

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA
ESTADÍSTICA DE CIEN CASOS OPERADOS
POR EL MÉTODO DE GUIST

RAMÓN CASTROVIEJO, JR. (NEW YORK).



Tirada aparte

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA: ESTADÍSTICA DE
CIENTOS CASOS OPERADOS POR EL MÉTODO DE GUIST (1)

RAMÓN CASTROVIEJO, Jr. (New York).

En 1913 Vail (de Cincinnati) presentó una estadística que mostró claramente el estado en el que se encontraba entonces el problema del tratamiento del desprendimiento de la retina; de 281 respuestas de oculistas de los Estados Unidos a los cuales pidió informes acerca de su experiencia en la curación de casos de desprendimientos retinianos, 250 contestaron que no habían visto ni un solo caso curado ni por tratamiento médico ni quirúrgico; de los 31 restantes 25 curaron un enfermo cada uno, obteniendo en total una estadística de menos de 1 por 1.000 de curaciones permanentes. Vail afirmó entonces que todo tratamiento vigoroso para el desprendimiento de la retina debía abandonarse hasta encontrar *una cura que curase*. Después que Sourdille y Gonin dieron a conocer sus procedimientos curativos quirúrgicos para el desprendimiento de la retina, utili-

(1) V. T. Res., pag. 152-155.

zando el primero la reacción producida por irritantes químicos y el segundo el termocauterio para obturar la rotura o roturas retinianas, numerosas comunicaciones han enriquecido la literatura oftálmica con estadísticas sorprendentes por el alto número de curaciones obtenidas.

En los enfermos operados en el Instituto Oftálmico del Medical Center, Columbia University, utilizando el método de Gonin, los resultados obtenidos no fueron tan optimistas como los publicados por otros colegas, especialmente europeos. Una encuesta llevada a cabo por el Dr. Mc. Keown entre oftalmólogos americanos, mostró que en las mejores estadísticas el número total entre los casos curados y los mejorados no pasaba de un 10 a un 15 por 100.

Este desacuerdo entre las estadísticas europeas y el obtenido en Norteamérica quizá sea debido a que en éstas se incluyeron probablemente casos muy antiguos de desprendimientos retinianos que presentaban pocas probabilidades de curación; ahora bien; el procedimiento de Gonin requiere no solamente la selección cuidadosa de enfermos que ofrezcan probabilidades de éxito operando con este método, sino que también una gran precisión operatoria, además de que hay casos en los que la rotura retiniana es muy grande o es imposible localizarla, haciendo, por lo tanto, la operación irrealizable con arreglo a la técnica de Gonin.

Desde septiembre de 1931 100 casos han sido operados por los miembros de la Facultad del Instituto Oftálmico de New York, utilizando el procedimiento de las esclerectomías múltiples y cauterización con la potasa (método de Guist); las técnicas de localización de la rotura o roturas retinianas son suficientemente conocidas y el problema de la etiología y patogenia del desprendimiento de la retina es objeto de comunicaciones especiales y muy completas en el presente Congreso, así como la historia del tratamiento médico y quirúrgico; por lo tanto, no hago más que mencionarlo.

El presente trabajo se limita a presentar nuestra experiencia después de operar 100 casos por el método de Guist para que sirva de comparación con otras estadísticas que se presentan en el Congreso utilizando el mismo u otro de los métodos operatorios modernos (1).

(1) Los que quieran estudiar con más detalles las historias clínicas de los enfermos que han sido utilizados para hacer nuestra estadística, pueden consultar el trabajo del Dr. H. S. Mc. Keown, publicado en "Archives of Ophthalmology", en el número de Enero de 1933.

