



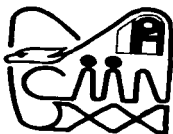
11234<sup>34</sup><sub>29.</sub>  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO  
NACIONAL SIGLO XXI**

**TESIS DE POSTGRADO**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**

**DRA. MARIA CONCEPCION RIOS SERVIN**



**MEXICO, D.F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



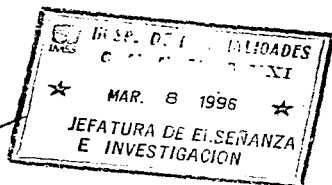
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

Vo. Bo.  
Dr. Niels Wachter Rodarte  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
I.M.S.S.



Vo. Bo.  
Dr. Enrique Garza Ruiz  
Jefe de Segmento Posterior  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
I.M.S.S.

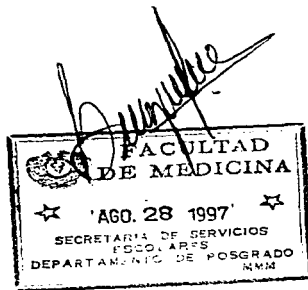
Handwritten signature: *Enrique Garza Ruiz*

Vo. Bo.  
Dr. Mario D. Mercado Martínez  
Jefe de Segmento Anterior  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
I.M.S.S.

Handwritten signature: *Mario D. Mercado Martínez*

Vo. Bo.  
Dr. Héctor Fierro Gossman  
Asesor de Tesis  
Médico Adscrito al Servicio de Segmento Posterior  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
I.M.S.S.

Vo. Bo.  
Dra. Ma. Dolores González Palomera  
Asesor de Tesis  
Médico Adscrito al Servicio de Segmento Posterior  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
I.M.S.S.



**NO HAY SECRETOS EN EL EXITO.  
ES EL RESULTADO DE PREPARACION,  
TRABAJO ARDUO Y  
ENSEÑANZA DEL FRACASO**

**Gen. Colín L. Powell.**

## ***DEDICATORIA***

***A MIS PADRES: ERNESTO Y MARGARITA*** porque siempre me han dado la fuerza y me han brindado su apoyo y sacrificio para seguir adelante.

***A MIS HERMANOS: EVA, ERNESTO, MARGARITA, EDUARDO, Y LA NENA*** por el apoyo que siempre he recibido de ellos.

***A FEDERICO*** porque en forma incondicional se que puedo contar siempre con él.

***A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS*** ya que uno a uno contribuyeron para lograr mi meta.

***A DIOS*** porque siempre está conmigo.



## INDICE

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Introducción</b>                       | <b>2</b>    |
| <b>Generalidades</b>                      | <b>2</b>    |
| <b>Objetivos generales</b>                | <b>3</b>    |
| <b>Objetivos específicos</b>              | <b>4</b>    |
| <b>Diseño del estudio</b>                 | <b>4</b>    |
| <b>Metodología</b>                        | <b>4</b>    |
| <b>Criterios de inclusión y exclusión</b> | <b>5</b>    |
| <b>Resultados</b>                         | <b>5</b>    |
| <b>Gráficas</b>                           | <b>9bis</b> |
| <b>Conclusiones</b>                       | <b>10</b>   |
| <b>Bibliografía</b>                       | <b>19</b>   |

## **EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI**

**INTRODUCCION:** En todo padecimiento el diagnóstico oportuno lleva consigo un tratamiento adecuado. El desprendimiento de retina, es una enfermedad grave, la sintomatología inicial puede ser detectada por los servicios del primero y segundo nivel, por médicos generales o especialistas quienes identifican la pérdida importante de la agudeza visual o establecen el diagnóstico específico para realizar su tratamiento en el tercer nivel de atención.

En nuestro sistema de salud se utilizan y analizan tablas extranjeras, principalmente de los Estados Unidos de Norteamérica o las anglosajonas, ya que en estos medios se otorga un seguimiento por largo tiempo llevado a cabo por personal capacitado.

Ha surgido la inquietud de establecer bases estadísticas confiables que nos permitan establecer un porcentaje de frecuencia en la población derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social del desprendimiento de retina rheimatogéno.

**GENERALIDADES.** Se define el desprendimiento de retina rheimatogéno (DRR) como la separación de la retina sensorial del epitelio pigmentario retiniano, con acúmulo de líquido entre éstas dos capas, debido a que se presenta una lesión como agujeros, desgarros o cribas en la retina periférica o ecuatorial, lo que provoca que líquido de la cavidad vítrea disquee las capas mencionadas. Puede ser secundario a múltiples causas.

Las diferentes formas del desprendimiento de retina rheimatogéno tienen una complicada interacción entre el cuerpo vítreo, retina neurosensorial, epitelio pigmentario y otros tejidos oculares.

Las causas son múltiples; así observamos que el aumento del eje anteroposterior del globo ocular en la miopía, desprendimiento de vítreo posterior, licuefacción y sínéresis vítrea, cambios estructurales propios de la edad, capsulotomía con YAG laser posterior a cirugía de catarata, postoperados de cirugía de catarata, degeneraciones retineanas

periféricas, eventos traumáticos, queratoplastia penetrante, queratotomía radiada, edad, sexo y otras lo pueden ocasionar.

