

11234
64
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL DE PUEBLA
GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR
ESTUDIO DESCRIPTIVO**

T E S I S

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
OFTALMOLOGIA**

P R E S E N T A

DR. JESUS GEMPE TAKAJASHI MEDINA

ASESOR:

DR. FIDEL BARRANCA MONTIEL



PUEBLA, PUE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL DE PUEBLA.
GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO.

DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR.
ESTUDIO DESCRIPTIVO.

T E S I S .

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
OFTALMOLOGIA.

PRESENTA

DR. JESUS GEMPE TAKAJASHI MEDINA.

ASESOR

DR. FIDEL BARRANCA MONTIEL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISIÓN "MANUEL ÁVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGÍA
PUEBLA, PUE.

DESPRENDIMIENTO REGMATÓGENO DE
RETINA SUPERIOR
ESTUDIO DESCRIPTIVO

RESPONSABLE :

DR. JESUS GEMPE TAKAJASHI MEDINA

MÉDICO CIRUJANO

RESIDENTE DE 3 ° AÑO DE OFTALMOLOGÍA-
ADSCRITO AL C.M.N. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
GENERAL DE DIVISIÓN "MANUEL ÁVILA CAMACHO"
PUEBLA, PUE.

ASESOR :

DR. FIDEL BARRANCA MONTIEL

CIRUJANO OFTALMÓLOGO

MÉDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGÍA DEL C.M.N.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
GENERAL DE DIVISIÓN " MANUEL ÁVILA CAMACHO "
PUEBLA, PUE.

A MIS PADRES JOSEFINA Y EDMUNDO:

**ESTO ES SOLO UNA INSIGNIFICANTE
MUESTRA DE RESPETO, AMOR Y
AGRADECIMIENTO.
GRACIAS POR TODO ELLO.**

A MIS HERMANOS ALFREDO, FELIPE Y ANA JULIA.

**POR EL APOYO INCONDICIONAL, EL APEGO
Y EL EJEMPLO QUE SIEMPRE ME MUESTRAN.
GRACIAS POR SER LOS MEJORES.**

A FABIANA:

**GRACIAS POR EL AMOR, COMPRENSION Y
LA PACIENCIA DE LA ESPERA.**

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODO.....	2
RESULTADOS.....	2
DISCUSION.....	15
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	18

INTRODUCCION.

El presente trabajo trata de los casos clínicos de Desprendimiento Regmatógeno de Retina Superior, vistos en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades del I.M.S.S. Centro Medico Nacional, General de División Manuel Avila Camacho, Puebla, de enero de 1988 a diciembre de 1992, con el objeto de estudiar las características clínicas de ojos con desprendimiento de retina regmatógeno de origen superior, condiciones de salud de ojo contralateral, lateralidad, tipo de tratamiento efectuado y los resultados alcanzados en nuestro servicio.

El desprendimiento de retina regmatógeno superior es un padecimiento poco frecuente en la población general, pero en nuestro servicio es una de las principales causas de patología que motiva cirugía. No se conoce hasta el momento ningun estudio estadístico, ni valoración del tratamiento y resultados de este.

El desprendimiento regmatógeno de retina superior es un padecimiento que en su mayoría afecta a personas en edad productiva, además de comprometer severamente la agudeza visual del ojo afectado, y por ende la visión binocular, dejando severas secuelas en los pacientes afectados por esta patología; de lo anterior se deriva la importancia de conocer la epidemiología de esta entidad y de realizar un estudio estadístico-descriptivo ya que la prevención de este padecimiento y el diagnóstico oportuno, con un tratamiento adecuado, permitirá al paciente la recuperación de una agudeza visual útil y se evitarán secuelas que repercuten en los aspectos, psicológico, social y económico.

El trabajo analiza en cada caso: Edad, sexo, agudeza visual de cada ojo inicial y final, características clínicas-oftalmoscópicas de ambos ojos, tanto del ojo con patología como en el ojo contralateral, bilateralidad del padecimiento, técnicas quirúrgicas empleadas y resultados visuales posteriores al procedimiento terapéutico, éstas siempre comparativas con la agudeza visual inicial

Para la realización de este trabajo, los datos captados fueron recopilados de los resúmenes clínicos del archivo del Servicio de Oftalmología e información de revistas especializadas en la materia, de publicaciones más recientes, que hacían referencia al desprendimiento regmatógeno de retina superior, al igual que libros, de los cuales se podían obtener las variables consideradas.

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron un total de 502 casos de pacientes con diagnóstico de desprendimiento de retina, consultados en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades del I.M.S.S. Centro Médico Nacional Puebla, General de División Manuel Avila Camacho, de enero de 1988 a diciembre de 1992, seleccionando únicamente aquellos con diagnóstico de Desprendimiento regmatógeno de retina superior, que corresponden a 219 casos.

Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, agudeza visual de cada ojo, inicial y final, métodos paraclínicos utilizados para diagnóstico y tratamiento, lesión causal del desprendimiento de retina, y lesiones predisponentes al desprendimiento de retina en el ojo contralateral, en ambas se estudió tipo, tamaño, única o múltiple, ubicación por meridiano. Tiempo de evolución del padecimiento, topografía del desprendimiento de retina, inclusión o no de Área macular, lateralidad del padecimiento, número y tipo de cirugías efectuadas en cada paciente, Éxito anatómico, tipo de tratamiento del ojo contralateral, resultados funcionales posteriores a la terapéutica empleada y comparativos con la agudeza visual al ingreso del paciente.

De los 219 casos se excluyeron un total de 17 pacientes por no reunir las variables analizadas, además de excluir 12 pacientes más que no aceptaron procedimiento quirúrgico o no se trataron en nuestra unidad por la antigüedad del padecimiento.

El método estadístico utilizado fué medidas de tendencia central y de dispersión de valores para las características cuantitativas en estudio. Se establecen comparaciones para las características cualitativas mediante pruebas de hipótesis no paramétricas. En la elaboración de datos se presenta la información mediante cuadros y gráficas estadísticas.

RESULTADOS.

