estadísticamente significativo. Tampoco existe relación alguna con sexo, edad o tipo de anestesia

durante la cirugía. 7,8.

No existe ningún reporte que correlacione el tipo de glaucoma con el desprendimiento coroideo; en nuestro estudio el diagnóstico más frecuente es el glaucoma crónico de ángulo cerrado, y junto con los glaucomas congénitos y el iris en meseta (52.08%) podrían hacer pensar que existe cierta relación entre el desprendimiento coroideo y aquellos pacientes con alteraciones a nivel angular.

La doctora Vela y otros autores han reportado una relación entre la terapia supresora de acuoso y el desarrollo del desprendimiento coroideo. Muchos ojos aparentemente son extremadamente sensibles a los inhibidores del humor acuoso, tópicos o sistémicos, ipsilateral o contralateral. Estos agentes pueden ser responsables del desarrollo y prolongación de esta complicación después de cirugía filtrante; nosotros no encontramos ninguna asociación de la terapia antiglaucomatosa con el desprendimiento coroideo, ya que casi todos nuestros pacientes tienen tratamiento máximo antiglaucomatoso previo a la cirugía filtrante.

Algunos autores consideran que el tipo de intervención filtrante no influye en el desarrollo de este síndrome, 3,7; pero Bellows afirma que los casos con cirugía previa o cirugía combinada tienen mayor incidencia de esta complicación. 1

El procedimiento quirúrgico más empleado en nuestro hospital es la trabeculectomía, lo cual aunado a que es una técnica más difícil que la esclerectomía y a que los médicos en entrenamientos la realizan, quizá de mayor tamaño que el procedimiento habi-

tual, nos explicaría la elevada frecuencia de desprendimiento coroideo con esta técnica en nuestro estudio; ya que se ha demostrado en trabajos previos del Servicio de Glaucoma que el empleo de la microtrabeculectomía disminuye la incidencia de esta complicación.

En pacientes con presiones mayores de 20 mmHg el cambio súbito de la presión intraocular a presión atmosférica al abrir cámara anterior es mayor que en pacientes con presiones menores de 20 mmHg, por lo que se puede considerar como un factor más en el desprendimiento coroideo. 9, 10 La mayoría de nuestros casos, 82.61%, presentó una tensión ocular preoperatoria mayor de 20 mm de Hg.

El tipo más frecuente de desprendimiento coroideo es el seroso, el cual generalmente ocurre después de una cirugía filtrante cuando la hipotonía ocular permite la trasudación del fluido a través de las paredes capilares de la coroides y se colecta en el espacio potencial entre uvea y esclera. 4, 7

Menos frecuentemente puede presentarse el desprendimiento coroideo hemorrágico el cual se debe a un cambio en la integridad de la membrana capilar que permite la entrada de células rojas y proteínas de alta densidad en el espacio supracoroideo; cirugías previas y procedimientos combinados elevan la frecuencia de esta complicación, lo cual se corrobora en nuestro estudio ya que, 4 de los 5 pacientes con desprendimiento coroideo hemorrágico tenían este antecedente.

Por último, el desprendimiento coroideo puede ser una combinación de los anteriores. 1

Generalmente los ojos postoperados de filtrante, sobre todo con presiones intraoculares menores de 10 mm Hg, cursan con cámara anterior estrecha en grado variable, la cual puede ser clasificada como: Grado I estrechamiento de 1/4 del espesor corneal, Grado II más de 1/4 del espesor corneal sin contacto de iris o cristalino con córnea, y Grado III contacto de iris-córnea sin contacto de cristalino; y Grado IV cámara plana. 8,9

El momento en que se puede presentar un desprendimiento coroideo es durante la cirugía, en el postoperatorio inmediato o en el tardío; la mayoría de nuestros casos ocurrió en los primeros 7 días (73.91%).

