

EL DESPRENDIMIENTO DE COROIDES DESPUES DE LA OPERACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Dr. CARLOS DANTE HEREDIA GARCIA
Barcelona - España

El desprendimiento de coroides (D. C.) ocurre con mucha frecuencia durante el acto quirúrgico y en el post-operatorio de diversas afecciones oculares; extracciones de cataratas, sobre todo las intracapsulares, operaciones antiglaucomatosas (iridectomias, trepanaciones, etc.), en el desprendimiento de retina (D. R.).

Su pronóstico es más peligroso cuando se presenta tras cirugía de segmento anterior del ojo en contraste con la ordinaria y poco aparatosa evolución, las veces que aparece durante o a continuación del tratamiento quirúrgico del D. R.

En términos generales y remontándonos a lo histórico, recordamos que la primera publicación alusiva a la formación de un D. C. consecutivo a una operación intraocular fue reportada por Knapp en el año 1858. Knapp perfiló su diagnóstico histológicamente, pues se llevó a cabo en un globo ocular erróneamente enucleado tras el establecimiento de un desafortunado diagnóstico de presunción que indujo a pensar en el observador u observadores, que se trataba de un ojo afectado de melanoma maligno de coroides.

En cirugía de polo anterior, el D. C., tiene como singular característica, entre otros signos, la hipotonía ocular y, esencialmente, el aplastamiento o colapso de la cámara anterior denominado atalamia, por algunos autores. Se debe a una inhibición secretoria del humor acuoso por desplazamiento del vítreo hacia delante. Este último arrastra tras sí a la corior retina creándose, consecuentemente, un espacio virtual supracoroideo que se llena por trasudado de los vasos de la coroides con el propósito de regularizar el tono y volumen ocular. En

cuanto a tratamiento médico, al principio se impone luego de un diagnóstico exacto, vendaje semi o compresivo, curas de calor (rayo infrarrojos con dilatación pupilar permanente, etc.), osmoterapia (urea, acetazolamida, manitol, etc.) y la espera prudente y desconfiada. Si transcurrido el breve plazo establecido no se logra la normalización tensional ni la reformación camerular, (4 o 5 días), el tratamiento quirúrgico inmediato es de rigor. En estas circunstancias la esclerotomía posterior es indiscutible, su finalidad consiste en evacuar el líquido (trasudado como ya dijimos), que quedó coleccionado en el espacio despegable supracoroideo. De no elaborarse un diagnóstico y tratamiento correctos, a su debido tiempo, el riesgo de producirse un glaucoma secundario o marcada hipertensión ocular como complicaciones infaustas, es muy alto.

Su génesis radica en la formación de goniosinequias y sinequias anteriores, consecutivas al prolongado colapso de las cámara anterior. La posibilidad de una amaurosis permanente e irreversible, no sería extraña.

Existen otras complicaciones en cirugía de segmento anteriores que también cursan con atalamia pero su sintomatología acompañante es diversa así como también es diverso el tratamiento de elección. Citamos, entre otras, la incisión filtrante cuyo test de Seidel confirma el diagnóstico diferencial, el bloqueo pupilar en el que hallamos una marcada hipertensión ocular, intenso dolor punzante óculo-orbitario ipsilateral que nos ayuda notablemente a concretar un diagnóstico certero; el mal llamado glaucoma maligno que debiera llamarse bloqueo vítreo ciliar, término que expresa con mayor exactitud su mecanismo etiopatológico. Aflora casi siempre este último en ojos recién operados de glaucoma, por cierre angular, la mayoría de las veces, excelente pista diagnóstica.

Volviendo al D. C. en la cirugía del D. R., añadimos que la primera observación y descripción de esta entidad fue reportada por Coppez en el año 1940, en un ojo afáquico de un paciente de 65 años de edad, cuyo D. R. había sido tratado mediante diatermocoagulación.

El cuadro transita, generalmente, con muy poco o ningún dolor, aún así, este último puede provocarse tras compresión digital, la presión ocular a menudo es normal y si varía lo hace con muy poco significado clínico. La cámara anterior permanece inmodificable, el cuadro remite alrededor de 1 a 1 mes y medio,

EL DESPRENDIMIENTO DE LA COROIDES

aproximadamente, y rara vez deja secuelas. En ocasiones la pigmentación residual muy tenue, a nivel coriorretinal, puede contribuir a realizar un atinado diagnóstico retrospectivo. No obstante, cuando el D. C. es muy amplio, se extiende a polo posterior y se gestan pigmentaciones secundarias, si estas alcanzan al área macular, se explicaría la permanente merma de agudeza visual.