Las manifestaciones por las cuales acuden los pacientes son básicamente fotopsias, miodesopsias, escotomas y un defecto en el campo visual que crece rápidamente con disminución de la agudeza visual en la mayoría de los casos cuando se involucra el área macular.

Posterior a la alteración del campo visual y/o disminución de la agudeza visual el paciente busca apoyo en médicos generales o recurren a optometristas, éstos a su vez ante un cuadro súbito y progresivo deben solicitar apoyo al médico oftalmólogo quien podrá realizar el diagnóstico de certeza y establecer un manejo oportuno de acuerdo a las características del desprendimiento de retina.

No hay que olvidar que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno van a influir en los resultados visuales.

Estadísticas de los Estados Unidos de Norteamérica y anglosajonas nos indican desprendimiento de retina rreghmatógeno afectando 1:10,000 habitantes por año en población general, 10% de afección bilateral y 5% de rupturas retinianas en población general, en nuestro estudio estos cálculos no se pueden realizar, ya que trabajamos con una población cerrada por lo que no podemos extrapolar los datos.

**OBJETIVOS GENERALES:** Conocer la frecuencia del desprendimiento de retina rreghmatógeno en población abierta derechohabiente HE C.M.N. SXXI.



**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

-Manejar principalmente las variables de : sexo, edad , lesión causal y su localización.

-Manejar en forma secundaria las siguientes variables:

ojo afectado, tiempo de evolución, agudeza visual, extensión del desprendimiento de retina e inclusión del área macular.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:**

**Prospectivo**

**Horizontal**

**Descriptivo**

**Observacional**

**METODO:** Un médico realizó la historia clínica y el estudio inicial oftalmológico que incluyó agudeza visual con cartillas de Snellen, biomicroscopia con lámpara de hendidura y fondo de ojo utilizando oftalmoscopio directo e indirecto y lente de tres espejos de Goldman. Se obtuvo así una descripción detallada de la lesión causal y de las características que en ése momento presentó la retina.

El cuestionario manejó los siguientes datos:

- 1.- Ficha de identificación: sexo, edad y ojo afectado.
- 2.- Tiempo de evolución.
- 3.- Agudeza visual.
- 4.- Lesión causal.
- 5.- Localización de la lesión causal.
- 6.- Extensión del desprendimiento de retina.
- 7.- Inclusión del área macular.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Mayores de 16 años.
- Desprendimiento de retina rhexmatógeno, en afaquia, traumático y recidivante..

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Menores de 16 años.
- Desprendimiento de retina exudativo, traccional, retinopatías vasculares, enfermedad degenerativa macular, anomalías del desarrollo (distrofias vitreoretinianas), tumoraciones y otras.

**RESULTADOS:**

Se captaron todos los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de oftalmología en C.M.N. SXXI quienes acudieron por primera vez con Dx de desprendimiento de retina rhexmatógeno o con sintomatología sospechosa del mismo, mayores de 16 años, sin distinción de sexo y en quienes se corroboró el Dx del 1o de marzo de 1994 al 28 de febrero de 1995.

**SEXO**

Se presentaron con desprendimiento de retina que cumplieron con los criterios de inclusión un total de 106 ojos (100%), 58 (55%) fueron varones y 48 (45%) fueron mujeres.

## **EDAD**

El rango de edad osciló de 17 a 85 años con un promedio de 49.8 años.

Utilizando  $\pm$  una desviación estándar se cubre un total de 75.5% de la población.

Los porcentajes de frecuencia más altos se encontraron en la 3a., 6a. y 7a. décadas de la vida.

| <b>EDAD</b><br>(años) | <b>No. PACIENTES</b> |
|-----------------------|----------------------|
| 16-20                 | 03                   |
| 21-30                 | 19                   |
| 31-40                 | 13                   |
| 41-50                 | 11                   |
| 51-60                 | 29                   |
| 61-70                 | 22                   |
| >71                   | 09                   |

### **OJO AFECTADO**

En cuanto a ojo afectado se presentaron 50 casos para ojo derecho (48.5%) 50 casos para ojo izquierdo (48.5%) y 3 con DR bilateral (3%).

El tiempo de evolución, registrado en días, que transcurrió desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico de certeza . Se dividió en los siguientes grupos:

|            | No. de Casos | %    |
|------------|--------------|------|
| 0-07 días  | 68           | 64.2 |
| 08-14 días | 14           | 13.2 |
| 15-21 días | 09           | 08.5 |
| 22-28      | 00           | 00   |
| > 28       | 15           | 14.2 |

### **AGUDEZA VISUAL**

|                | No. de Casos | %    |
|----------------|--------------|------|
| 20/20 - 20/50  | 11           | 10.4 |
| 20/60 - 20/100 | 8            | 7.5  |
| 20/200- 20/400 | 9            | 8.5  |
| >20/400        | 78           | 73.6 |

Como se observa el mayor porcentaje de los pacientes acudió con un deterioro importante de la agudeza visual de 20/400 o peor en un 73.6% de los casos.