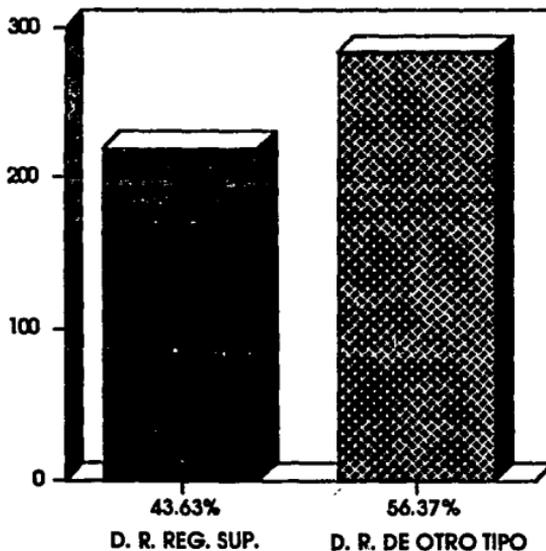
En el servicio de oftalmología del Hospital de Especialidades del I.M.S.S. Centro Médico Nacional General de División Manuel Avila Camacho. Puebla se revisaron un total de 502 pacientes con diagnóstico de desprendimiento de retina en el periodo de enero de 1988 a diciembre de 1992, de ellos 219 pacientes (43.63 % cuadro No. 1) corresponden a desprendimiento de retina regmatógeno superior y son los que se presentan en cuadros, tablas y gráficas en el cuerpo de esta información; 283 casos tuvieron etiología diferente (56.37 %). (Grafica No. 1).

La distribución por años de pacientes con desprendimiento de retina regmatógeno de origen superior se observa en el cuadro No.1.

GRAFICA No. 1

IDENTIFICACION DE DESPRENDIMIENTOS DE RETINA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

CUADRO No. 1
PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
1988-1992.

AÑO.	No. DE CASOS.
1988.	57.
1989.	51.
1990.	41.
1991.	32.
1992.	38.
TOTAL.	219.

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

136 pacientes fueron masculinos para un 62.10 %, y 83
 pacientes fueron femeninos para un 37.90 %. (gráfica No. 2).
 Por grupos de edad se presenta en la tabla No. 1.

TABLA No.1
DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEGUN EDAD Y SEXO.
1988-1992.

GRUPOS DE EDAD.	MASCULINO.	FEMENINO
1-10.	0	1
11-20.	9	2
21-30.	20	8
31-40.	14	7
41-50.	20	12
51-60.	36	28
61-70.	28	20
71-80.	6	4
81-90.	3	1
TOTAL	136	83

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

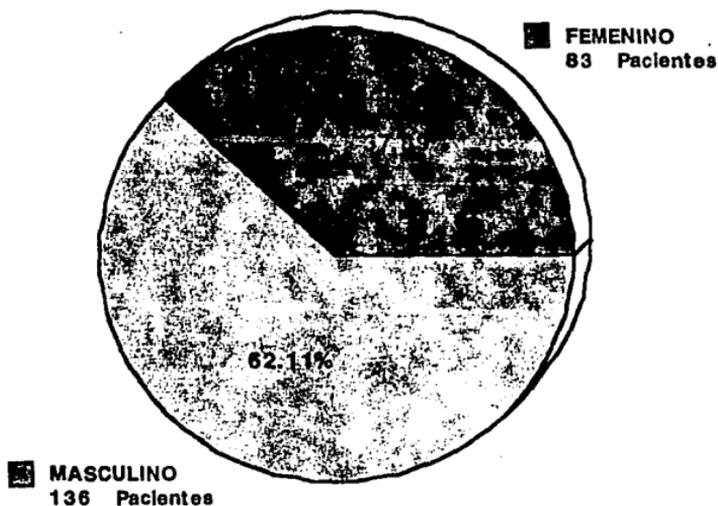
En la distribución por grupos etáreos se observa mayor tendencia de presentación en los hombres de 51 a 60 años y una situación semejante en las mujeres. (tabla No. 1 y Grafica No. 3).

El promedio de edad para el sexo masculino es de 48.51 años con desviación estandar de 17.48 años y para mujeres es de 51.64 años el promedio, con desviación estandar de 15.68 años.

GRAFICA No. 2

DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEGUN SEXO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
1988-1992

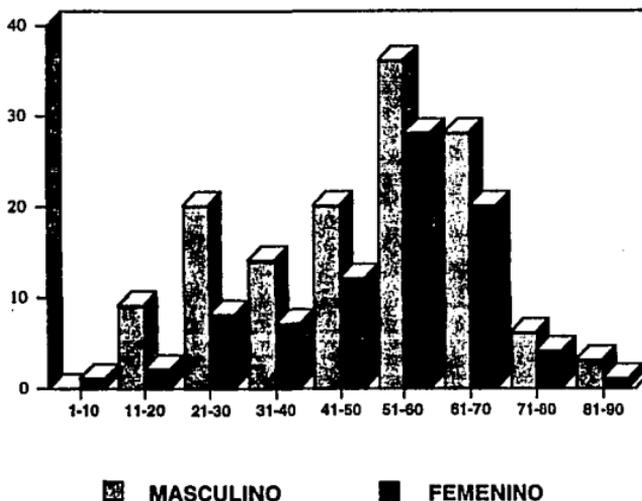


FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

GRAFICA No. 3

DESPRENDIMIENTO DE RETINA DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

La distribución por edad en ambos sexos adopta una asimetría evidente, por eso resulta necesario mencionar la mediana de la edad en mujeres que es de 55 años con desviación semi intercuartílica de 10.5 años y de los hombres que es de 51 años con desviación semi intercuartílica de 13.79 años; la moda en las mujeres es de 60 años, en los hombres la distribución es de tipo bimodal con las edades de 51 y 67 años, ambas con 6 casos, así que en la distribución de frecuencias por edad en el sexo masculino el 50% de los pacientes tenía 51 años o menos, y en las mujeres 55 años o menos, sin embargo la mayor frecuencia de presentación fué de 60 años en mujeres y 51 y 67 años en hombres.

La moda global en ambos sexos esta en el grupo de 51 a 60 años. (tabla No.1 y 2 gráfica No.3). Al considerar globalmente a los 219 pacientes sin separarlos por sexo, se encuentra una edad promedio de 49.70 años con desviación estandar de 16.85 años, edad mediana de 53.15 años y desviación semi intercuartílica de 12.26 años de edad.

TABLA No. 2
 DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR
 PACIENTES POR GRUPO DE EDAD.
 1988-1992.

EDAD	No. DE CASOS	PORCIENTO	PORCIENTO ACUMULADO.
1-10	1	0.46	0.46
11-20	11	5.02	5.48
21-30	28	12.78	18.26
31-40	21	9.59	27.85
41-50	32	14.61	42.46
51-60	64	29.22	71.68
61-70	48	21.92	93.60
71-80	10	4.57	98.17
81-90	4	1.83	100.00

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
 HOSPITAL ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

TABLA No. 3
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR.
FRECUENCIA SEGUN EDAD EN HOMBRES.

EDAD	No.DE CASOS	PORCIENTO	PORCIENTO ACUMULADO.
1-10	0	0	0
11-20	9	6.61	6.61
21-30	20	14.71	21.32
31-40	14	10.29	31.61
41-50	20	14.71	46.32
51-60	36	26.47	72.79
61-70	28	20.58	93.37
71-80	6	4.42	97.79
81-90	3	2.21	100.00
TOTAL	136	100.0	

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S PUEBLA.

