

11. - DESPRENDIMIENTO DE RETINA

CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CIE 10: Desprendimiento de la retina con ruptura: H33.0, Desprendimiento seroso de la retina: H33.2, Desprendimiento de la retina por tracción: H33.4.

DEFINICIÓN

El término *desprendimiento de retina* se emplea para describir la separación de la retina neurosensorial y el epitelio pigmentario retiniano (EPR). La acumulación de líquido subretiniano es una característica de todos los desprendimientos de retina. Varios mecanismos son los que mantienen fisiológicamente adherida a la retina hacia el EPR; tales como: la fuerza mecánica de la matriz interfotoreceptores, bomba metabólica del EPR, presión osmótica de la coroides y la presión hidráulica. Cuando las fuerzas fisiológicas normales que mantienen el contacto entre la retina y el EPR están comprometidas o colapsadas, se produce un desprendimiento de retina.

CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

Existen tres tipos de desprendimiento de retina: regmatógeno, exudativo o seroso y traccional; los dos últimos también se conocen como No regmatógenos.

Regmatógeno: Este tipo de desprendimiento de retina es el más común. La palabra regmatógeno se deriva del término griego que significa desgarrar o rotura (*rhegma*). Este tipo de desprendimiento se debe a uno o más desgarros o agujeros retinianos a través de los cuales se produce el paso de líquido proveniente de la cavidad vítrea hacia el espacio subretiniano. El desgarramiento retiniano gigante es aquél que compromete 90° o más de la circunferencia retiniana y se desarrolla a lo largo del margen posterior de la base del vítreo; estos desgarramientos se observan con mayor frecuencia en pacientes jóvenes del sexo masculino y miopías mayores de 8 dioptrías con incremento en la longitud axial, todos los desgarramientos gigantes exigen atención operatoria y en virtud de la gravedad de sus secuelas se consideran una urgencia médica quirúrgica. En más del 90% de los casos es posible identificar la lesión causal, el hallazgo biomicroscópico de pigmento en el vítreo “polvo de tabaco”, indica un desgarramiento retiniano hasta no demostrarse lo contrario. La incidencia del desprendimiento de retina regmatógeno en la población normal es del 0.02 %, en la población miope del 2 al 5% y en pacientes operados de catarata varía del 1 a 7% dependiendo de la técnica quirúrgica empleada y de la existencia o no de complicaciones transoperatorias.

Traccional: La separación de la retina neurosensorial y del epitelio pigmentario ocurre por efecto mecánico secundario a las fuerzas de tracción generadas por adhesiones vitreoretinianas patológicas. Es la segunda causa más frecuente de desprendimiento de retina. Este tipo de desprendimiento se observa generalmente en la retinopatía diabética, vitreoretinopatía proliferativa, retinopatía del prematuro, entre otras.

En el desprendimiento de retina de tipo traccional las fuerzas de tracción pueden producirse dentro del cuerpo vítreo, en la superficie de la retina o incluso por debajo de la retina. Los componentes celulares de estas membranas traccionales suelen ser fibroblastos, células gliales y células del EPR.

Seroso o Exudativo: A este tipo de desprendimiento se le relaciona con algún trastorno ocular subyacente en la que No exista lesión predisponente (desgarro o agujero retiniano) o alguna fuerza traccional sobre la retina; produciendo así la acumulación de líquido subretiniano. Este desprendimiento es el resultado de la acumulación de líquido subretiniano secundario a enfermedades de la coroides, EPR o retina. Fisiopatológicamente se producen cuando el balance entre la producción de líquido y su absorción se altera; las enfermedades inflamatorias y lesiones neoplásicas son las principales causas. Una característica semiológica de importancia para el diagnóstico diferencial en estos casos es la variación de la localización del área del desprendimiento de acuerdo con los cambios de posición del paciente; esto se debe al desplazamiento del líquido subretiniano.

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas característicos del desprendimiento de retina incluyen aparición súbita de fotopsias, miodesopsias, escotomas, disminución de la agudeza visual o visión borrosa y metamorfopsia. Debe registrarse un examen oftalmológico completo con el fin de registrar la agudeza visual del paciente, reflejos pupilares, motilidad ocular, estado de la córnea y cristalino, extensión y propiedades del DR. La oftalmoscopia indirecta debe acompañarse de una buena técnica de indentación escleral; así como el uso de lentes de contacto. La realización de un dibujo del fondo de ojo es de gran ayuda y debe obtenerse en todos los casos de desprendimiento de retina. Por lo regular, la presión intraocular (PIO) es menor en el ojo con desprendimiento de retina y puede haber diferencias hasta de 10mmHg respecto del ojo contralateral.