### **LESION CAUSAL**

La lesión causal que originó el desprendimiento de retina se pudo localizar en 84.9 de los casos , 15.1% no se pudo localizar. El tipo de lesión encontrada se clasificó en desgarro, agujero y criba con la siguiente distribución:

|                 | No de Casos | %    |
|-----------------|-------------|------|
| Desgarros       | 63          | 59.4 |
| Agujero         | 19          | 18.0 |
| Criba           | 8           | 7.5  |
| No localización | 16          | 15.1 |

### **LOCALIZACION DE LA LESION CAUSAL**

La localización de la lesión se clasificó por cuadrantes encontrando la siguiente distribución:

|                   | No. de Casos | %    |
|-------------------|--------------|------|
| Nasal superior    | 15           | 14.1 |
| Nasal inferior    | 07           | 6.6  |
| Temporal inferior | 07           | 6.6  |
| Temporal superior | 61           | 57.6 |
| No localización   | 16           | 15.1 |

### **EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

La extensión del desprendimiento de retina se registró en número de cuadrantes involucrados en donde se obtuvo:

| No. de Cuadrantes | No. de Casos | %    |
|-------------------|--------------|------|
| 1                 | 06           | 5.7  |
| 2                 | 28           | 26.4 |
| 3                 | 52           | 49.0 |
| 4                 | 20           | 18.9 |

### **INCLUSION DEL AREA MACULAR**

|                      | No de Casos | %    |
|----------------------|-------------|------|
| Inclusión macular    | 80          | 75.5 |
| No inclusión macular | 26          | 24.5 |

Observándose que en algunos casos por algún déficit en área macular como la degeneración macular relacionada con la edad, la agudeza visual registrada en estos pacientes no fue mejor de 20/100 (7casos).

# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO

## OJO AFECTADO

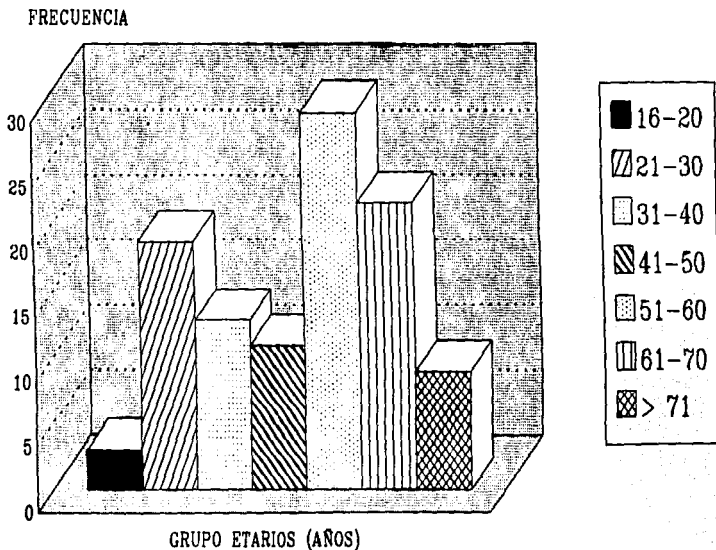
OJO IZQUIERDO 48.5%



AMBOS OJOS 3.0%

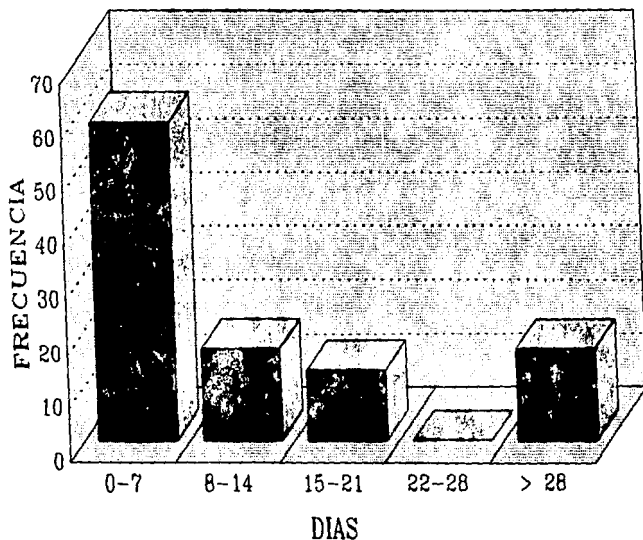
OJO DERECHO 48.5%

# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO EDAD



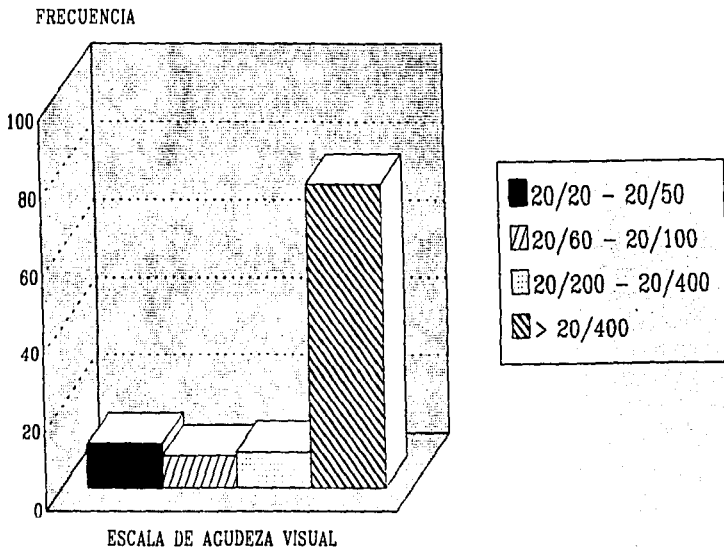


# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO TIEMPO DE EVOLUCION EN DIAS



