

CONSIDERACIONES A LA TECNICA DEL TRAP-DOOR ASOCIADA AL CERCLAJE CON HILO DE ALGODON Y DE VICRYL COMO MATERIALES ABSORBIBLES EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNOS CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Dr. FRANCISCO MATEUS MARQUEZ
Barcelona, España.

La presente técnica quirúrgica la empleamos para tratar buen número de casos de desprendimiento de la retina, con resultados muy satisfactorios (89% de curaciones), a pesar de ser conscientes de que para cada tipo de desprendimiento existen métodos con indicaciones quirúrgicas, más o menos precisas.

Es de conocimiento universal que para tratar la mayoría de los D.R., de origen regmatógeno, se emplean técnicas de invaginación o indentación y que habitualmente conocemos con el nombre de bucles (bucklings). Todas estas técnicas desde que Leber y Gonin atribuyeron la existencia de tracción vítrea y desgarro como factores desencadenantes del desprendimiento de la retina, intentan, desde entonces, sellar todos y cada uno de los desgarros y por otra parte, disminuir la tracción vítrea. Para obtener el primer objetivo, bloqueamos o sellamos el desgarro, mediante diferentes procederes:

Primero la diatermia, que ha sido empleada durante muchos años como única clase de coagulación, vino luego la fotocoagulación xenon, después la criocirugía y la fotocoagulación Láser. A pesar de estos nuevos procedimientos, creemos que la diatermia, sigue ocupando un lugar importante en el tratamiento del D.R., y que cada una de estas innovaciones han contribuido a mejorar los resultados de éxito en dicha cirugía. Asimismo, el desarrollo de la oftalmoscopia indirecta binocular.

FRANCISCO MATEUS MARQUEZ

Para lograr el segundo objetivo, o sea contrarrestar la tracción vítrea, nos valemos de una acción mecánica, empujando de afuera hacia adentro las paredes del globo ocular, desplazando de esta forma a la esclera, coroides y retina hacia la cavidad vítrea.

La cirugía para el tratamiento del D.R., ha tenido un gran avance en los últimos 30 años. Iniciadores del creciente impulso:

Custodis, que preconizó el vaciamiento del líquido subretiniano y el implante de polivinil alcohol (poco tolerado), modificado por Lincoff (esponja de silicona), quien junto con Mc. Lean, introducen el frío como elemento coagulante. Por otra parte Schepens y sus colaboradores, convirtieron la cirugía del D.R., en un tratamiento útil y racional. Con sus técnicas se habló por primera vez de curaciones del 85% y todo el mundo oftalmológico siguió sus ideas. Estas escuelas norteamericanas tienen en la vieja Europa sus antecedentes, en el mismo Schepens, en Paufigue y en Custodis.

Poco tiempo después de las técnicas iniciales, se empezaron a observar sus defectos: infección, erosión escleral, exteriorización de los implantes y problemas oculo-motores. Todas estas imperfecciones han venido siendo corregidas y así el polietileno ha sido sustituido por las bandas de silicona, diseñándose de las mismas una gama de modelo, así como la realización de algunas modificaciones en el instrumento quirúrgico, para llevar a término las modernas técnicas actualmente conocidas.

EROSION ESCLERAL, según los materiales empleados:

Tubo de polietileno (frecuente y peligrosa).

Banda de silicona (posible, no frecuente).

Hilos (frecuente, no peligrosa).

Bandas de teflón o dacrón (rara).

Sustancias orgánicas (ausente).

No se puede dejar de mencionar a Meyer Schwickerath, el cual, con la fotocoagulación ha contribuido mucho en esta difícil rama de nuestra especialidad.

Después siguieron los métodos de las resecciones esclerales, que producen indentación sin el uso de un cuerpo extraño para obtenerla.

LA TECNICA DEL TRAP-DOOR

En cuanto al aporte de la *vitrectomia* a la cirugía del D.R., es especialmente en casos de mal pronóstico, afaquia complicada, con vítreo enclavado en la herida, desprendimientos fijos con pliegues estrellados. La cirugía del vítreo es muy útil en los desgarros gigantes con opérculos enrollados, organización vítrea asociada a D.R. En casos de D.R., con gran tracción por bridas, membranas o pliegues, para un buen resultado final.

Por último, las modernas técnicas de vitrectomia, desarrolladas por Machemer, Norton y otros, constituyen uno de los grandes avances, de que dispone el retinólogo, o mejor según el concepto actual, el especialista en vítreo-retina, ya que quien piense hacer cirugía vítrea debe ser primero un calificado y bien entrenado cirujano de retina, el cual es el más capacitado para resolver problemas y complicaciones que pueden ocurrir durante la cirugía del vítreo.

Deseamos dar a conocer a ustedes el método que hemos empleado en los últimos cuatro años, con buenos resultados, estudiando una serie de 858 casos de D.R., operados por el autor, con diferentes técnicas; 83 casos tratados por este procedimiento, obteniendo un 89% de casos satisfactorios y por esto lo aconsejamos para aquellos compañeros que deseen usarlo o tenerlo como alternativa complementaria al arsenal terapéutico de los que siguen otras modalidades quirúrgicas.