TABLA No. 4

DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR.
FRECUENCIA SEGUN EDAD EN MUJERES.

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCIENTO	PORCIENTO ACUMULADO.
1-10	1	1.20	1.20
11-20	2	2.41	3.61
21-30	8	9.64	13.25
31-40	7	8.43	21.68
41-50	12	14.46	36.14
51-60	28	33.74	69.88
61-70	20	24.10	93.98
71-80	4	4.82	98.80
81-90	1	1.20	100.00
TOTAL		83	100.00

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S PUEBLA.

La moda considerando grupos etáreos de 10 años es de 51 a 60 años tanto de manera general como por sexo. (tabla No.3 y 4).

El rango por edad es de 82 años para las mujeres, para hombres es de 73 años.

La distribución por sexo el 62.11 % de pacientes estudiados fuerón hombres y 37.89% de pacientes fueron mujeres en una proporción de 1.63 varones por 1 mujer. (grafica No. 2).

Se presenta discreto predominio de ojo izquierdo afectado para hombres y ojo derecho afectado para mujeres, sin embargo no existe diferencia estadísticamente significativa al comparar lateralidad cuando se considera cada sexo por separado mediante prueba de hipótesis de chi cuadrada (hombres $X^2 = 1.882$, mujeres $X = 0.590$), ni cuando se comparan los hallazgos entre ambos sexos ($X = 2.106$) con un nivel de significancia en todos los casos de $p = 0.05$. (tabla No. 5, Grafica No. 4).

TABLA No. 5
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR.
LATERALIDAD SEGUN SEXO.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
1988-1992.

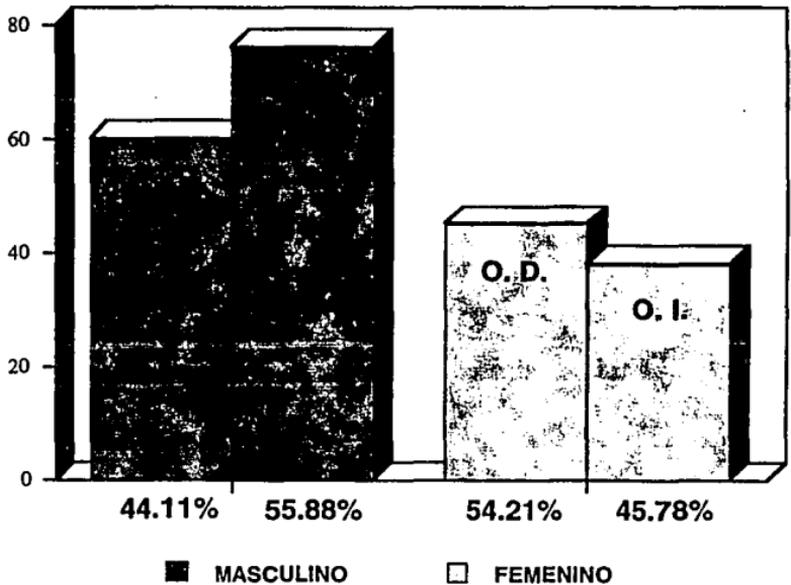
	MASCULINO		FEMENINO
O.D.	60 PACIENTES 44.11 %		45 PACIENTES 54.21 %
O.I.	76 PACIENTES 55.88 %		38 PACIENTES 45.78 %

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

GRAFICA No. 4

DESPRENDIMIENTO DE RETINA LATERALIDAD SEGUN SEXO.

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

En cuanto a agudeza visual inicial en ojo afectado es la siguiente:

TABLA No. 6.
 DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR.
 AGUDEZA VISUAL INICIAL SEGUN SEXO.
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
 1988-1992.

AGUDEZA VISUAL.	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
- DE .10	102	55	157
.10	7	3	10
.20	9	7	16
.50	3	2	5
.55	1	3	4
.60	1	1	2
.65	2	5	7
.75	1	-	1
.85	4	4	8
.90	3	3	6
.95	2	-	2
1.0	1	-	1
TOTAL.	136	83	219

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S PUEBLA.

La mayor frecuencia fué para aquellos pacientes que tenían A.V. menor de 0.1 con un 75.00 % del total de hombres, y para las mujeres 66.26 % es decir, el 25.00 % de hombres y el 33.74 % de mujeres. tenían una A.V. mayor de 0.1 (tabla No. 6, Grafica No. 5). Mostrando de esta manera un gran deterioro de la función visual en ambos sexos, afección que al ser comparada no mostró diferencia estadísticamente significativa, con un nivel de significancia de $p=0.05$ ($X^2 = 1.937$).

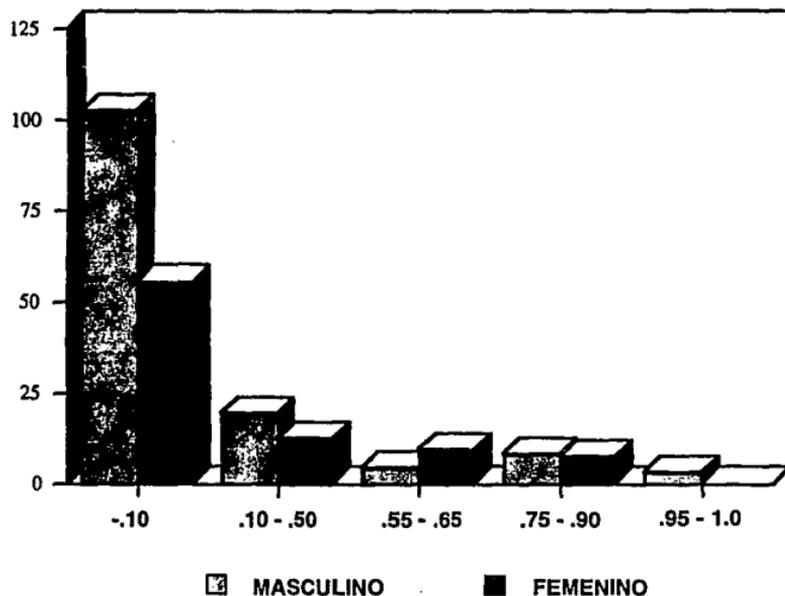
Al considerar las agudezas visuales de 0.1 o mejor se encontró una media aritmética igual a 0.476 en hombres y una media aritmética igual a 0.51 en mujeres, la desviación estandar en hombres fué de 0.33 y en mujeres de 0.28, la mayor frecuencia o moda en A.V. fué de .20 para 9 y 7 en hombres y mujeres respectivamente. La mediana en agudeza visual fué de 0.50 para hombres y 0.55 para mujeres, la desviación semi intercuartílica para hombres o mujeres fué de 0.32 de agudeza visual.