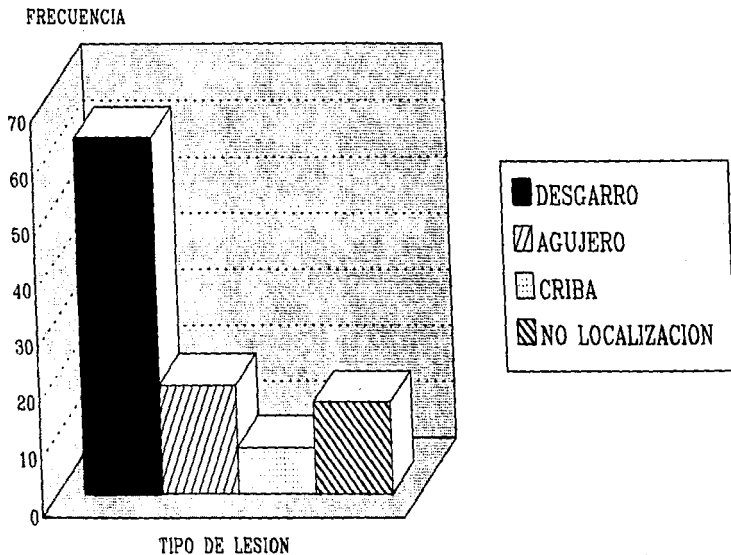
GRAFICA 2.  
OPTAMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 1995

# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO AGUDEZA VISUAL



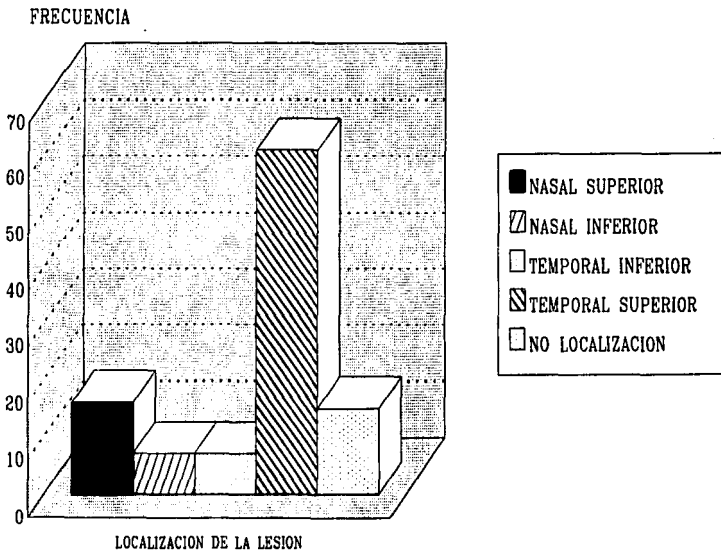
GRAFICA 3.  
OPTAMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 1985

# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO LESION CAUSAL



GRAFICA 4.  
OFTAMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 1985

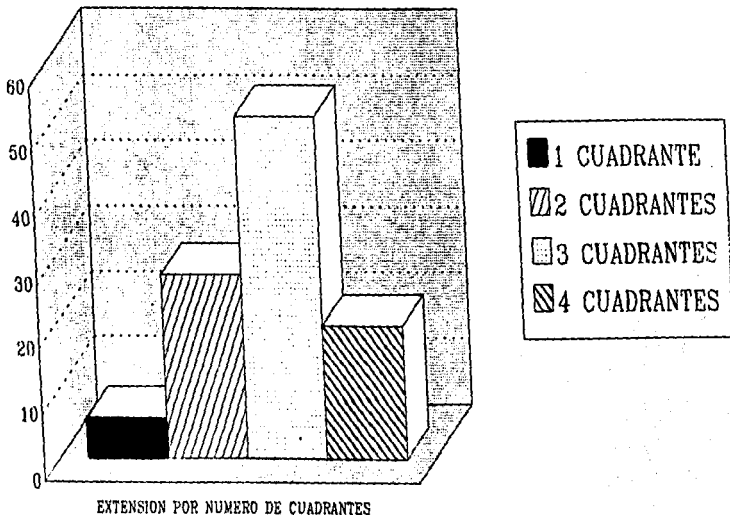
# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO LOCALIZACION DE LA LESION CAUSAL