TÉCNICA DE LA OPERACIÓN

La pupila debe estar bien dilatada con atropina y adrenalina si es necesario; el ojo anestesiado, con holocaína al 2 por 100. Inyectando una solución de novocaína al 2 por 100 en el músculo o músculos que correspondan al campo operatorio, se conseguirá aumentar la anestesia al mismo tiempo que se hará más fácil la rotación del globo ocular. Una vez incidida la conjuntiva y el músculo o músculos rectos necesarios para exponer más ampliamente el campo operatorio, se marca la esclerótica con un trepano de 1,7 mm. en toda la extensión del desprendimiento retiniano teniendo cuidado que las trepanaciones estén muy próximas (de 1,5 mm.); el disco trepanado se separa de su base de implantación ayudado con unas pinzas y un cuchillete Ziegler o un querátomo, teniendo cuidado de no traumatizar la coroides (fig. 1), la cual, de este modo expuesta, es tratada con el lápiz Koh en cada perforación durante 2 o 3 segundos, neutralizando inmediatamente con una solución de ácido acético a $\frac{1}{2}$ por 100. Después se perforan con una sonda cónica un número suficiente de trepanaciones uniformemente espaciadas con objeto de dar salida a todo el líquido almacenado en el espacio subretiniano (figura 2). El músculo o músculos rectos que se habían separado de su inserción se suturan, se cierra la herida conjuntival y se aplica después un vendaje binocular guardando el enfermo cama con la mayor quietud posible durante varios días.

Desde septiembre de 1931 hemos operado 100 enfermos y los resultados se han clasificado con arreglo al éxito operatorio en curas, mejoras y fracasos. Hemos considerado como curas los casos en los cuales la retina ha vuelto a su posición normal obteniendo por lo menos $\frac{1}{5}$ de agudeza visual; los casos mejorados son los que a pesar de obtener una buena adaptación de la retina a coroides no se ha mejorado la visión; los fracasos son aquellos en los que la retina ha permanecido desprendida o se ha vuelto a desprender después de un corto período de aparente cura. La estadística de los 100 casos es la siguiente:

Curas	39 %
Hombres	63 "
Mujeres	37 "
Ojos derechos	57 "
Ojos izquierdos	43 "
Miopía	66 "
Hipermetrópia	5 "
Emetrópia	21 "
Afaquia	8 "

En esta estadística se han incluido enfermos operados cuya edad oscilaba entre 8 y 73 años, y tanto el niño de 8 años como el viejo de 73 años se han curado utilizando el método de Guist. Tres casos en los cuales el procedimiento de Gonin había fracasado fueron curados todos con éxito por la operación de Guist.

Mencionaremos ahora algunos accidentes que han ocurrido durante la operación que sin duda han sido los responsables de algunos de los fracasos. En algunos casos se presentó algo de edema corneal y marcada reacción inflamatoria de la conjuntiva y tejidos subconjuntivales debido a un tratamiento excesivo por el cauterio químico. Cuando se emplea el Koh debemos tener en cuenta que el lápiz de potasa es muy higroscópico y por esta razón el orificio de trepano que se va a cauterizar, así como el lápiz de Koh, deben secarse antes de hacer la aplicación. En un caso de desprendimiento bastante extenso en el que se hicieron 29 trepanaciones, resultó una hipotonía del globo ocular que persistió durante 7 meses. Cuando el desprendimiento es tan extenso y es necesario tenotomizar músculos rectos, la re inserción del músculo al tendón debe hacerse con mucho cuidado para evitar después desequilibrios musculares. En el momento de vaciar el espacio subretiniano de líquido, hay que tener mucho cuidado de usar dilatadores de punta roma para separar los vasos de la coroides en lugar de cortarlos con instrumentos afilados evitando de este modo hemorragias. Un instrumento afilado se utilizó en algunos casos, lo que dió por resultado hemorragias en el vítreo y, naturalmente, fracaso operatorio.

Anteriormente hemos mencionado casos que se trataron con exceso, pero tampoco hay que caer en el defecto contrario de no cauterizar bastante, pues en algunos casos en el que el tratamiento se llevó a efecto en esta forma, la retina se desprendió de nuevo y hubo que aconsejar al enfermo una segunda intervención. Algunos casos han sido operados dos veces, y un caso, tres. El número de veces que un ojo puede ser operado lo muestra un artículo reciente de Arruga, quien tuvo que operar a un enfermo siete veces antes de obtener una adherencia completa de la retina a su posición normal. La experiencia que hemos adquirido al tratar los primeros 100 casos nos ha enseñado que el tratamiento postoperatorio tiene una gran importancia. Nuestros enfermos permanecen en cama con los dos ojos vendados de 18 a 21 días. La primera cura se hace 3 días después de la operación y las curas posteriores se hacen un día sí y otro no, instilando atropina en el ojo operado en cada cura. Después de la operación se le da al enfermo todas las noches una dosis ligera de cáscara

