

LA LEY DE MINIMA AGRESION EN EL TRATAMIENTO DEL D.R.

ANTONIO PIÑERO CARRION
Sevilla (España)

Ante un problema clínico que plantea nuestra intervención quirúrgica podemos adoptar dos posturas para su solución; una, que podríamos llamar conservadora en la que la conducta comienza poniendo en marcha, de menor a mayor, los medios adecuados, y otra más tajante y radical que actúa "ex toto corde", aplicando de primera intención todo el arsenal terapéutico.

Es un problema de actitud que se nos plantea en muchas de nuestras decisiones y en muchos aspectos de nuestra actuación vital, tanto en el orden físico como en el moral; por ejemplo, en la educación del niño o en la aplicación de un correctivo ante la falta de un subordinado; podemos templar más o menos en principio nuestra reprimenda "por si con eso basta", o conocedores de la raíz del mal y de su difícil enmienda, comenzar nuestra actuación correctora con una más firme y violenta terapéutica.

El desprendimiento de la retina nos exige una toma de postura ante la cirugía que debemos practicar; y no siempre es fácil; nuestra decisión, bien madurada, debe ser el resultado de un análisis exploratorio completísimo y una valoración de todas las circunstancias que en cada caso se presenten.

Estas palabras de hoy pretenden, además de explicar nuestra postura, razonarla; aportando, si ello es posible, unas claras ideas en cierto modo "codificadas", que nos den la pauta de la gradual aplicación de las medidas quirúrgicas en su justa medida; podríamos decir utilizando el refranero que debemos actuar "sin matar las pulgas a cañonazos", "ni apagar volcanes con regaderas".

ANTONIO PIÑERO CARRION

Nuestra primera afirmación es la siguiente: el oftalmólogo para hacer una justa indicación debe hacer una exploración tan detenida y completa que "llegue a saberse el ojo por dentro", y para ello es absolutamente imprescindible el dominio de la oftalmoscopia binocular de Schepens, instrumento que apoyado en la cabeza, nos deja una mano libre para la identificación, nos dá una imagen del fondo clara y de relieve, visión panorámica y al mismo tiempo detallada; y seguidamente la biomicroscopia con cristal de contacto, que nos dará detalles del vítreo y del fondo y de la génesis y mecanismo de producción de los desgarros. Y todo sin prisa; siempre horas, no minutos; y si es posible con diálogos; más ven "cuatro ojos que dos" y la constatación de lo observado por uno y otro servirá de estímulo para una mejor búsqueda y un hallazgo final de "mapa general del desprendimiento".

Dos factores van a influir en nuestra toma de postura: primero, que de haber una proporción entre la intensidad y extensión de nuestra acción quirúrgica y la extensión y grado de la lesión, y después que no debemos olvidar que con la intervención que decidamos no sólo vamos a intentar solucionar el problema actualísimo de la retina levantada y desgarrada, no vamos sólo a tapar el o los agujeros, sino que el acto quirúrgico nos debe llevar a la solución del problema total de la enfermedad retiniana: estos dos factores influyen sobre el cirujano de modo contrapuesto; el simple taponaje del agujero puede exigir una operación simple en algunos casos, tan simple como una crioterapia transconjuntival; cuando la separación de la retina está previamente vencida y ni siquiera es necesario empujar la pared escleral a la retina, es la mínima agresión; pero ¡cuidado! necesitamos estar firmemente seguros de que en el resto del mapa general no hay nada que nos inquiete ni amenace; y entonces viene la tentación o la duda; ¿Y si nuestra exploración no ha sido completa y se nos ha escapado algo? ¿Y si no basta nuestra mínima agresión? ¿Vamos a exponer al enfermo a una casi cierta reintervención?

