

COLOQUIO SOBRE MIOPIA

SEXTA SESION

Presidente: Doctor **JORGE VASCO POSADA**

Coordinador: Doctor **ZOILO CUELLAR**

Secretario: Doctor **FEDERICO SERRANO**

Viernes 3 de noviembre de 1972.

DOCTOR JORGE VASCO POSADA (Medellín)

La directiva está compuesta por el coordinador, Zoilo Cuéllar, el secretario, Federico Serrano, y mi persona, Jorge Vasco Posada, como presidente.

Empieza la sesión el doctor Enrique Ariza con su trabajo "Tratamiento de las perforaciones de la mácula en la Miopía".

EL TRATAMIENTO DE LOS DESPRENDIMIENTOS DE RETINA POR PERFORACION MACULAR EN LOS OJOS MIOPESES

ENRIQUE ARIZA, M. D. (Bogotá)

El desprendimiento de la retina por perforación macular en el ojo miope implica un altísimo grado de dificultad terapéutica.

Este trabajo tiene como propósito considerar dichas dificultades y revisar algunas soluciones propuestas.

Las perforaciones maculares deben clasificarse en dos clases:

1º LAMINARES (o parcialmente perforantes).

2º PENETRANTES (o de todo el espesor retinal).

COLOQUIO SOBRE MIOPIA

Las primeras rara vez precisan tratamientos profilácticos. Las segundas necesariamente lo exigen.

No obstante la importancia del diagnóstico correcto, la diferencia entre perforación laminar y ruptura penetrante conlleva gran dificultad debido a que no hay un procedimiento que permita siempre resultados exactos.

El aspecto morfológico de la lesión, la historia clínica de su aparición (trauma, herencia, etc.), su evolución, la fluoresceinografía, la fotografía infra-roja, la ecografía seriada o tomoecografía, etc., son de invaluable ayuda pero no son procedimientos-diagnósticos completamente confiables.

Lo anterior explicaría la gran discrepancia estadística en la frecuencia del agujero macular penetrante, que tanto se observa en la literatura actual y cuya discusión no es tema de la presente nota.

Si aceptamos los anteriores postulados, la perforación penetrante de la mácula en el ojo miope, obviamente ofrece mayores problemas diagnósticos y terapéuticos puesto que a los ya señalados añade:

1º Pobre contraste del polo posterior a la oftalmoscopia, y

2º Estafilomas posteriores presentes en la mayoría de las altas miopias.

Revisemos a continuación algunas de las técnicas propuestas para tratar las perforaciones maculares penetrantes y su aplicación en el ojo miope.

1º *Diatermia trans-escleral bajo control directo*

Este procedimiento señalado ya en 1935 por Strampelli y altamente perfeccionado en la actualidad gracias al equipo construido por el laboratorio Optikon, bajo indicación de los profesores Strampelli y Barraquer, consiste en localizar y tratar la perforación macular mediante un electrodo que combina la depresión escleral, la trans-iluminación y la diatermia trans-escleral.

2º *La bolsa escleral ("poche escleral") posterior*

Propuesta por Paufigue, es un procedimiento intra-escleral que consiste en diseccionar un bolsillo escleral en el polo posterior del ojo, llenarlo de una tira de esclera preservada, y finalmente fotocoagular la perforación en contacto con el epitelio pigmentario, gracias a la indentación esclero-coroidea así obtenida.

EL TRATAMIENTO DE LOS DESPRENDIMIENTOS DE RETINA

3º *Las imbricaciones de esclera total usando exoimplantes*

Propuestas por los seguidores de las técnicas de Lincoff, Norton, etc., consisten en tratar la perforación mediante Criopexia bajo control directo y a continuación fijar al polo posterior un exoimplante de material duro (bloque de silicona), según las preferencias de sus advogados.

4º *Resección escleral laminar*

Este procedimiento empleado por Little en la forma de resección de todo el espesor escleral en el tratamiento del desprendimiento de retina y posteriormente por José Barraquer en la forma laminar igualmente para reducir la superficie del globo ocular en el desprendimiento de la retina o para disminuir las tracciones vítreo-retinianas en los ojos míopes. Es utilizado igualmente en la actualidad por Muñíos, para reaplicar las perforaciones maculares en todo tipo de globos oculares y a continuación fotocoagularlas con lámpara de Xenon.

5º *El gancho depresor de KLOTI*

Este procedimiento de indentación temporal trans-escleral posterior consiste en la fijación al globo ocular de un anillo combinado con una pieza depresora del polo posterior, cuya longitud se prefiija mediante un compás, o mejor aún, por Ecografía como lo hace Domínguez.

El área macular se trata mediante Criopexia (Domínguez) o fotocoagulación (Kloti) y el gancho depresor debe retirarse a las dos semanas de haberse colocado.

6º *El depresor trans-escleral de Refojo*

Aún en etapa experimental este ingenioso exoimplante escleral, consiste en un parche de silicona semi-rígida en una de cuyas caras está adosado un pequeño balón de látex de silicona que puede inflarse a voluntad mediante un cateter incorporado al conjunto anterior.

El parche se fija en la superficie escleral posterior del globo o dentro de sus láminas dejando el balón en contacto con la esclera. A continuación se infla el mismo con aire hasta obtener la readaptación de la mácula perforada o desprendida.