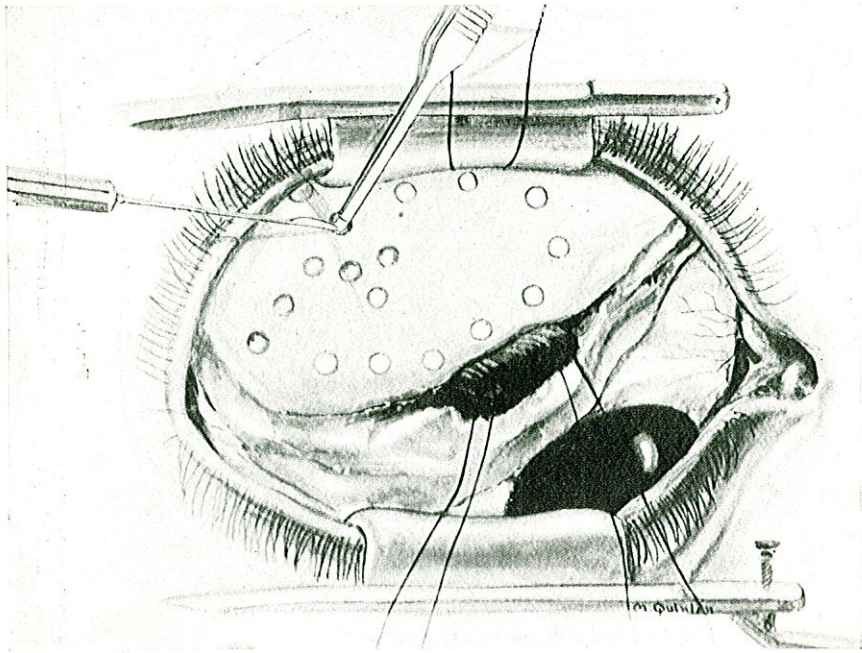


FIG. 1.
Separación de los discos de esclerótica tallados con el trépano.

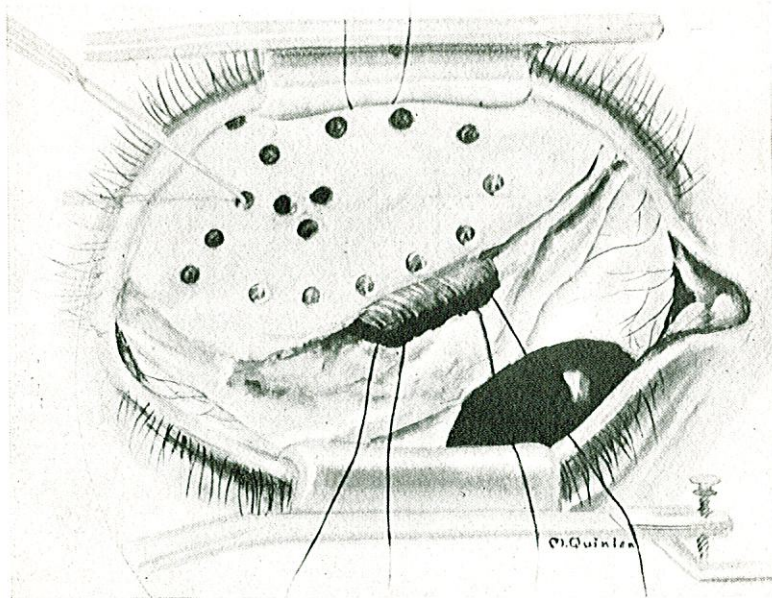


FIG. 2.
Perforación de la coroides para vaciar el líquido subretiniano.



FIG. 3.
Desprendimiento de retina con rotura pequeña.



FIG. 4.
Desprendimiento de retina con rotura grande, difícil de curar utilizando el método de Gonin, y tratado con éxito con el método de Guist.



FIG. 5.
Desprendimiento de retina con desinserción de la ora serrata, tratado con éxito
por el método de Guist.