Afortunadamente la mayoría de los desprendimientos coroideos se resuelven espontáneamente; cuando el desprendimiento persiste se administran corticosteroides tópicos, ocasionalmente sistémicos; y ciclopléjicos para evitar la formación de sinequias. Paradójicamente, la acetazolamida se ha reportado que acelera la absorción de líquido supracoroideo. 10 Si fallan estas medidas y persiste cámara anterior plana, toque endotelial con edema corneal progresivo, aumento del desprendimiento coroideo por ecografía, toque de las bolsas del coroideo o evidencia de que se trata de desprendimiento coroideo hemorrágico, es necesario realizar drenaje del líquido supracoroideo con reconstrucción de la cámara anterior. 1

El tiempo promedio entre el diagnóstico del desprendimiento coroideo y la realización de la esclerostomia posterior fue de 1 a 5 días en el 56.52% y de 6 a 10 días en el 38.43% de nuestros casos; lo cual concuerda con el promedio de 5.5 días encontrado por Bellows. 1

La incidencia de formación de catarata después de un desprendimiento coroideo aumenta, 7, y el tiempo de aparición de catarata total es más corto en los casos de desprendimiento hemorrágico, ya que nuestros 5 pacientes formaron la opacidad cristalínea en menos de 2 meses.

Como puede verse, además, esta complicación nos lleva a muy malos resultados en cuanto al éxito de la filtración, ya que de los 23 ojos, sólo 6 de ellos (26.08%) conservaron la vesícula filtrante formada y funcional, mientras que el resto necesitó nuevamente de terapia antiglaucomatosa, y de ellos, la mayoría tratamiento máximo.

Nuestros resultados concuerdan con los hallazgos previos de otros autores y en realidad no sabemos todavía que factores influyen de manera importante en la etiopatogenia de esta complicación. Creemos que vale la pena hacer estudios con todos los desprendimientos coroideos, aún los que desaparecen espontáneamente, y comparar los resultados con éstos resueltos quirúrgicamente; así como estudiar a fondo la probable relación con el glaucoma de ángulo cerrado.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

1. Bellows, AR; Chylack, LT; Hutchinson, BT: CHOROIDAL DETACHMENT. Ophthalmology 88: 1107-1115, 1981.
2. Spaeth, EB; De Long, P: DETACHMENT OF THE CHOROID: A clinical and histologic analysis. Arch Ophthalmol 32: 217-38, 1944.
3. Vela, A; Campbell, D: HYPOTONY AND CICLIOCHOROIDAL DETACHMENT FOLLOWING PHARMACOLOGIC AQUEOUS SUPPRESSANT THERAPY IN PREVIOUSLY FILTERED PATIENTES. Ophthalmology 92: 50-57, 1985.
4. Capper, S; Leopold, IH: MECHANISM OF SEOUS CHOROIDAL DETACHMENT A review and experimental study. Arch Ophthalmol 55: 101-13, 1956.
5. Pederson, JE; Gaasterland, DE; MacLellan, HM: EXPERIMENTAL CILIOCHOROIDAL DETACHMENT. Effect on Intraocular pressure and Aqueous Humor flow. Arch Ophthalmol 97: 536-41, 1979.
6. Stewart, WC; Shields, MB: MANAGEMENT OF ANTERIOR CHAMBER DEPTH AFTER TRABECULECTOMY. Am J Ophthalmol 106: 41-44, 1988.
7. Berke, SJ; Bellows, AR: CHRONIC AND RECURRENT CHOROIDAL DETACHMENT AFTER GLAUCOMA FILTERING SURGERY. Ophthalmology 94: 154-162, 1987.
8. Baca-Lozada, O; Perdiz-Calvo, L: INCIDENCIA DE DESPRENDIMIENTO COROIDEO POSTERIOR A TRABECULECTOMIA, DIAGNOSTICADO ECOGRAFICAMENTE. Rev Mex Oftalmol, 64 (6): 201-208, 1990.
9. Plascencia, JGA; Hernández, JM; Malacara, J; Ontiveros, M: SYMPOSIUM SOBRE CAMARA PLANA. An Soc Mex Oftalmol 49 (1): 19-35, 1975.
10. Brubaker, RF; Pederson, JE: CILICHOROIDAL DETACHMENT. Surv. Ophthalmol 27: 281-9, 1982/83.