Dividimos por grupos de agudeza visual inicial, y la información se presenta en la tabla No. 7.

GRAFICA No. 5

DESPRENDIMIENTO DE RETINA AGUDEZA VISUAL INICIAL SEGUN SEXO.

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

TABLA No. 7.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA SUPERIOR.
AGUDEZA VISUAL POR GRUPOS Y SEXO.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

	HOMBRES	MUJERES.	PORCENTAJE.
Grupo I MENOR DE .1	102	55	71.69 %
Grupo II DE .1 A .55	20	15	15.98 %
Grupo III DE .6 A .85	8	10	8.22 %
Grupo IV DE .9 A 1	6	3	4.11 %
TOTAL.	137	83	100.00 %

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

En este caso el mayor porcentaje correspondió para el grupo I y II con 71.69% y 15.98% respectivamente (Tabla No. 7. Grafica No. 6)

Las lesiones productoras de desprendimiento de retina se muestran en la tabla No. 8, grafica No.7.

TABLA No. 8.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
FRECUENCIA, DISTRIBUCION Y TIPO DE LESION CAUSAL.

	HOMBRES	MUJERES
DESGARRO EN PUNTA DE FLECHA.	55	25
DESGARRO EN HERRADURA.	22	12
DEG.RETICULAR + DESG.PUNT.FLECH.	19	12
DEG.RET. + CRIB.AGUJ.	11	12
DEG.RET.+ AGUJERO	10	11
AGUJERO + DESG.PUNT.FLECH.	4	2
AGUJERO	3	1
DEG.RET.+DESG.EN HERR.	3	3
AGUJERO + DES.EN HERR.	2	2
AGU.+ DEG.RET.+ DES. PUN. FLE.	2	2
DESGARRO GIGANTE	2	0
AGU.+DEG.RET.+CRIB. AG.	2	0
DESG. OVAL.	1	1
TOTAL.	136	83

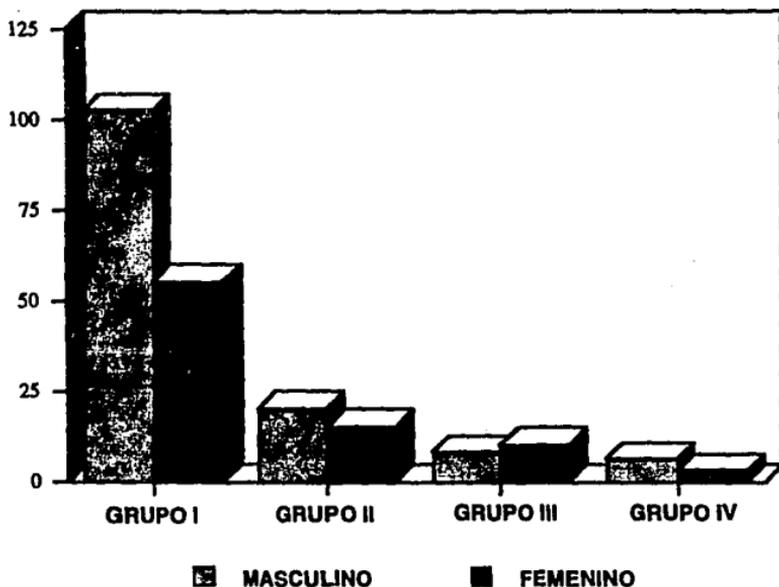
FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

Las lesiones únicas en los hombres fueron un total de 83 (61.03%) y múltiples 53 (38.97%). En las mujeres las lesiones únicas fueron 39 (46.99%) y 44 múltiples para un (53.01%). En ambos grupos el desgarró en punta de flecha fué el más frecuente para un 40.44% en hombres y 30.12%

GRAFICA No. 6

**DESPRENDIMIENTO DE RETINA
AGUDEZA VISUAL POR GRUPOS
Y SEXO.**

1988-1992

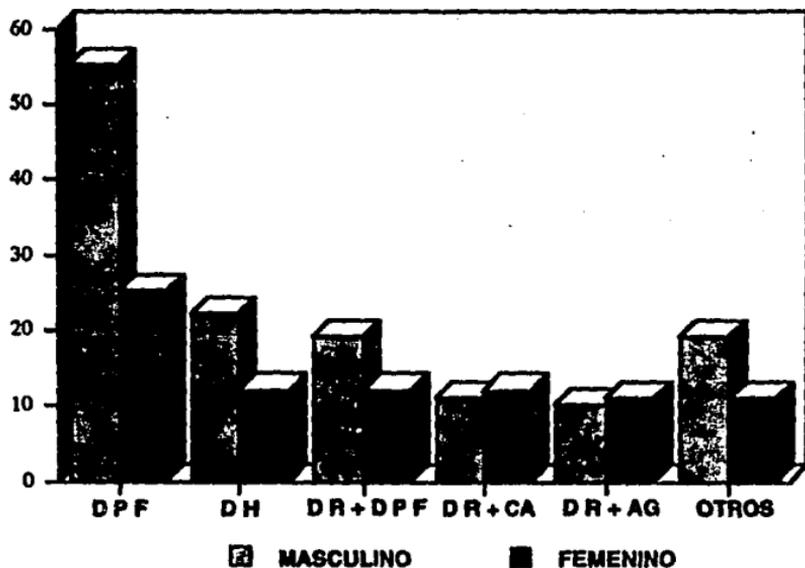


**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.**

GRAFICA No. 7

**DESPRENDIMIENTO DE RETINA
LESIONES PRODUCTORAS MAS
FRECUENTES SEGUN SEXO.**

1988-1992



**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.**

en las mujeres, las lesiones múltiples más frecuentes fueron degeneración reticular con desgarró en punta de flecha en los hombres con un total de 19 para un 13.97 % y en las mujeres 12 para un 14.45 %, al igual que la degeneración reticular acompañada de criba de agujeros para el mismo número de casos y porcentaje en mujeres. (Tabla No. 8).

En cuanto a los cuadrantes con retina desprendida en nuestros pacientes al momento de ser diagnosticados, la localización de lesiones por cuadrantes, se muestra en la tabla No.9 y 10, gráfica No.8.

TABLA No. 9.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
LOCALIZACION DE LESIONES UNICAS POR CUADRANTES.

CUADRANTES	# PACIENTES	PORCENTAJE
TEMPORAL SUPERIOR.	83	70.35 %
NASAL SUPERIOR.	35	29.65 %
TOTAL	118	100.00 %

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S PUEBLA.