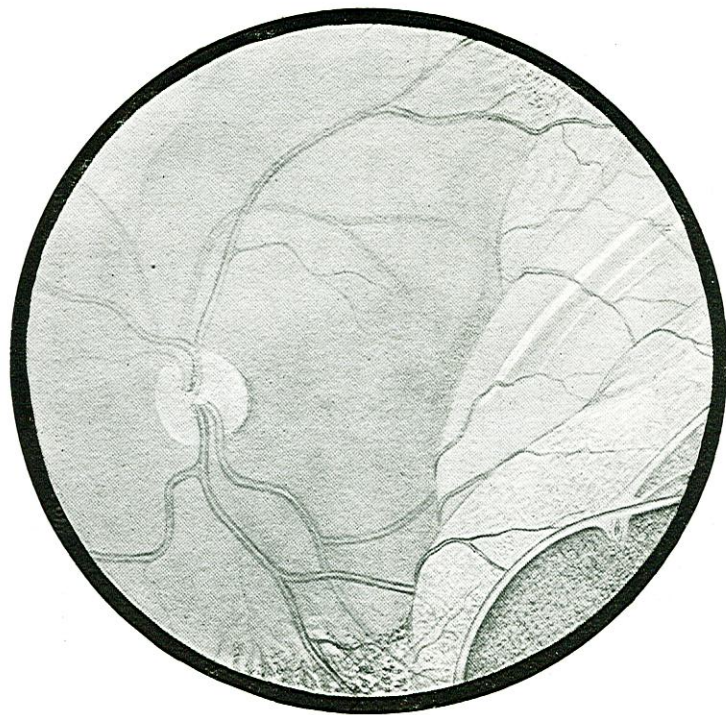


FIG. 6.
Caso parecido al anterior, también curado por el método de Guist.

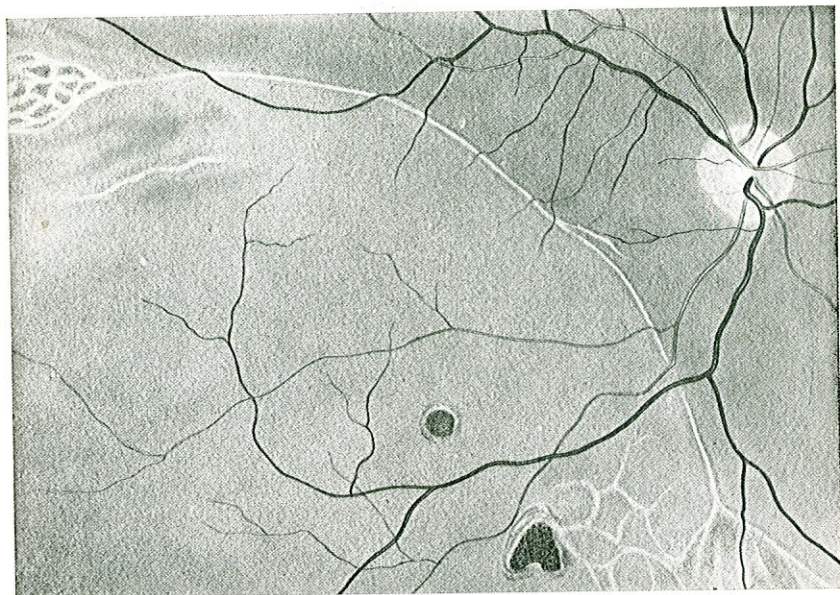


FIG. 7.
Desprendimiento plano de la retina antes de la operación.