GRAFICA 5  
OPTAMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 1995

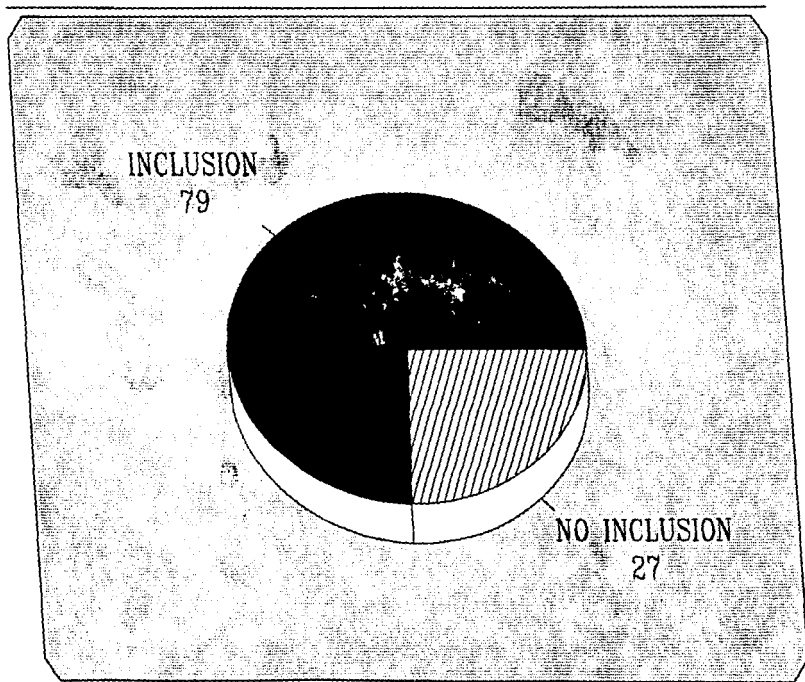
# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO EXTENSION

FRECUENCIA



GRAFICA •  
OPTAMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 1995

# DESPRENDIMIENTO DE RETINA RHEGMATOGENO AREA MACULAR



GRAFICA 7  
OPTAMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXHI 1986

## **CONCLUSIONES**

El desprendimiento de retina rhegmatógeno (DRR) es una entidad que el médico oftalmólogo puede reconocer con relativa facilidad posterior al estudio clínico detallado del paciente y detectar en alto porcentaje la localización de la lesión causal.

Históricamente se sabía que la tracción vítea de la retina era una de las principales causas predisponentes del DRR sin embargo no se entendía en forma clara la relación entre desgarro y DR.

El Dr. Jules Gonin (1870-1935) fue uno de los precursores, quien en 1918 afirmó en la Sociedad Oftalmológica Suiza que el DR iba asociado a una lesión retiniana, reafirmando su concepto en Francia; décadas después Schepens y Marden (1968) lo designan como rhegmatógeno (~~DR~~ ruptura; ~~DR~~ origen)

Asimismo la teoría de la tracción vítea se inició con Müller (1858) y Leber (1881) quienes postularon que la tracción por el cuerpo víteo era el factor etiológico, ahora estos mecanismos se han confirmado biomicroscópica e histológicamente.

Es importante tomar en cuenta los factores que influyen en el curso clínico de las rupturas retinianas, como lo son:

- 1) Pacientes sintomáticos.
- 2) Constitución del víteo
- 3) Presencia de tracción vítea cerca de lesiones retinianas.
- 4) Presencia de adherencias coriorretinianas.
- 5) Tipo de ruptura retiniana.
- 6) Localización de la ruptura retiniana.
- 7) Número de rupturas retinianas

**8) Tamaño de las rupturas retinianas.**

**1) Pacientes Sintomáticos.** Se ha observado que los pacientes que presentan fopsias y midopsias es más frecuente que desarrollen DR que los pacientes asintomáticos

**2) Constitución del vítreo.** El vítreo lucuefacto conlleva mayor tracción vítrea y por lo tanto mayor predisposición al DR.

**3) Presencia de tracción vítrea cerca de lesiones retinianas.** La tracción vítrea cerca del borde de ruptura tiende a separar el epitelio pigmentario de la retina neurosensorial, ocasionando de esta forma los DR.

**4) Presencia de adherencias coriorretinianas.** Estas áreas de adhesión frecuentemente muestran cambios de atrofia y proliferación pigmentaria en forma irregular asociada con el aumento de frecuencia para el DR.

**5) Tipo de ruptura retiniana.** La mayoría depende del grado de tracción ejercida por el vítreo.

**6) Localización de la ruptura retiniana.** Son más frecuentes superiores y ecuatoriales; menos frecuentes inferiores y cerca de la ora serrata debido a que las rupturas cerca de la ora serrata son muy resistentes al aumento de viscosidad y licuefacción vítrea. además la adhesión coriorretiniana es firme y resistente; en el caso de las rupturas localizadas debajo del meridiano horizontal los efectos de gravedad en vítreo posterior ayudan a prevenir el DR.



7) **Número de rupturas retinianas.** El riesgo de desarrollar un DR aumenta con el incremento en el número de rupturas retinianas.

8) **Tamaño de las rupturas retinianas:** Generalmente esta asociada al grado de DR que se presenta.

### **SEXO**

El estudio mostró cifras de distribución en relación al sexo encontrando una leve inclinación hacia el sexo masculino (55% vs 45%) esto va de acuerdo a la literatura mundial básicamente de los años 50's a la fecha, Robertson reporta 55% inclinado a varones (1952), Raeymackers (1960) no reporta diferencias, sin embargo a finales del siglo pasado y hasta mediados de este, la inclinación hacia los varones era significativa como lo muestran los estudios de Nordenson 73% (1887), Poncet 62% (1887), Sattler 66% (1905), Helming 72% (1915), Stallard 62% (1930), Arruga 60%(1933), Shapland 61% (1934) y Bagley 60% (1948).