Este es el problema, señores, y esta es la tentación en que durante mucho tiempo se viene cayendo con miras absolutamente honradas; el paradigma más clásico lo teníamos en el cerclaje de Arruga, operación que unía a su fácil ejecución y simplicidad su indudable eficacia pero que sin duda se escogía muchas veces ante un inexacto conocimiento de la topografía del desprendimiento; y justo es decirlo; durante muchos años ha curado muchos desprendimientos, aunque ahora estamos comprobando la "erosión" del tiempo, del hilo sobre el globo.

LA LEY DE MINIMA AGRESION

¿Qué hacer pues para decidirnos? Ya hemos explorado exhaustivamente el ojo; ya nos lo sabemos y ante nosotros está dibujado el mapa físico del desprendimiento con todos sus accidentes: valles, montañas, corrientes líquidas y vías de penetración, etc. Debemos ahora "clasificarlos" apoyándonos en los siguientes factores que nos han llegado tras la detenida exploración:

Desgarros: ¿Qué forma? ¿Qué número? ¿Qué tamaño? ¿Agrupados o distantes?

Bolsas: ¿Llega o no llega a mácula?

Retina: Estado de la periferia del ecuador.

Vitro-retina: Transparencia, pliegues, tracciones.

Factores de MIOPIA, AFAQUIA o TRAUMA.

Antigüedad y prueba del reposo.

Diremos casos favorables a aquellos de origen reciente, desgarro único o varios pequeños agrupados, prueba de reposo positiva, medios limpios y ausencia de patología amenazante, o tracciones vitre-retinianas manifiestas.

Serán circunstancias desfavorables: desgarros múltiples en lugar diverso; bolsas extensas que alcancen la mácula; adherencias vitro-retinianas y prueba de reposo negativa; patología ecuatorial o periférica inquietante. Claro es que estas circunstancias no se dan siempre, pero en determinadas formas de desprendimiento suelen agruparse varias de ellas constituyendo ciertos desprendimientos algo específicos en su presentación: los de los grandes miopes, los secundarios a retinitis proliferantes, los extensos traumáticos antiguos y organizados, etc.

Una vez clasificado el desprendimiento estamos en condiciones de hacer la indicación. Y el principio o regla de oro de nuestra actuación podría expresarse así:

"La mínima agresión que nos garantice la máxima eficacia". Tras nuestros años de práctica y hábito y sin que la conducta que exponemos seguidamente, que es la nuestra actual, la consideremos definitivamente anclada en nuestro modo de hacer, sino muy al contrario, dispuesta a rectificarse en el futuro con nuestra experiencia o con la de otros, he aquí cómo nos conducimos:

ANTONIO PIÑERO CARRION

Siempre que tengamos un juicio claro de la topografía de los desgarros, que estamos ciertos que no se acompañan de tracciones vítreo-retinianas o de lesiones periféricas a distancia de las perforaciones bien localizadas, haremos un **IMPLANTE AB EXTERNO**, extraescleral, sin resección, tipo **CUSTODIS LINCOFF**, a ser posible, radial y único, y si no múltiple o paralelo, aplicando crioterapia sobre la región del desgarro, controlando su acción con el Schepens y la indentación durante la criocoagulación y después, como comprobación final de la acción bloqueadora del implante sobre el desgarro. Si en alguno de estos casos, si bien curados, nos queda alguna duda sobre un pliegue más o menos separado que pudiese ser fístula al borde de la indentación, hacemos a los pocos días fotocoagulación adicional sobre la zona indentada y sospechosa de filtraje o fístula; al enfermo no le causa ninguna molestia importante y es de una utilidad extraordinaria como acción completadora.

Si el desprendimiento de la retina tiene una o algunas de las condiciones que lo clasifican desfavorable, entonces deberemos añadir "más" acción quirúrgica de menor a mayor; y nosotros añadimos por este orden:

- a) Una banda de silicona sobre el implante extraescleral de Custodis Lincoff.
- b) Una operación completa de Schepens, es decir, ventana escleral, implante acanalado y banda; cuidando bien de medir la acción constructiva de la banda; para ello utilizamos un compás y con la banda en "reposo" medimos el estiramiento, nunca más de diez milímetros simultaneando la tonometría.
- c) En casos ciegos o casi ciegos un cerclaje de hilo de banda.