Siendo la afección asintomática en casi su totalidad, la oftalmoscopia, biomicroscopia, transiluminación, ultrasonografía, angiografía, fluoresceínica y la historia, son imprescindibles recursos para confirmar el diagnóstico preciso.

Con referencia a la etiología, son numerosísimos los factores fisiopatológicos que se han invocado hasta el presente. Algunos autores arguyen el origen a causas generales (diabetes, senilidad, hipertensión arterial, virosis...), otros lo enfocan desde el punto de vista local y proponen como doctrinas etiopatogénicas a la afaquia, obstrucción de las venas vorticosas comprimidas por el cerclaje o procedimientos parciales —custodis, trap-door, etc.— que dificultan el drenaje de retorno o **vis a tergo** de la circulación coroidea, alta miopía, drenaje del fluido subretinal que produce brusca hipotonía y hemorragia, sección de las arterias musculares, crioterapia sobredosificada, etc.

El D. C. puede originarse ya durante el acto operatorio o inmediatamente después. La otra modalidad o variante es el D. C. que aparece después de transcurrir varios días de la intervención.

Tanto el D. C. preoperatorio como el postoperatorio que acabamos de clasificar, tienen como características inmanentes su gran polimorfismo (planos, cupuliformes, temporales, anulares rodeando toda la periferia...), normalmente son de tonalidad achocolatada; si existe marcada serosidad, la transiluminación será negativa, debido a esta peculiaridad cromática, sin embargo, cuando impera la intensa hemorragia y acentuada densidad, la diafanoscopia es marcadamente opaca. En nuestra modesta experiencia, la ultrasonografía y transiluminación son de incalculable valor cuando existe turbidez vítrea.

Desde el mes de enero de 1977 hasta enero de 1980, hemos seguido muy de cerca la evolución de 150 enfermos operados de D. R. por nosotros, que presentaron D. C. postoperatoriamente. El estudio se llevó a cabo en el Centro e Instituto de Oftalmología Barraquer de Barcelona, España.

De nuestra observación, hemos entresacado las conclusiones siguientes:

CARLOS DANTE HEREDIA GARCIA

- 1) El desprendimiento de coroides después de la operación de retina se observa mejor hoy día, gracias a los modernos métodos de exploración (oftalmoscopia binocular, microscopia binocular con lente de contacto o biomicroscopia del fondo de ojo, angiofluoresceinografía, diafanoscopia,ect.) y la historia clínica.
- 2) El 65% de los D. C. aparecen en personas mayores de 55 años, sin importancia del sexo, podría expresarse teóricamente, que su frecuencia aumenta con la edad.
- 3) Su incidencia es mayor en los ojos afáquicos (37%) en los cuales existe también, mayor incidencia de D. R. (de 1 a 5%). La miopía, hipermetropía y emetropía no influyen para nada en su enraizamiento.
- 4)) Tanto la diatermia como la crioterapia son tributarias de dar lugar a la afección en proporciones iguales.
- 5) Los métodos de indentación (cerclaje, custodis, trap-door y demás), han sido los mayormente empleados en nuestra casuística.
- 6) En todos nuestros enfermos se practicó una punción evacuadora lo que origina simultáneamente a nuestra humilde impresión, una brusca disminución tensional del globo con disminución de su volumen, hiperemia coroidea y trasudación de líquido seroso que proviene del lado venoso en especial y que llena el espacio supracoroideo, originando el cuadro (hidrops ex vacuo). La rigidez escleral no llega a deprimirse. El D.C. también puede hacer eclusión en casos donde no ha sido preciso recurrir al drenaje del líquido subretinal, no lo negamos o inclusive está descrito y publicado por varios autores.
- 7) Aunque el 65% de nuestros enfermos era de edad avanzada, el hecho de haber drenado en todos nuestros casos y la enorme incidencia del D. R. por encima de los 50 años, salvo excepciones, no nos impulsa a dar como concluyentes las doctrinas cronológicas que sí constituyen una singular importancia, en la cirugía de polo anterior.
- 8) El D. C. secundario a la operación de D. R. no es tan consternante como en la cirugía que requiere la apertura de la cámara anterior. Inclusive hasta

EL DESPRENDIMIENTO DE LA COROIDES

puede ser beneficioso en la evolución postoperatoria del D. R., pues la indentación que produce actúa como si se tratase de un “Custodis o trap-door” de corta duración. Tiempo atrás se intentó producirlo iatrogenéticamente, inyectando sangre en el espacio supracoroideo a través de una esclerotomía emplazada, más o menos, sobre el desgarro, y como si se tratara de una autohemoterapia. Dificultades de diversas índoles, especialmente técnicas, hicieron discontinuar el método.