Cabe mencionar además de los DRR traumáticos se presentaron en un 17.9% (19 casos: 12 varones y 7 mujeres). lo cual coorrelaciona con la literatura en donde algunos autores reportan 16-18% y otros mencionan un 10 a 12 %.

### **EDAD**

La influencia de la edad es considerable. En la infancia el DDR es raro, pero aumenta rápidamente a los 30, a los 40 y entre los 60 y 70 años, cayendo dramáticamente después de los 70 años. Esto coincide en nuestro estudio con los pacientes de 30,60 y 70 años de edad quienes fueron los que presentaron las mayores frecuencias.

#### **OJO AFECTADO.**

Nuestro estudio no mostró diferencia en cuanto al ojo afectado, ya que 48.5% presentaron afección al ojo derecho, 48.5% afección al ojo izquierdo y 3% afección bilateral. En este último porcentaje quedamos por debajo del % mundial reportado para bilateralidad mostrando estudios de: Gonin 11% (1904), Elsching 25% (1914), Schepens y Marden 15-19% (1961 y 1966) por lo que se menciona que es relativamente común, pero raro que sea espontáneo. Generalmente el segundo ojo se ve involucrado en los primeros cinco años después del primero debido a afección de lesiones degenerativas en el ojo contralateral.

#### **TIEMPO DE EVOLUCION.**

Los resultados observados nos presentan que un porcentaje elevado de los pacientes acuden a consulta en los primeros 7 días del inicio de su sintomatología (64.2) y en las dos primeras semanas un total de 77.4%.

Cabe mencionar que cuando los pacientes no acuden en los primeros siete días del inicio de su padecimiento, se encuentran factores que no van en relación directa al paciente, sino que no se establece un diagnóstico oportuno como es el caso de los DR secundarios a traumatismos no penetrantes y presencia de hemorragia en vítreo en donde las estructuras retinianas no se pueden valorar adecuadamente y por lo tanto es necesario el uso de auxiliares diagnósticos como el ultrasonido, asimismo el lugar de residencia del paciente y la dificultad de recibir atención especializada en zonas fuera del área metropolitana o no urbanas constituye otro factor importante para la atención oportuna de nuestra población.

#### **AGUDEZA VISUAL.**

Al presentarse las alteraciones del campo visual, ftopias, miodepsias y principalmente disminución de la agudeza visual (82.1% en nuestro estudio con agudeza visual de 20/200 o peor V.S. 65% en la literatura en fâquicos y 83% en âfacos) lleva consigo que el paciente busque atención médica oportuna, sin embargo el deterioro visual en su primera consulta es muy importante (82.1%) y sólo el 17.9% presentaron una agudeza visual de 20/200 o mejor.

#### **LESION CAUSAL.**

El tipo de lesión causal que se presentó con mayor frecuencia fue el desgarro (59.4%) posteriormente las frecuencias para agujeros y cribas disminuyó en forma considerable (18.0% y 7.5% respectivamente).

Cabe mencionar que en el 15.1% de los pacientes no fue posible localizar la lesión causal, asimismo de éstos el 56.0% tenia antecedente de cirugía en el ojo lesionado (cirugía de catarata con o sin lente intraocular).

Es bien sabido que el DR tras la extracción de cataratas difiere algo de los desprendimientos de retina en ojos fâquicos. Los DR posterior a cirugía de catarata se deben típicamente a roturas retinianas pequeñas en la periferia distal motivo por el cual durante el examen oftalmoscópico es difícil encontrar la lesión.

Se ha demostrado con varios estudios que ni las técnicas quirúrgicas extracapsulares ni la implantación de lentes intraoculares alteran los tipos de rotura retiniana que aparecen posterior a la cirugía de catarata.

En nuestro estudio el total de pacientes con antecedente de cirugía de catarata con o sin lente intraocular fue de 16% (17 pacientes), en forma comparativa con los reportes de la literatura mundial donde se establecen cifras del

23-40% de DR en áfacos o pseudofacos . Nuestras cifras quedan por debajo de estos porcentajes.

En forma inversa se reporta que entre el 0.005y 0.001% de los ojos fíacicos sufren DR, frente a una incidencia del 1-3% tras la extracción de catarata.

A pesar de ello el porcentaje de localización de la lesión causal fue de 84.9% correspondiendo con la literatura en donde observan un 80-87%.

#### **LOCALIZACION DE LA LESIÓN CAUSAL.**

La localización de la lesión causal se realizó por cuadrantes, encontrando un porcentaje significativo en el cuadrante temporal superior (57.6%), seguido del cuadrante nasal superior (14.1%), cuadrante temporal inferior (6.6%) y cuadrante nasal inferior (6.6%) coincidiendo con los reportes mundiales en donde es bien sabido que los cuadrantes superiores (71.7% en nuestro estudio) son los que presentan mayor predisposición, sobre todo el cuadrante temporal superior, y los cuadrantes inferiores la menor frecuencia (13.6% en nuestro estudio).