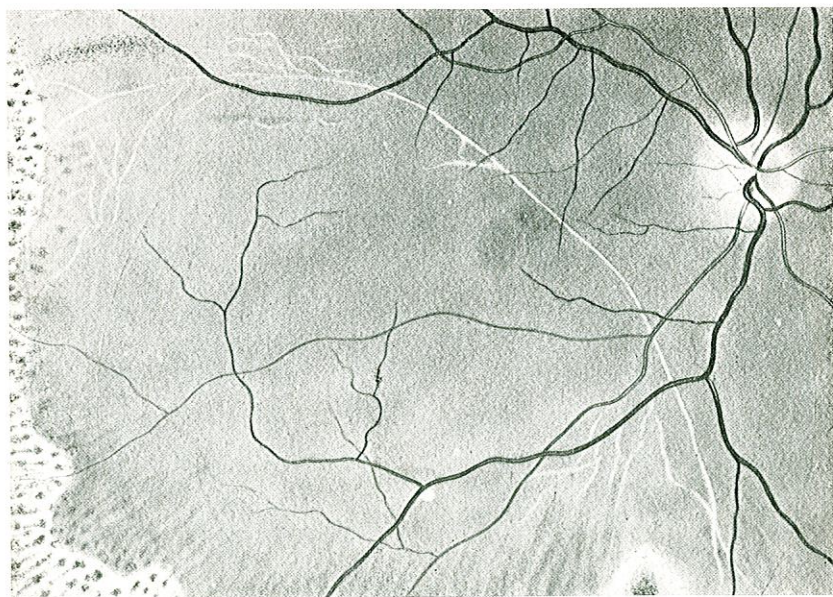


FIG. 8.
El mismo caso de la fig. 7, después de la operación de Guist.



FIG. 9.
Desprendimiento de la retina con degeneración quística de la ora serrata,
antes de la operación.



FIG. 10.
El mismo caso de la fig. 9 después de la operación de Guist.

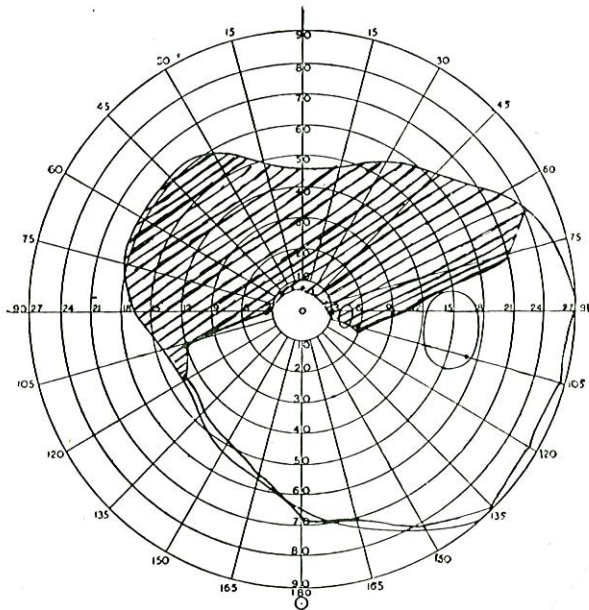
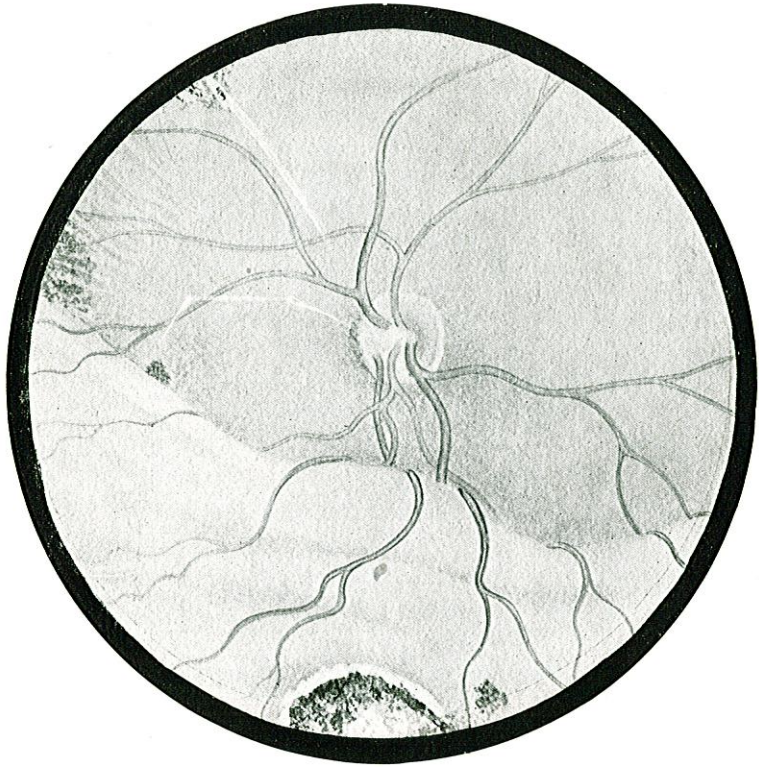


FIG. 11.

Fondo y campo visual de un enfermo con desprendimiento de la retina, después de haber sido operado por el método de Gonin.