TABLA No.10.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
LOCALIZACIONES MULTIPLES POR CUADRANTES.

CUADRANTES	# PACIENTES	PORCENTAJE.
TEMPORAL SUPERIOR.	41	40.69 %
NASAL SUPERIOR.	13	12.87 %
NASAL SUPERIOR E INFERIOR.	3	2.97 %
TEMPORAL SUPERIOR E INFERIOR.	13	12.87 %
TEMPORAL Y NASAL INFERIOR.	1	.99 %
TEMPORAL Y NASAL SUPERIOR.	19	18.82 %
TEMP. SUP Y NASAL INF.	7	6.93 %
TEMP. INF. Y NASAL SUP.	4	3.86 %

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

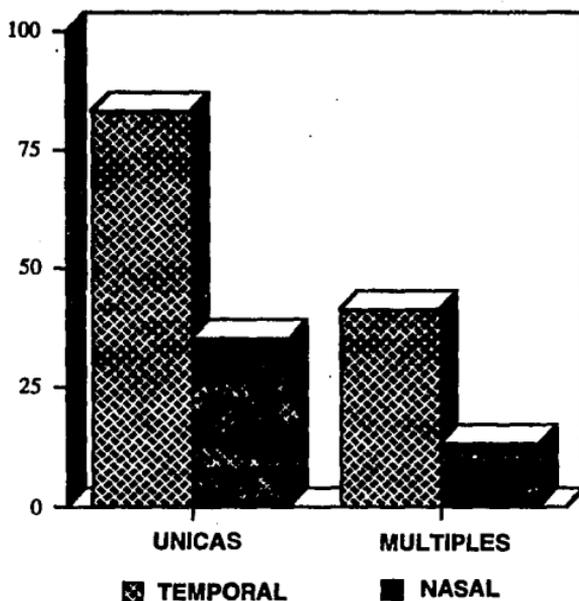
Las lesiones únicas y múltiples fueron más frecuentes en el cuadrante temporal superior, presentando un 70.35% y 40.69% respectivamente. En segundo lugar las lesiones únicas fueron más frecuentes en el cuadrante nasal superior para un 29.65%, y las lesiones múltiples se presentaron en cuadrantes temporal y nasal superior para un 18.82% (tablas No.9 y 10.).

Tomando en cuenta los meridianos afectados, tanto en el hombre como en la mujer la mayor frecuencia se presentó en meridianos

GRAFICA No. 8

DESPRENDIMIENTO DE RETINA LOCALIZACION EN CUADRANTES SUPERIORES DE LESIONES UNICAS Y MULTIPLES.

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE ÓFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

superiores, en los hombres el más frecuente fué M XII para un 14.7% y en la mujer M XI del cuadrante temporal superior para un y 20.24% .

En cuanto al tamaño de la lesión, solamente en hombres se reportaron 62 de 136 y 36 de 83 mujeres. (Tabla No. 11)

TABLA No. 11.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
TAMAÑO EN DIAMETRO PAPILAR DE LESION CAUSAL.

TAMAÑO DE LA LESION	HOMBRES	MUJERES.
1/6	1	0
1/4	4	3
1/3	6	1
1/2	9	3
3/4	3	1
1	29	18
1 1/2	3	2
2	3	5
3	2	2
4	1	0
5	1	1
TOTAL	62	36

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

El tamaño de lesión que se reportó con mayor frecuencia fué de 1 diámetro papilar para un 46.77 % en hombres y 50% en mujeres.(Tabla No. 11)

En cuanto a la inclusión o no de el área macular en las mujeres 10 no incluían área macular, 1 parcialmente y 72 incluyó totalmente el área macular para un 86.4%, en el hombre 14 no incluyó el área macular, 5 parcialmente y 117 si incluyó el área macular, para un 86.02 % por lo tanto el desprendimiento de retina superior mostró gran tendencia de incluir área macular.

Sólo en 80 de las mujeres se refiere el tiempo de evolución, y 24 de ellas tenían 12 semanas de iniciado su padecimiento cuando fueron consultadas por primera vez , con un rango de 53 semanas , una mediana de 12 semanas y una media de 10.9 semanas, en los hombres sólo se menciona el tiempo de evolución en 127 pacientes encontrando 29 casos con evolución de 12 semanas, un rango de 53 semanas, mediana de 8 semanas y media de 10.1 semanas, no existiendo gran diferencia entre ambos grupos, la gran mayoría de nuestros pacientes tenía una evolución de 3 meses.

La mayoría de los desprendimientos de retina revisados, ocuparon 4 cuadrantes, sin ser totales y se presentaron en 31 pacientes femeninos que

corresponde a 37.4% y 52 pacientes masculinos para un 38.3% cifras muy similares entre si, la extensión de 3 y 2 cuadrantes fueron menos pacientes.

En cuanto a tratamientos fueron los siguientes, el 100% se mantuvo en reposo absoluto, con un mínimo de 5 y un máximo de 12 días, todos sometidos a una diversidad de tratamientos, dependiendo del tipo del desprendimiento y a la evolución de éste, posterior a reposo.

TABLA No. 12.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
TRATAMIENTOS EFECTUADOS.

MUJERES	TRATAMIENTO	HOMBRES
2	CERCLAJE 240 + SEGMENTO 219	3
1	CERCLAJE 240 + SEGMENTO 225	0
3	CERCLAJE 240 + SEGMENTO 276	5
3	CERCLAJE 240 + SEGMENTO 280	2
5	CERCLAJE 40 + SEGMENTO 31	10
8	FOTOCOAGULACION	13
9	IMPLANTE SEGMENTO 31	9
0	IMPLANTE SEGMENTO 219	1
8	CERCLAJE 40	9
44	CERCLAJE 240	82
0	CERCLAJE 40 + SEGMENTO 78	2
83	TOTAL	136

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

NOTA: EL PROCEDIMIENTO ADHESIVO FUE CON
CRIORETINOPEXIA EXCEPTO EN LOS CASOS REPORTADOS COMO
FOTOCOAGULACION.