#### **EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA.**

La extensión del desprendimiento de retina se registró por número de cuadrantes afectados observando en forma importante que la afección de dos cuadrantes (26.4) y tres cuadrantes (49.0%) representan el 75.4%. De 89 pacientes fíacos el 63% (56 pacientes) presentó afección de tres o más cuadrantes y de 17 pacientes áfacos o pseudofacos el 82% (14 pacientes) tuvo afección de 3 o más cuadrantes. EL DR total se presentó en 12.3% de los pacientes fíacos y en 17.6% de los áfacos o pseudofacos. La literatura mundial reporta que los DR que afectan un cuadrante o menos son dos veces más frecuentes en ojos fíacos que en los áfacos, mientras que los DR totales se presentan en el 38% de los pacientes áfacos y en 20% de los fíacos. .

#### **INCLUSION DEL AREA MACULAR.**

La afección del área macular lleva consigo un deterioro importante en la agudeza visual, en nuestro estudio el involucro del área macular se presentó en 75.5% de los pacientes, un 24.5% no presentaban afección del área macular.

De un total de 89 ojos fíacos el 76.0% presentó inclusión del área macular, el 24.0% restante no tuvo repercusión, asimismo de 17 casos que se presentaron con antecedente de cirugía de catarata( con o sin lente intraocular) el 65% tenía compromiso del área macular.

Los reportes de la literatura muestran cifras globales de afección del área macular del 73-77%; el 83% para pacientes áfacos, 76% para pseudofacos y 65% para fíacos.

Finalmente mencionaremos que los factores de riesgo para el DRR son múltiples, entre los cuales se presenta: historia de DR en el ojo contralateral, lesiones en encaje, afaquia, pseudofaquia, capsulotomía con láser de YAG,

traumatismo ocular (penetrante o no penetrante), desprendimiento de vítreo posterior, etc.

Dirigiendo la atención hacia la degeneración reticular la literatura indica que el riesgo es relativamente pequeño. La incidencia de degeneración reticular en la población general es de 6-10.7%, mientras que la incidencia de DR es aproximadamente 0.001% por año en población general. Además, el 68-80% de los DRR no están asociados a degeneración reticular.

Se ha calculado en un 0.3-0.5% el riesgo de que los pacientes con degeneración reticular desarrollen DR.

Otro estudio muestra que de 100 casos con DR, 30% tenían lesiones en encaje, coincidiendo prácticamente con nuestro estudio en donde encontramos el 29% (31 pacientes).

El pronóstico de desarrollar DR en el ojo contralateral es de 10% con una prevalencia de encaje de ojo contralateral de 9.2-35%.

En 1989 se realizó un estudio semejante al nuestro, contando con 72 pacientes + 106 de nuestro estudio nos da un total de 178 pacientes, al realizar el promedio de cada una de nuestras variables observamos que en cuanto a sexo, ojo afectado, agudeza visual de ingreso, lesión causal e inclusión del área macular los resultados son similares a los nuestros y a las cifras reportadas en la literatura.

En cuanto a las variables de edad y extensión del DRR es importante señalar que los picos máximos de incidencia se encuentran en la 3ra y 6ta década de la vida (26.4% y 24.1% respectivamente)

Nuestra población joven y económicamente activa está siendo afectada en forma muy importante

Una de las explicaciones esta dada por la inclinación hacia el sexo masculino y a los traumatismos oculares que en esta edad son más frecuentes.

En nuestro estudio los pacientes con DRR secundario a traumatismo en la 3ra década de la vida fue de 36 8%, debido a esto nuestras cifras se incrementan considerablemente, sin embargo el porcentaje restante sigue siendo una cifra elevada para nuestra población joven por lo que surgen las siguientes preguntas: ¿los jóvenes entre 21 y 30 años tienen mayor predisposición al DRR?, ó es que ¿se corrobora que la población económicamente activa tiene mayor riesgo de sufrir accidentes oculares? esta última pregunta se ha comprobado ampliamente por los reportes en la literatura.

Otro punto relevante de comentar son los pacientes mayores de 61 años en donde observamos otro de los picos de mayor frecuencia, resaltamos que uno de los factores que aumenta el riesgo de DRR es la cirugía de catarata (con o sin lente intraocular) del total de nuestros pacientes mayores de 61 años el 46.6% tiene antecedente de cirugía de catarata con o sin lente intraocular lo cual también es otro factor de incremento para nuestras cifras reportadas.

La extensión del DR es otro de las variables que hay que tomar en cuenta, en cuanto al número de cuadrantes involucrados, observamos que un gran porcentaje de los pacientes presenta afección de 3 o más cuadrantes, correlacionando con el tiempo de evolución no se encontró relación entre el tiempo de evolución y el diagnóstico de certeza puesto que el 51.4% de los pacientes con involucro de 3 o más cuadrantes se detectaron en los primeros 7 días de iniciado su padecimiento y solo el 18.5% se presentaron después de 3 semanas o más. Esto nos refleja básicamente que el diagnóstico se realiza adecuadamente pero nuestra población no está detectando a tiempo la gravedad de su padecimiento por lo que proponemos se realicen campañas de apoyo educacional médico a la población general encaminado a la orientación sobre este padecimiento, si bien poco frecuente, de un alto porcentaje de de morbilidad e incapacidad visual para quienes lo padecen, insistiendo que son en su gran mayoría, paciente en edad económicamente productiva.