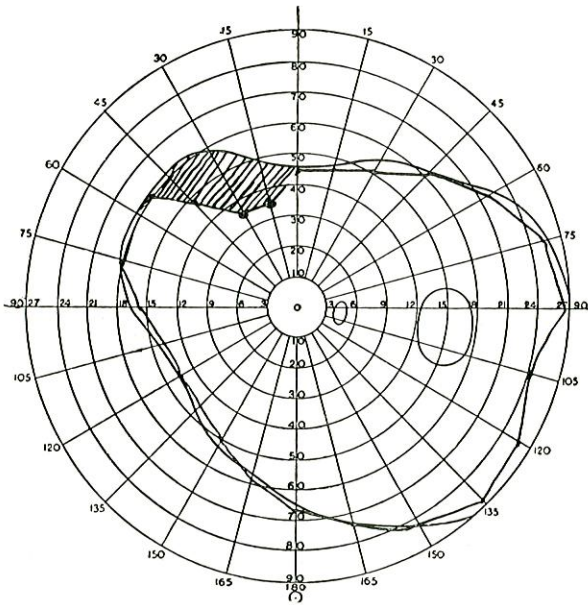
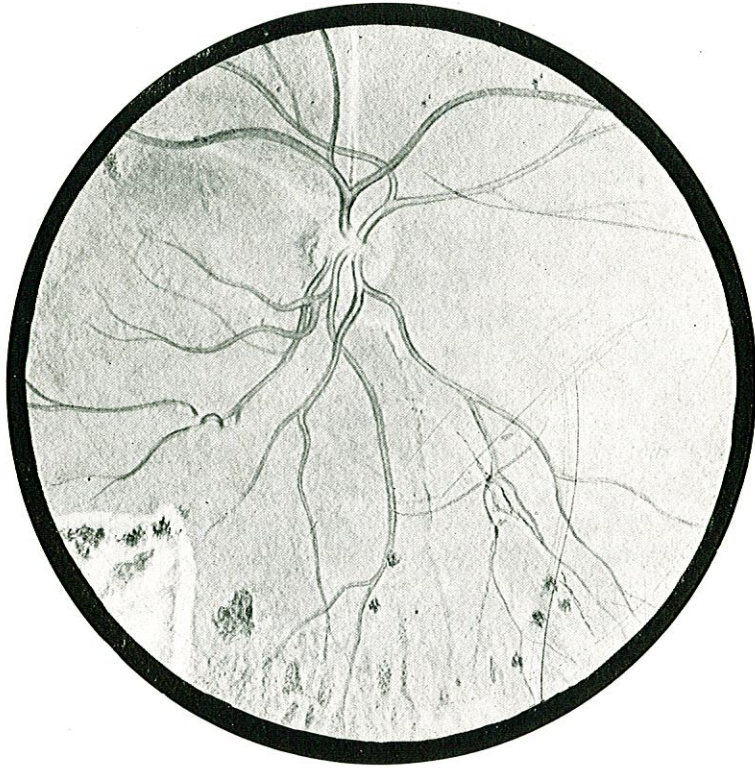


FIG. 12.

El mismo caso de la fig. 11 después de operado por el método de Guist. Obsérvese el escotoma en el campo visual, probablemente producido por la cicatriz dejada después de la operación por el método de Gonin.

sagrada y por la mañana una dosis ligera de leche de magnesia seguida de un enema de aceite que es retenido durante una hora, lo cual produce una evacuación blanda y sin ningún esfuerzo por parte del enfermo. También hemos observado que se tiene un tanto por ciento mayor de curas en los casos particulares que permanecen hospitalizados en habitaciones individuales, sacando la conclusión de que el acumulo de enfermos aumentaba la confusión en las salas, teniendo una influencia directa en el proceso de cicatrización del ojo. Algunos enfermos permanecieron en el hospital 4 semanas y otros, 5, particularmente aquellos menos inteligentes en los que se temía que el enfermo podría dedicarse en su casa a actividades perjudiciales para el normal curso postoperatorio.

En lugar de presentar ahora todas las historias clínicas de los enfermos, las cuales pueden ser por otra parte estudiados con detalle en el trabajo del Dr. Mc. Keown, publicado en *Archives of Ophthalmology* en el número de enero de 1933, no haremos más que presentar a continuación algunos dibujos y campos visuales de los enfermos más interesantes.