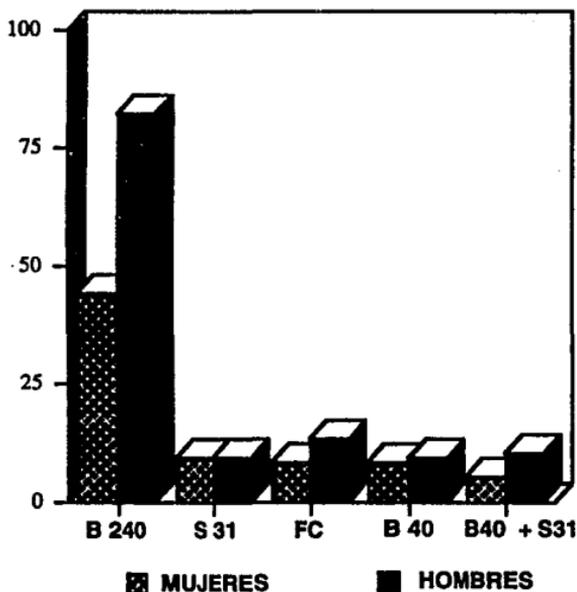
Como se puede apreciar el método más frecuentemente utilizado fué el cerclaje con banda 240, crioretinopexia, y drenaje de líquido subretinal: en mujeres fué el 53.01% y en hombres 60.29%, cifras muy semejantes en ambos sexos. (Tabla No. 12, Grafica No. 9).

Los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico se presenta en la tabla No. 13.

GRAFICA No. 9

DESPRENDIMIENTO DE RETINA TRATAMIENTOS UTILIZADOS MAS FRECUENTES

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

TABLA No. 13.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
RESULTADOS QUIRURGICOS.

MUJERES	HOMBRES
BUENO 72 CASOS PARA UN 86.74%	BUENO 111 CASOS PARA UN 81.62%
PTISIS BULBI 1 CASO PARA 1.22%	V.R.P.P. 24 CASOS PARA 17.65%
V.R.P.P. 10 CASOS PARA 12.04%	1 D R. RECIDIVANTE PARA .73%

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

Todas las cifras muy similares, con más de un 80% de éxito en la aplicación de retina. (Tabla No. 13 Grafica No. 10).

La agudeza visual final sólo se reportó en algunos pacientes de ambos grupos encontrando la información referida en la tabla No. 14.

TABLA No. 14.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
AGUDEZA VISUAL FINAL.

MUJERES	HOMBRES
16 con menos de .1 37.2 %	36 con menos de .1 47.3 %
6 con 0.1 13.9 %	8 con 0.1 10.5 %
12 con 0.2 a 0.55 27.9 %	17 con 0.2 a 0.55 22.3 %
7 con 0.6 a 0.85 16.2 %	10 con 0.6 a 0.85 13.1 %
0 con amaurosis	1 con amaurosis 1.3 %
TOTAL 43 PACIENTES	TOTAL 76 PACIENTES

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

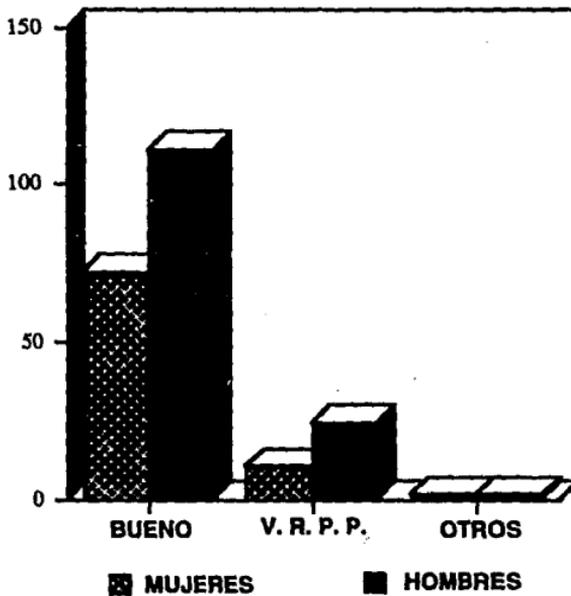
Al reportar los resultados de hombres y mujeres se encontraron cifras muy parecidas entre sí, desgraciadamente a pesar de un mayor porcentaje de éxito anatómico, el 50 % aproximadamente de nuestros pacientes tienen visión igual o menor de 0.05, al ser comparado mediante χ^2 con un nivel de significancia de $p < 0.05$. (Tabla No. 14, Grafica No. 11).

En el ojo contralateral se encontraron la siguientes agudezas visuales.

GRAFICA No. 10

DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXITO ANATOMICO EN EL POSOPERATORIO

1988-1992



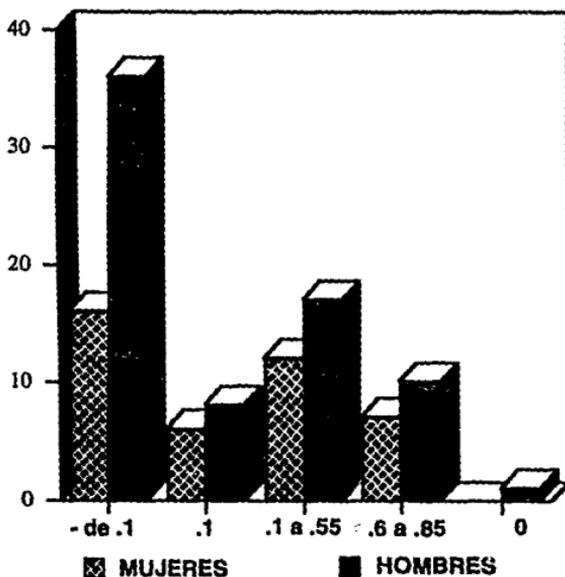
FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA No. 11

DESPRENDIMIENTO DE RETINA AGUDEZA VISUAL POSTERIOR AL TRATAMIENTO SEGUN SEXO

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

TABLA No. 15.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
AGUDEZA VISUAL EN OJO CONTRALATERAL.

MUJERES	A . V .	HOMBRES
9	0.1 O MENOR	7
14	0.2 A 0.55	13
17	0.60 A 0.85	30
40	0.9 A 1	78
3	AMAUROSIS	8

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

La agudeza visual en 27 mujeres y en 45 hombres fué de 1 para un 32.53 % y 33.08 % respectivamente siendo una tercera parte de cada grupo; lo que probablemente dos terceras partes de nuestros pacientes tenían un defecto refractivo en ojo contralateral. (Tabla No. 15, Grafica No. 12).

29 mujeres de 83 pacientes presentaron lesiones en el ojo contralateral para un 34.93 % y en los hombres 41 de 136 para un 30.14 %, lo que significa que aproximadamente una tercera parte de los pacientes que presentan D.R. tienen lesiones en ojo contralateral.

Las lesiones más frecuentes en el ojo contralateral se aprecian en la tabla No. 16.