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

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Byer, N. E.: Changes in and Prognosis of Lattice Degeneration of the Retina. Trans. Am. Acad. Ophth & Otol 1974;78:114
- 2) Byer, N.E.: Clinical Study of Lattice degeneration of the Retina. Trans. Am. Acad. Ophth & Otol 1965; 69:1064.
- 3) Cardebas L.; De Buen, S.; Zaragoza, A.M.: Cambios de las Estructuras Oculares con la Edad. Prensa Med. Mex. 1969; 34: 315.
- 4) Chignell A. A. Retinal Detachment. London British Medical Journal 1987; 294: 661-662.
- 5) Cibis, P. A.: en Comentario sobre: Clinical Study of Lattice Degeneration of the Retina. Trans Am. Acad. Ophth & Otol. 1965. 69: 1077.
- 6) Folk J.C., & Burton T.C. (1983): Bilateral aphakic retinal detachment. retina 3: 1-6
- 7) Francois J. . Heredity in Ophthalmology, St Loui: Mosby 1961: 194-204.
- 8) Haimann M.H., Burton T.C. & Brown S et. al. (1969) A Study in the prevention of retinal detachment. Ann Ophthamol 1. 49-55.
- 9) Heuven, W.A. van; Zwaan, Johan T. Decision Making in Ophthalmology, B.C. Decker, Mosby-Yearbook, 1992.
- 10)Hogan, M.J., Zimmerman L.E. Ophthalmic Patology. W.B. Sanders CO , Philadelphia. 1962, pp 549-570
- 11)Kansky, Jack J., Oftalmologia Clínica, Barcelona, España, Ediciones Doyma, 2da. ed., 1992.
- 12) Kaufman T. Myopia and Retinal Detachment, a Statistical Analysis of 800 cases. ophthalmologica 1969; 157:249-262.
- 13) Laatikainen L. y col. Bilateral Rhegmatogenous Detachment Acta Ophthalmologica. 63 (1985) : 541-545.
- 14) Laatikainen L., Tolppanen E.M: & Harju H (1985a): Epidemiology of Rhegmatogenous Retinal Detachment in a Finnish Population. Acta Ophthalmol (Copenh) 63. 59-64
- 15) Le Mesurier R., Vickers S, Booth-Mason S Chignall A.H. Aphakic Retinal Detachment. Br J Ophthalmol. 1985;69:737-741



- 16) Lincoff H.A; McLean J.M: Cryosurgical treatment of retinal detachment. *Transation of de American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology*, 1960, 70:202-211
- 17) Michaelson I.C; Stein R., Barkai S. et. al. (1969)A Study in the Prevention of the Retinal Detachment and *Ophthalmol* 1: 49-55
- 18) N.E: The Natural History of Senile Retinoschisis *Trans. Am. Acad. Ophth & Otol* 1976. 81:458.
- 19)Percival S.B. Anand V., Das S;K. Prevalence of Aphakic Retinal Detachment, *Br. J. Ophthalmol* 1983;67:43-45
- 20) Ross W. y cols: Traumatic Retinal Dyalisis, *Arch Ophthalmol Aug* 1981 (99) 1371-74.
- 21) Rosner M Treister G; Belkin M: (1987): Epidemiology of Retinal Detachment in Childhood and Adolescence. *Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus* 24 (L):42-44.
- 22) Schepens C.L; Marden D:: Data on de Natural History of Retinal Detachment I Age and Sex Relationships. *Arch. Ophthalmol* 1961;66:631-642.
- 23) Sellors P.J., Mooney D :Fundus Changes after Traumatic Hyphema *Br. J: Ophthalmolo* 57:600. 1973.
- 24) Straatsma, B;R.; Seegen,P;D.; Foss, R;Y. et. al.: Lattice Degeneration of the Retina. Jackson Memorial Lecture *Trans Am. Acad. Ophth & Otol* 1974; 78:87.
- 25) Tasman, William; Jaeger Edward A.; Duane's Clyncial Ophthalmology Philadelphia, ed J:B; Lippincott Company, 1992.
- 26) Tasman, W.; Shields, J;A.; Disorders of the Peripheal Fundus; Degenerative Conditios. Harper & Row Publ. Hagertwon, Maryland, 1980 169-212.
- 27) Torquist R: (1987): Retinal Detachment *Acta Ophthalmologica* 65 (1987) 213-222
- 28) Wetsin P;D; Thatcher D;B.; Christianson J;M: The intracapsular versus the extracapsular cataract technical in teh relationships to retinal problems *Trans Am. Ophthalmol Soc* 1979;77:339-347.
- 29) Wilkes S;R; Beard C;M.; Kurland L;T.; Robertson D;M; & O'Fallon W;M: (1982) The Incidence of Retinal Detachment in Rochester, Minnesota, 1970-78 *Am. J: Ophthalmol* 94:670-73.
- 30) Yanoff, M.; Fine, B;S:: Ocular Patology Harper & Pow Publ. 2da. ed.: Philadelphia, 1982 pp 504-514 y 563-573.