En algunos individuos la PIO es tan baja que no puede registrarse. Por el contrario, en raras ocasiones se observa elevación paradójica de la PIO en personas con desprendimiento de retina, casi siempre refractaria a tratamiento médico y que mejora semanas después de la reaplicación de la

retina; este fenómeno se conoce como Síndrome de Schwartz-Matzuo o glaucoma relacionado con segmentos externos de fotorreceptores. Cuando el desprendimiento de retina es crónico pueden observarse en la exploración oftalmológica líneas de demarcación y quistes intraretinianos.

ESTUDIOS DE GABINETE

En la gran mayoría de los pacientes una exploración adecuada en el consultorio permite hacer el diagnóstico si los medios refractivos oculares están transparentes; cuando no es así, ya sea por opacidad en la córnea, presencia de catarata o hemorragia en el vítreo, la ecografía ocular es un método diagnóstico de gran utilidad. La ecografía ocular utiliza el ultrasonido pulsátil reflejado, que permite valorar los tejidos oculares en forma topográfica, cinética y cuantitativa de manera dinámica aunque los medios oculares estén opacos y esto lo realiza de dos maneras: unidimensional (modo A) y bidimensional (modoB). De esta manera, podemos valorar la presencia de hemorragias intraoculares (hemorragia vítrea), membranas vítreas o ciclíticas, desprendimiento de vítreo posterior, desprendimiento de retina y movimiento de la misma; así como la presencia de quistes. Es invaluable para la detección de tumores intraoculares, permite hacer mediciones y detectar también cuerpos extraños intraoculares principalmente en casos de trauma ocular.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento del desprendimiento **regmatógeno** de la retina es necesario reaplicarla lo antes posible, detectar la lesión causal y cerrar o sellar dicha anomalía. El grado de dificultad para llevar a cabo dicho propósito no depende de la extensión del desprendimiento sino del tamaño, localización y número de lesiones. Los objetivos fundamentales del tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina son: a) bloquear la lesión, b) crear una adhesión coriorretiniana en el sitio de la lesión y c) drenar el líquido subretiniano (exodrenaje o endodrenaje); todo esto se puede realizar mediante varias técnicas dependiendo del tipo de desprendimiento, tipo de lesión o agujero causal, cronicidad y presencia o no de vitreoretinopatía proliferativa. Los procedimientos que pueden considerarse para reparar un desprendimiento de retina regmatógeno son: Neumoretinopexia, Retinopexia o Cerclaje Escleral y Vitrectomía vía pars plana.