Se procede luego a fotocoagular el agujero macular o según el caso ya se ha tratado precisamente el mismo mediante Criopexia trans-escleral bajo control oftalmoscópico directo.

COLOQUIO SOBRE MIOPIA

DISCUSION:

Como vimos al iniciar el presente análisis, las principales dificultades terapéuticas que enfrentamos al tratar las perforaciones maculares en los ojos miopes radica en los siguientes puntos:

1º Dificultad en diagnóstico exacto de agujero macular penetrante en el ojo miope.

2º Mal contraste del polo posterior debido a esclerocoroidosis miópica concomitante.

Por consiguiente, un procedimiento ideal para tratar las perforaciones penetrantes maculares con desprendimiento de retina en los ojos miopes debe reunir las siguientes características:

1º Localización exacta de la perforación mediante un instrumento que realice simultáneamente las funciones de identador, transiluminador y marcador.

2º Irritación del epitelio pigmentario mediante diatermia, crio o fotocoagulación; en algunos casos los procedimientos señalados pueden o deben combinarse.

3º Identación trans-escleral de volumen controlable a voluntad y de duración suficiente prolongada para permitir la readherencia de la mácula desprendida.

Nuestra presente opinión es que un instrumento de Criopexia con trans-iluminador y marcador diatérmico en su punta similar a Strampelli Barraquer, llenaría las primeras condiciones en los ojos miopes.

La diatermia, la crio o fotocoagulación solas o combinadas pueden producir la irritación necesaria para readherir la mácula perforada y desprendida con o sin evacuación del líquido subretinal según los casos.

Finalmente, puesto que la mayoría de las perforaciones maculares en miopes se presentan en ojos con elongación del diámetro antero-posterior, será de gran utilidad el exoimplante de Refojo, por tener la característica única de permitir la graduación a voluntad del tamaño de la identación (puesto que el balón de látex se dilata bajo control oftalmoscópico directo) hasta obtener la readaptación macular deseada.

EL TRATAMIENTO DE LOS DESPRENDIMIENTOS DE RETINA

RESUMEN:

Se analizan las dificultades generales inherentes al diagnóstico y tratamiento de las perforaciones maculares penetrantes con desprendimiento de retina.

Se evalúan con relación a los ojos miopes.

Se señala la terapéutica que en la actualidad consideramos ideal.

DOCTOR VASCO POSADA:

Consideración del trabajo del doctor Ariza; si hay alguna pregunta, o alguna sugerencia, o alguna observación.

DOCTOR JOSE I. BARRAQUER:

¿Cuánto tiempo dejan el balón de Refojo?

DOCTOR ARIZA:

El balón de Refojo se ha utilizado hasta ahora experimentalmente en la Retina Foundation, del doctor Schepens, que lo ha utilizado en algunos casos muy malos. Ellos piensan que la silicona en forma de balón es una membrana semi-permeable y que el aire en la mayoría de los casos debe reabsorberse, y que, puesto que ha probado hasta ahora ser un material inerte, no precisa ser retirado de su sitio.

DOCTOR BENITO COVELLI:

Doctor Ariza, quería preguntarle qué tan frecuentemente se encuentra el agujero macular en la miopía.

DOCTOR ARIZA:

Ese punto fue el que nosotros queríamos precisar porque en la experiencia de la mayoría de los retinólogos el agujero macular constituye un problema muy grave; y en nuestra experiencia y algunos otros que hacemos cirugía de la retina no es una experiencia tan frecuente.

COLOQUIO SOBRE MIÓPIA

Nosotros pensamos que la dificultad está en el diagnóstico exacto de la perforación penetrante de la mácula, y que la mayoría de los casos que hoy se califican como perforación macular, sea en ojos miopes o no miopes, son mal diagnosticados. Las pruebas que señalé previamente no son definitivas, y por esta razón tenemos que aceptar que aunque es rara la circunstancia de un desprendimiento de retina en ojo miope por perforación macular, cuando se encuentra, el cirujano francamente se halla comprometido; de ahí mi propósito de presentar algunas de las soluciones que puedan ayudarnos en un caso raro pero difícil de resolver.

PROFESOR FRANÇOIS:

Creo que estamos completamente de acuerdo. Si tomamos una muestra de población general y examinamos a los miopes comprendidos en ella, el agujero laminar es la lesión más frecuente, y el agujero laminar no requiere tratamiento ni preventivo ni curativo. Los agujeros maculares verdaderamente perforantes son muy raros. Pero creo poder decir que cuando el oftalmólogo se encuentra frente a un agujero macular verdaderamente perforante puede estar casi seguro que el paciente es un miope; es justamente en los miopes en quienes se encuentran agujeros maculares verdaderamente perforantes.

DOCTOR VASCO POSADA:

El segundo trabajo es presentado por el doctor Angel Hernández.

TENSION OCULAR Y AMETROPIAS

DOCTOR ANGEL HERNANDEZ L. (Bogotá)

OBJETO DE INVESTIGACION:

Observar el comportamiento tensional de las ametropías bajo la acción de los fármacos: Pilocarpina, Glauconal y Atropina.

Material y Métodos:

- a) Material; Miopías superiores a -6.00 dioptrías.
Miopías inferiores a -6.00 dioptrías.