- 9) Todo traumatismo quirúrgico que perturbe el equilibrio entre la presión intraocular, la presión de las arterias coroides y la presión oncótica, es susceptible de originar un D. C.
- 10) El cuadro remite casi del todo hacia los 2 meses aproximadamente y, en ocasiones, deja una pigmentación característica responsable de disminución visual, cuando radica en el polo posterior, en el área macular especialmente. Caso contrario, la agudeza y campo visual no se afectan para nada.
- 11) Habitualmente es asintomático, la presión ocular suele permanecer estable, no existe aplanamiento camerular y si lo hay es apenas perceptible, es rara la sensación álgida espontánea aunque es posible provocarla mediante palpación digital suprapalpebral.
- 12) Estilamos solo vigilancia estricta y controles especiales.

Ultimamente vamos recurriendo cada vez más a la deshidratación post-quirúrgica, inyectando manitol por vía endovenosa, con lo que se consigue una aceleración marcada en el proceso de reabsorción ya que se logra disminuir la presión y el volumen de los líquidos intraocular y cefalorraquídeo. Al aumentar la osmolaridad del plasma, se tiene la capacidad de aumentar la difusión del agua de estos líquidos hacia el plasma y el espacio extracelular.

Se inyecta por venoclisis de medio a un gramo por kilo de peso, en un período de 30 a 60 minutos. Esta contraindicado en casos de insuficiencia renal grave, insuficiencia cardíaca, congestión pulmonar, insuficiencia hepática (es un alcohol), alergia, etc. Se expende para administración intravenosa en forma de inyección de manitol y CLNA en concentraciones de 5, 10, 15, 20 o 25% de manitol, en volúmenes que varían de 50 a 1.000 ml de agua o de solución de

CARLOS DANTE HEREDIA GARCIA

cloruro de sodio de 0.3 a 0.45 por 100. La hiperosmolaridad (deshidratación) que produce al principio, aumenta los líquidos circulantes; por eso no es aconsejable en los cardiópatas, pues puede provocar una sobrecarga derecha con su respectiva descompensación. Caso contrario, la reabsorción del D. C. en dos, tres días, es a veces espectacular. En ocasiones puede inyectarse la solución hasta tres veces en una semana.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AABERG, THOMAS, M. and MAGGIANO, JUAN: *Choroidal edema associated with retinal detachment. repair: experimental and clinical correlation.* Mod. Probl. Ophthal., Vol. 20, págs. 6-15. (Karger, Basel, 1979).
- 2 ARRUGA, H.: *El desprendimiento coroideo simultáneo con el desprendimiento de retina después de la operacion de catarata.* Arch. Soc. Oftal. H. A. Pág. 119, febrero 1946.
- 3 BARRAQUER JOAQUIN, TROUTMAN R., RUTLLAN JOAQUIN y BINKHORST RICHARD: *Cirugía del segmento anterior del ojo.* Vol. 1, Instituto Barraquer, Barcelona, 1964.
- 4 BERROCAL, JOSE.: *Adhesion of the retina secondary to large choroidal detachment as cause of failure in retinal detachment surgery.* Mod. Probl. Ophthal., Vol. 20. págs. 51-52 (Karger, Basel, 1979).
- 5 GONZALEZ MARIN, PASCUAL.: *Sobre desprendimiento de coroides. Estudio e informaciones oftalmológicas.* Instituto Barraquer, Barcelona, 1953.
- 6 GOODMAN, LOUIS S. y GILMAN, ALFRED: *Bases farmacológicas de la terapéutica.* Quinta edición. Nueva Editorial Interamericana, S. A. México, 1978.
- 7 GERHARD, J. P. et RISSE, J. F.: *Le décollement choroidien postopératoire et la chirurgie chorio-rétinienne.* Mod. Probl. Ophthal., Vol. 20, págs. 53-57 (Karger, Basel, 1979).
- 8 HEREDIA GARCIA, CARLOS DANTE: *Enfoque práctico y estudio comparativo del desprendimiento de coroides secundario al desprendimiento de retina.* An. Soc. Ergof. Esp. 5. págs. 301-306 (1978).
- 9 HEREDIA GARCIA, CARLOS DANTE: *Choroidal detachment seen from a practical point of view.* Mod. Probl. Ophthal., Vol. 20, págs. 58-62 (Karger, Basel, 1979).
- 10 KNAPP, H.: *Die intraoculare Geschwulste.* Karlsruhe C. F. Muller, pág. 173, Feb. 1869.
- 11 POLLALIS, S. and TRAGAKIS, M.: *Idiopathic choroidal detachment.* Mod. Probl. Ophthal., Vol. 20, págs. 23-29 (Karger, Basel, 1979).