TABLA No. 16.
PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA Y
LESIONES PREDISPONENTES A DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN
OJO CONTRALATERAL

LESIONES	HOMBRES	MUJERES
AGUJERO	2	3
DESGARRO EN P. DE FLECHA	10	8
DEG. RETICULAR.	20	12
DEG. RET. + AGUJERO.	3	1
DEG. RET. + CRIBA A.	4	3
DEG. RET. + DES. PUNTA.	2	2
TOTAL	41	29

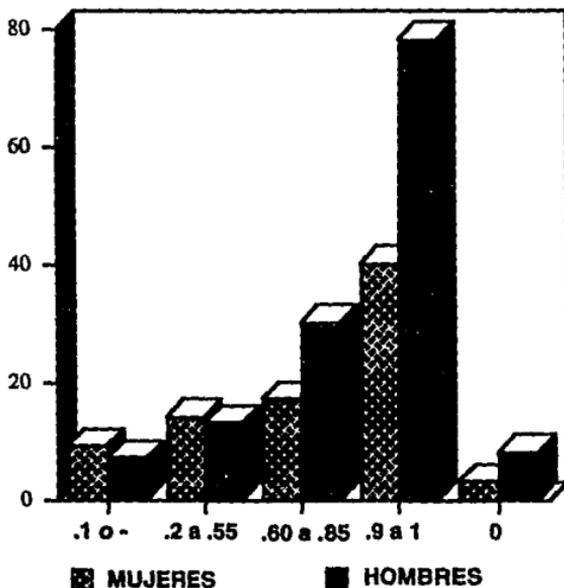
FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

Las lesiones únicas más frecuentes en ojos contralaterales, en mujeres fueron 23 únicas para un 79.32 % y 6 múltiples para un 20.68 %, en los varones 33 únicas para un 80.48 % y 8 múltiples para un 19.52 %, muy similares en ambos sexos.

GRAFICA No. 12

DESPRENDIMIENTO DE RETINA AGUDEZA VISUAL EN OJO CONTRALATERAL SEGUN SEXO.

1988-1992



FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

Hablando de tratamiento efectuado en el ojo contralateral en mujeres se realizaron 20 fotocoagulaciones, 1 se le realizó cerclaje escleral con banda 240 de silicón, y el resto se mantiene en vigilancia. En los hombres, a sólo 2 se les aplicó crioterapia, 41 de ellos se fotocoaguló, y los restantes se mantienen en observación.

El 100 % de los pacientes con desprendimiento de retina que reportaron lensometría eran miopes.

Dentro de nuestras observaciones se realizaron las siguientes:
en mujeres:

CUADRO No. 2.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
PATOLOGIA EN OJOS CONTRALATERALES MUJERES.

- 1 paciente con anoftalmos, no relacionado con patología de D.R.
- 1 paciente con catarata contralateral.
- 1 paciente con diálisis contralateral.
- 1 paciente con ptisis bulbi contralateral, sin relación a procedimientos previos.
- 1 paciente desarrolló vitreoretinopatía proliferativa contralateral por cirugía previa.

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

En los hombres se aprecian en el cuadro No. 3.

CUADRO No. 3.
DESPRENDIMIENTO REGMATOGENO DE RETINA.
PATOLOGIA EN OJOS CONTRALATERALES HOMBRES.

- 1 paciente que ameritó 2 cirugías sin especificar padecimiento.
- 1 desprendimiento de retina contralateral tratado con banda 240.
- 1 paciente con enf. de Wagner en ojo contralateral.
- 1 paciente con endoftalmítis de tipo contralateral.
- 1 paciente con ptisis bulbi.
- 3 vitreoretinopatías proliferativas posteriores a la aplicación de crio.

FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.

DISCUSION.

La localización de las lesiones predisponentes a desprendimiento regmatógeno de retina de origen superior ha sido descrita como más frecuente en los cuadrantes temporales por el Dr. Straatsma y el Dr. Gómez Leal, lo anterior coincide con nuestros resultados ya que la incidencia del desprendimiento de retina de esta naturaleza en nuestros pacientes fué mayor que todas las otras causas en el período de tiempo analizado; además, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. (2, 8, 14, 17).

La inclusión del área macular en el desprendimiento de retina se encuentra directamente relacionada con mayor tiempo de evolución preoperatorio, con lesiones causales superiores, sobre todo ubicadas en el cuadrante temporal superior; también la extensión del desprendimiento involucra más cuadrantes cuando se tiene una evolución preoperatoria más prolongada, esto en respuesta a la fisiopatología ya establecida por el Dr Schepens. (5).

El desprendimiento regmatógeno de retina de origen superior incluye el área macular en más de un 80 % de los casos, y por este motivo se establece que es una de las situaciones que afecta más y pone en mayor peligro la agudeza visual. Lo anterior coincide con lo reportado por el Dr. Duanne y Schepens. (10, 15).

Los procedimientos terapéuticos empleados en nuestro servicio permitieron un éxito anatómico (reaplicación de la retina) en un 83.56 % de los pacientes. Nuestros resultados son discretamente inferiores a lo reportado por el Dr. Padilla de Alba 93%, Dr. Romo 91 %, Dr. Mc Allister 96 %; Los Drs. Lincoff y Tornabe reportan resultados similares en un 88 y 82 % respectivamente. (20, 21, 22, 23, 24).

La vitreoretinopatía proliferativa fué una de las complicaciones que contribuyeron a una mala recuperación anatómica y funcional, en estos casos se hace necesario mencionar que algunos de los pacientes incluidos en este apartado ya tenían cambios propios de esta complicación previos al tratamiento quirúrgico. En nuestro estudio la vitreoretinopatía proliferativa se reporta en un 15.52 % , superior a lo reportado por Kanski de un 5 % . (2, 19).

La agudeza visual postoperatoria se encontró más deteriorada en aquellos pacientes que tenían involucrada el área macular dentro de la extensión del desprendimiento de retina y sobre todo en los pacientes que mostraron un tiempo de evolución prolongado previo a la búsqueda del tratamiento; ésto se relaciona a la fisiopatología y a los cambios posteriores al desprendimiento de retina, en donde el Dr. Schepens y el Dr. Santos estudiaron por fluorangiografía retineneana, reportando resultados muy similares a nuestro estudio. (7, 15, 18).

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se revisaron un total de 502 resúmenes clínicos de pacientes con diagnóstico de desprendimiento de retina independientemente de su etiología regmatógena traccional o exudativa consultados en el servicio de oftalmología del Hospital de Especialidades del I.M.S.S. Centro Médico Nacional General Manuel Avila Camacho en Puebla, Pue. de Enero de 1988 a Diciembre de 1992, seleccionando para su estudio únicamente aquellos con diagnóstico de desprendimiento de retina regmatógeno de origen superior que hicieron un total de 219 casos.

El desprendimiento regmatógeno de retina de origen superior se encuentra casi con la misma frecuencia que los desprendimientos de retina juntos por cualquiera de las otras causas (traccional, exudativo y regmatógeno con otra ubicación de las lesiones), para un 43.63 % y 56.37 % respectivamente.