DESCRIPCION DE LA TECNICA:

Después de hacer un gráfico detallado del desprendimiento, se marca en la esclera todos y cada uno de los desgarros existentes y se procede a efectuar el Trap-Door o bolsillo escleral, que dará alojamiento a una pieza de silicona, ya sea banda o rueda, de acuerdo a la anchura que deseemos, la indentación escleral en relación al tamaño de los desgarros y lesiones. Muchas veces, con el objeto de poder cubrir otro desgarro, y para no disecar zonas en sitios más difíciles: debajo de los músculos o en áreas de esclera en malas condiciones (adelgazadas o en reoperaciones), solemos dejar los extremos de la pieza más largos que el bolsillo (orejas). Acto seguido, aplicamos la diatermia muy suave combinada generalmente con criocoagulación según el caso, y bajo control oftalmoscópico: asimismo, elegimos el sitio de la punción para realizar el drenaje, el cual lo efectuamos actualmente a través de la esclerótica íntegra, pues hemos hecho varias series de casos con esclerotomía previa, y sin ella, y prácticamente los resultados son iguales. Al concluir la extracción de todo el líquido, procedemos,

si ha quedado muy hipotono el globo, inmediatamente a restablecer la presión ocular con el fin de evitar serias complicaciones, como desprendimientos de coroides, etc. Damos el tono adecuado ajustando el cerclaje y luego los puntos previos en U, del bolsillo escleral. Esta maniobra, procuramos hacerla lo más rápidamente que nos sea posible. Finalmente hacemos un nuevo control oftalmoscópico, para observar el resultado y si apreciamos la retina adaptada, el Trap-Door y el cerclaje que hacen buena prominencia y los desgarros bien situados y coagulados en el lomo del Trap-Door, y si el tono es el adecuado, procedemos a la reposición muscular y la sutura de la conjuntiva. Si en cambio, observamos la coagulación insuficiente, es en este momento cuando la completamos con criocoagulación monitorizada.

Este tipo de técnica hace que la recuperación funcional sea más rápida y asimismo podemos movilizar antes a nuestros pacientes por el margen de seguridad que ofrece. Creemos que ponemos al alcance de muchos cirujanos oftalmólogos el poder tratar de manera sencilla un buen número de casos de D.R., cuyo porcentaje de curaciones será elevado.

El cerclaje no sólo facilita la curación de muchos casos, sino que además tiene cierto efecto profiláctico contra las recidivas y aparición de nuevos D.R., la erosión escleral podría ser evitada mediante la sección del hilo una vez conseguido su efecto retinopexico. Murube (1974), secciona con el Láser la porción intraocular del hilo si es negro.

VENTAJAS

1. La adaptación inmediata de la retina.
2. Reposición de la mácula, si ésta se encuentra envuelta, con el objeto de recuperar la visión central.
3. Sellar los desgarros retinales, haciendo que éstos contacten con el epitelio pigmentario y coagularlos adecuadamente para su cicatrización.
4. El Trap-Door, con inclusión de una pieza de silicona, da más firmeza para mantener el implante en buena posición.
5. Tanto con el Trap-Door como con el cerclaje se logra mantener cifras tensionales normales del globo ocular (20 mm de Hg.).

LA TECNICA DEL TRAP-DOOR

6. Si se emplea una pieza grande, el globo se deforma, produciendo a veces pliegues residuales (peligro de recidiva), si contactan con el desgarro, si no ha sido éste suficientemente abordado. Con el cerclaje la tensión es más uniforme alrededor del globo, lo que evita grandes deformaciones.
7. Movilización más rápida del paciente por el margen de seguridad que ofrece.
8. Simplicidad en su técnica, lo que la pone al alcance de muchos cirujanos.
9. Duración de la intervención más breve.
10. Superficie de indentación ancha en el Trap-Door y estrecha en el hilo.
11. Posibilidad de respetar las vorticosas con más facilidad (reoperaciones).
12. Materiales empleados fáciles de obtener en todas partes: hilo de algodón, en cualquier mercería o comercio de hilos y sedas. Tiene muy buena tolerancia, eficaz sin los inconvenientes de la permanencia ilimitada. Absorción entre uno y medio y dos años. Ref. "La Cadena", No. 30, Fabra y Coats. —Vicryl (poliglactin 910), nueva sutura sintética absorbible.

(Ethicon). Duración de su efecto: 2 a 3 meses cuando se desea una acción más efímera.

Ciertos tipos de colágeno con tiempos de absorción de 1, 2, 5, años porque el bucle puede producir erosión a largo plazo, así se puede evitar, pues durante el efecto del bucle se efectúan cambios en el vítreo y en las adherencias y se tranquiliza la inflamación.

El Gel Film, se trabaja bien con él y se absorbe entre 3 y 6 meses.