Y en todo caso crioterapia a esclera plena y diatermia en el lecho diseccionado, por supuesto cuidadosa y dosificada en máximo control; de no ser así, crioterapia también.

Podíamos hacer así también el resumen de la gradación: Frio, frío e implante extraescleral. Frio, implante extraescleral y banda, Trap-door, implante acanalado, diatermia, banda y punción. Cerclaje de Arruga.

En principio la naturaleza de un desprendimiento de retina regmatógeno, un Custodis-Lincoff es un tipo de intervención que puede resolver cualquier clase de desprendimiento. En líneas generales, esto es obvio, pues

LA LEY DE MINIMA AGRESION

si la causa del desprendimiento está en el desgarro, al "sellar" este desgarro con un implante eliminamos aquella. Al eliminar esta causa, la coroides (que ocupa un papel principalísimo en la producción del desprendimiento) recupera el equilibrio roto, capacidad de secreción, capacidad de reabsorción.

Pero no hay duda que existen circunstancias que nos hacen pensar como más conveniente en un tipo de intervención más "cruenta" que el implante supraescleral; nos referimos concretamente a una intervención tipo Schepens, teniendo en cuenta que siempre procuramos actuar según la ley de la mínima agresión, cuando nos decidimos a llevar a cabo una intervención más drástica, lo hacemos después de considerar meticulosamente varios hechos. Los que de una manera más concreta, tenemos en cuenta, son:

- 1) La edad del paciente: la puesta en marcha de una coroides con fenómenos de esclerosis resulta mucho más difícil, lógicamente, que la de una coroides normal; en lo que se refiere concretamente a la capacidad de reabsorción (que es un fenómeno intrínsecamente activo) esto parece hoy día bastante evidente.

Hemos comprobado el fracaso de algunas intervenciones en personas de edad en las que, a nuestro entender, la colocación del implante supraescleral había sido correcta. La retina persistía durante algunos días con pliegues idénticos a los del período pre-operatorio y al final fracasaba la intervención. Las modificaciones encontradas en el sitio de actuación del implante nos hicieron pensar que predominaba el efecto exudativo de la crioterapia sobre la capacidad de reabsorción de la coroides.

- 2) El estado de la retina de "visu" y su respuesta al reposo: cuando vemos después de diversas exploraciones una retina que ha perdido su transparencia y tonalidad normales, con una consistencia que muestra la pérdida de su flexibilidad, empezamos a pensar que no se le puede pedir una "tendencia" a la reaplicación, aunque nosotros rompamos el desequilibrio con la colocación de un implante supraescleral sobre el desgarro o desgarros. Esto ocurre no sólo en personas de edad, sino también en personas jóvenes con problemas vasculares, o en otras en las que el D.R. tiene una evolución muy larga anterior a la intervención.
- 3) Cuando el examen oftalmoscópico con identificación o la biomicroscopía nos señala la existencia de numerosas zonas de tracción del

ANTONIO PINERO CARRION

vítreo sobre la retina. Si estas zonas se generalizan a casi todo el fondo, nos reafirmamos en la conveniencia de poner un implante intraescleral con banda circular.

- 4) La existencia de zonas amplias degenerativas, al margen de la existencia de uno o varios desgarros; nos referimos, de una manera concreta, a las zonas de degeneración en empalizada, y, en menor grado, a la degeneración pavimentosa.

Si son zonas aisladas de pequeño tamaño, no influyen en este sentido en nuestra conducta, pero si son zonas amplias nos hacen pensar en la conveniencia de ser más "cruentes".

Otro hecho que influye en la proximidad de estas zonas al desgarro, ya que hemos observado que la colocación correcta de un implante supraescleral sobre una rotura de la retina ha provocado de una manera inmediata nuevas roturas en una zona vecina predispuesta.