El tipo particular de desprendimiento de retina estudiado en este trabajo no mostró diferencias estadísticamente significativas al estudiar la incidencia en cuanto al sexo, su mayor frecuencia fué encontrada entre los 51 y 60 años tanto en hombres como en mujeres, el promedio de edad es similar en ambos sexos, para 48.51 años y 51.64 años respectivamente.

La mayor parte de pacientes tenían una agudeza visual menor de 0.1 en el momento de su consulta inicial, en los hombres correspondió a un 75 % del total y un 66.26 % en las mujeres.

No fué reportada la agudeza visual final en todos nuestros pacientes, sin embargo, dentro del grupo de pacientes que tenían esta información se encontró que al ser dados de alta de nuestro servicio, sólo el 53.98 % de los casos tenían una agudeza visual superior de 0.1 y no se incluyó la capacidad visual que pudieron haber logrado con su mejor corrección óptica. Debemos recordar que el porcentaje de éxito anatómico fué de 83.56 % de los casos, pero que la resultante funcional puede verse afectada por la inclusión del área macular dentro de la retina desprendida, cambios secundarios al tiempo prolongado del desprendimiento , y al mismo acto quirúrgico. (También recordemos que no hay éxito funcional sin éxito anatómico).

El 45 % de los pacientes presentaron una agudeza visual de ojo contralateral de 0.9 o menor, seguramente relacionado con algún tipo de ametropía.

La lesión causal más frecuente que contribuyó a la presentación del desprendimiento de retina fué el desgarro en punta de flecha, en los hombres correspondió a un 40.44 % y un 30.12% en mujeres.

La lesión causal de desprendimiento de retina se ubicó con más frecuencia en el cuadrante temporal superior para un 70.35 % y en segundo lugar el nasal superior para un 29.65 %

Las lesiones múltiples predominaron en el sexo femenino sobre el masculino para un 14.45 % y 13.97 % respectivamente.

Las lesiones múltiples predominantemente observadas fueron el desgarro en punta de flecha con degeneración reticular (14.15 %), seguida

en frecuencia por una zona de degeneración reticular con criba de agujeros (10.50 %).

El tamaño de la lesión más frecuentemente reportado correspondió a un diámetro papilar (21.46 %).

El tiempo de evolución en el mayor número de nuestros pacientes desde los primeros síntomas hasta su primer consulta fué de una media de 10.9 y 10.1 semanas en mujeres y hombres respectivamente.

La banda 240 se usó preferentemente como material para cerclaje escleral (57.53 %).

Aproximadamente una tercera parte de los pacientes que presentaron desprendimiento de retina en un ojo, tenían lesiones predisponentes a desprendimiento de retina en el ojo contralateral (31.96 %).

La alteración más frecuente en el ojo contralateral correspondió a las placas de degeneración reticular (14.61 %) y en estos pacientes el tratamiento de elección fué la fotocoagulación con laser de argón y en algunos casos fotocoagulación con arco de xenón.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- PIÑERO Bustamante A. El Tratamiento del Desprendimiento de Retina. Ed. Jims España 1974. 1 Edición.
- 2.- KANSKI Jack J. Desprendimiento de Retina Ed. Panamericana 1987. Buenos Aires. 1 Edición.
- 3.- PADILLA de Alba F. Oftalmología Fundamental. Ed. F. Méndez 5 Edición. México 1990.
- 4.- POULIQUEN Yves. Oftalmología. Editorial Masson 1986. España 1 Edición.
- 5.- SCHEIE Harold. Oftalmología de Adler. Ed. Interamericana. México 1972. 8 Edición.
- 6.- VAUGAN D. A. Oftalmología General. Editorial Manual Moderno 5 Edición México.
- 7.- IGARTUA Araiza J. Clínica y cirugía del Desprendimiento de Retina. Ed. Salvat. México. 1 Edición.
- 8.- GOMEZ Leal A. Degeneraciones Periféricas de la Retina. Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología 57, 197-221. 1983.
- 9.- PIÑERO Bustamante A. La Retina Periférica. Ed. Scriba. España 1976.
- 10.- DANE Thomas D. Clinical Ophthalmology. 9 Edición, Ed. Philadelphia. 1985. Vol. 3.
- 11.- TOLENTINO Felipe. Vitreoretinal Disorders Ed. W.B. Saunders Company. 1976 Philadelphia.
- 12.- HOGAN Michael J. Ophthalmic Patologica Ed. Saunders Company 1962. Philadelphia 2 Edición.
- 13.- APPLE David J. Clinicopathologic Correlattion of Ocular Disase. Ed. The Mosby Company. 1978.
- 14.- STRAATSMA B. Peter D. Lattice Degeneration of The Retina American Journal Ophthalmology Vol. 77 May. 1974 Num. 5.
- 15.- SCHEPENS, C. L. : Retinal Detachment and Allied Diseases, Vol 1. Philadelphia, W.B. Saunders, 1984.
- 16.- CELORIO J. Ronald C. Prevalence of Lattice Degeneration and - Its Relation Top Axial Length in Severe Myopia. American Journal of Ophthalmology 111: 20-23, January, 1991.
- 17.- DALAMA Kende A. Tratamiento Profiláctico del Desprendimiento de Retina en 160 Pacientes. Revista Mexicana de Oftalmología Mayo-Junio. 1988. 62 (3) : 97-105.
- 18.- SANTOS R. S. Fluorangiografía del Fondo del Ojo en Padecimientos que Afectan la Región Macular. Archivos de La Asociación para Evitar la Ceguera en México. 11a Epoca Tomo XXI Num. 73 1974, Pag. 33.
- 19.- KANSKI Jack J. Oftalmología Clínica Ed. Doyma 1992. España. 2a. Edición.

- 20.= PADILLA de Alba. Revisión de 250 Casos de Cirugía de Desprendimiento de Retina . Archivos de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México 1983; 10: 81-90.
- 21.= ROMO E. Dalma A. Incidencia del Desprendimiento de Retina en el Hospital de la A.P.E.C. Archivos de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México 1976; 17 (76): 1-12.
- 22.= Mc. ALLSTAR II, Franco Meyers S.M. y cols. Comparison of Pneumatic Retinopexy With Alternative Surgical Techniques.
- 23.= LINCOFF H. Kreissing. I Goldbaum Reasons for the Failure in no Drainage operations. Mod. Prob. Ophthalmol 1974; 12: 40-8.
- 24.= TORNAMBE P.E. Hilton G.F. The Retinal Detachment Study Group Pneumatic Retinopexy: A Multicenter Randomized Controlled Clinical Trial Comparing Pneumatic Retinopexy With Scleral Buckling Ophthalmology 1989, 96: 772 - 784.