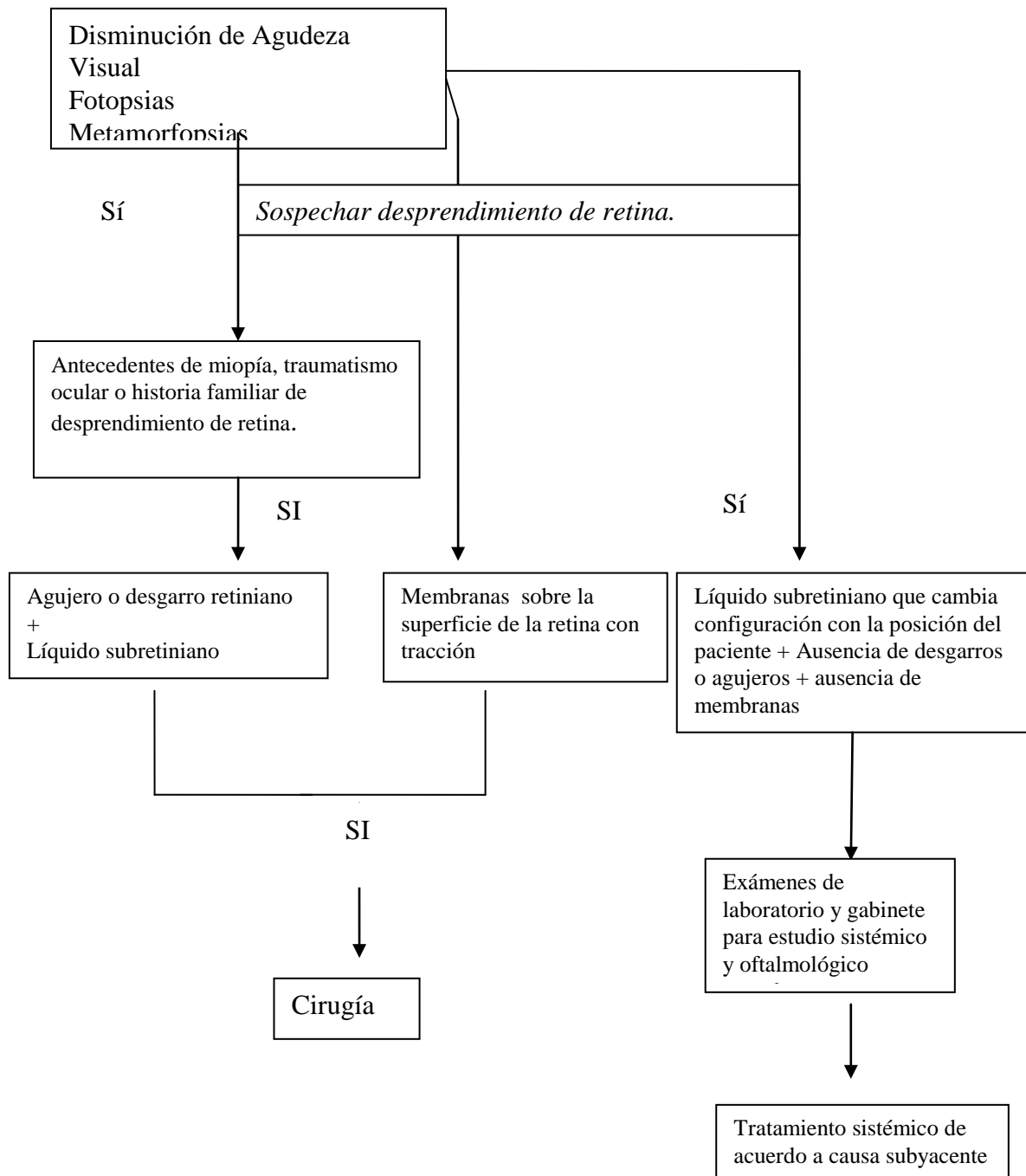
En el desprendimiento de retina **traccional** la base del tratamiento es disminuir o eliminar la tracción ya sea sobre la superficie de la retina o incluso hasta por debajo de la misma cuando sea necesario; de esta manera se logrará reaplicar la retina; sin embargo, cabe destacar que las membranas que se forman en el desprendimiento de retina traccional tienen fuerza, resistencia y funcionan como vectores de tracción por lo que debe realizarse delaminación, segmentación o peeling con cautela de las mismas dependiendo su configuración para eliminar totalmente la tracción

que producen. Finalmente, el tratamiento del desprendimiento de retina de tipo **seroso o exudativo** es variable dependiendo de la causa por lo que es indispensable realizar un estudio no sólo oftalmológico sino general al paciente que lo presenta para identificar la causa y así otorgar un tratamiento específico.

PRONÓSTICO: Depende del tipo de desprendimiento, de la antigüedad del mismo, de las condiciones sistémicas asociadas, del estado de la retina y del estado ocular del paciente.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS: Incluyen el desprendimiento de retina recidivante a corto o largo plazo, vitreoretinopatía proliferativa, hipertensión ocular, glaucoma, desprendimientos coroideos, catarata, pérdida de percepción visual permanente, hemorragia transoperatoria o postoperatoria, endoftalmitis y Ptisis bulbi.

PÉRDIDA INDOLORA DE LA VISIÓN INTRAOCULAR O DEL CAMPO VISUAL



BIBLIOGRAFÍA

1. Stephan J. Ryan. Retina. Volume 3. Editorial Marban. 2009
2. Duane Thomas. ClinicalOphthalmology. 2006.
3. Retina Diagnóstico y Tratamiento. Quiroz-Mercado Hugo. McGraw-Hill Interamericana 1996.
4. American Academy of Ophthalmology. San Francisco, California 1988.
5. Vitreoretinal Surgery of the Injured Eye. D.V. Alfaro III. Lippincott - Raven 1999.