Esto podía ser un código actuación de menor a mayor ante un desprendimiento de retina; alrededor de ellos modificaciones de técnica, detalles, posturas más o menos diversas de los implantes, en arco, radiales, paralelos, largos sobre casi dos cuadrantes bajo un recto, etc. Y siempre que se pueda, abstenerse de puncionar.

Es cierto que aplicando este código de actuación de mínima a mayor agresión podemos caer más veces en la reintervención; y es cierto que esos desprendimientos que hemos llamado favorables y que son objeto de un implante de Lincoff o incluso de una crioterapia simple, curarían también con la colocación de un implante acanalado sobre la zona del desgarro, tras haber hecho diatermia en el lecho y colocado después o sin colocarla una banda, con el simple implante intraescleral; sí, hubieran curado y la operación nos deja más tranquilos, pero nadie discutirá que es un trauma muy superior; y algo más ¿estamos ya seguros que al cabo del tiempo esa banda o incluso ese implante intraescleral no "actuarán" en demasía? Por que esponjas de Lincoff no hemos visto penetrar ninguna; pero bandas que rompen la retina, a veces sin provocar desprendimiento, ya hemos visto varias; porque ahora hace dieciocho años de los primeros cerclajes y mucho menos años de que el proceder se universalizara, se repite con mucha frecuencia la frase: vamos a asegurarnos; mejor será añadir un circling; pero aunque nos quedemos más tranquilos por un lado nos nacerá sin duda otra intranquilidad distinta.

LA LEY DE MINIMA AGRESION

SUMMARY:

Retinal detachment demands a decision on the surgery to be practiced; this decision must be the result of a thorough exploratory analysis and an evaluation of all the circumstances present in each case. To achieve this it is absolutely necessary to master the Schepens binocular ophthalmoscopy and biomicroscopy with contact lens.

The conduct adopted by the author is the following: whenever he has a clear judgement about the topography of a tear, having made sure that they do not occur simultaneously, if with vitreo-retinal tractions or peripheral injuries distant from well located perforations, he makes an ab-externo, extrascleral, desiccated implant of the Custodis Lincoff type, whenever possible radial and single, applying cryotherapy over the area of the tear and controlling its action with the Schepens and indentation, during cryocoagulation and following it.

If in any case considered healed there remains some doubt about the presence of a more or less separated fold, the author performs an additional photocoagulation over this area a few days later.

If the retinal detachment is bad, more surgical action must be taken, adding the following:

- a) A silicone strip over the extraescleral Custodis Lincoff implant.
- b) A complete Schepens operation (scleral window, grooved implant and strip), measuring with a compass the stretching of the strip "at rest"; never more than 10 mm. simultaneously with tonometry.
- c) In blind or almost blind cases, a strip-thread encircling is performed; in all cases total scleral cryotherapy and careful and measured diathermy in the desiccated bed. Otherwise, cryotherapy.

However, undoubtedly there are circumstances which make a more traumatic operation (that is, a Schepens type operation) more convenient than a suprascleral implant, taking into account that the author always tries to act according to the law of minimum aggression, considering carefully several points such as:

1. The patient's age.
2. The state of the retina and its response to rest.

ANTONIO PINERO CARRION

3. The presence of numerous areas of traction of the vitreous over the retina.
4. The presence of wide degenerative areas, besides the existence of one or several tears (palisade degeneration or paving degeneration).

If these areas are small and separated, they do not influence the author's conduct, but if they are more extense he considers the convenience of being more "bloody".

It is true that applying this code of minimum aggression a re-operation is more frequent, but it is just as true that those detachments which improve with Lincoff implants or with a simple cryotherapy would heal placing a grooved implant over the area of the tear after applying diathermy, whether or not a strip is placed with only the intrascleral implant.

Nevertheless, these procedures are much more traumatic and present the possibility of retinal ruptures.

R. J