

**Prevalencia de los desprendimientos de retina en un quinquenio en el hospital docente Manuel Ascunce Domenech**

**Behavior of retinal detachment during a quinquenium at Manuel Ascunce Domenech Provincial Hospital**

**Dra. Aymed Rodríguez Pargas; Dra. Graciela Cruz Fraxedas; Dra Lázara Molinet Vega; Dra. Mariela Rodríguez Martín**

Hospital Provincial Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio transversal descriptivo en 50 pacientes con el diagnóstico de desprendimiento de la retina (DR) en el período de 1996 hasta septiembre del 2001, vistos en el hospital provincial Manuel Ascunce Domenech. Se analiza el momento en que se diagnosticó el desprendimiento de la retina y la importancia del diagnóstico precoz. Además, valoramos sus características físicas, extensión, número de desgarros y presencia de proliferación vítreo retinal (PVR) y la técnica quirúrgica a utilizar. Como complicación más frecuente aparece el desprendimiento de la retina recidivado (DRR) (12 %), seguido de la diplopia y expulsión del implante (4 %). Antes de la cirugía tuvimos 86 % de los pacientes con visión no útil y después de aplicada la retina se logró un 38 % de visión útil. Se concluyó que los desprendimientos de la retina constituyen urgencias médicas para mejores resultados.

**DeCS:** DESPRENDIMIENTO DE RETINA.

## ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was performed in 50 patients with the diagnosis of retinal detachment (RD) within the period from 1996 to september 2001 assisted at Manuel Ascunce D provincial hospital. It was analyzed at the time of RD diagnosis and the importance of its early diagnosis; also we assess its physical characteristics, extension, number of lacerations and presence of vitreo - retinal proliferation (V.R.P) and the surgical technique to be used. As the most frequent complication, the recurrent RD (12 %) appears, followed by dipopia and graft expulsion (4 %). Before surgery we had 86 % of patients with useful vision and after the retinal application. It was achieved 38 % of useful vision. Concluding, RDs constitute medical emergencies for better results.

**DeCS:** RETINAL DETACHMENT.

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por desprendimiento de retina (DR) a la separación de la retina sensorial y el epitelio pigmentado de la retina, a causa de la interposición del líquido subretinal entre ellas. <sup>1</sup>

Teniendo en cuenta la patogenia de los DR, se describen dos tipos fundamentales:

-Los regmatógenos o primarios, provocados por una rotura en la retina, por donde pasa fluido vítreo entre la retina sensorial y el epitelio pigmentario, causa del DR.

-Los no regmatógenos o secundarios, en los que no hay rotura retiniana y están ocasionados por procesos exudativos coroideos o retinianos, inflamatorios, tumorales o degenerativos, o bien son el resultado de tracciones ejercidas sobre la retina sensorial. <sup>2</sup>

En este trabajo se escogieron los DR primarios más frecuentes en el adulto, pues generalmente se asocian a procesos degenerativos vítreo-retinianos.

Los DR regmatógenos afectan anualmente alrededor de 1:10 000 personas de la población y es bilateral en aproximadamente el 10 % de los afectados. <sup>1</sup>

En la fisiopatogenia de los DR primarios o regmatógenos, se produce una acción recíproca entre la tracción vítreo retinal y la presencia de una debilidad retiniana en la periferia (degeneración predisponente).

Una vez producido el DR se ve comprometida la nutrición de las capas externas de la retina, ya que ésta proviene de la coriocapilar, y sus células degeneran, por lo

que es fundamental el tratamiento precoz del desprendimiento para obtener un buen resultado funcional.<sup>1-5</sup>

Teniendo en cuenta el gran número de pacientes que acuden al servicio de retina aquejados por esta afección, decidimos realizar la investigación con el objetivo de conocer las características y prevalencia de los diferentes factores en el resultado anatómico y funcional de los DR.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio transversal descriptivo para caracterizar los factores que influyen en los pacientes con DR, tratados en la consulta de retina del hospital Manuel Ascunce Domenech, desde 1996 hasta septiembre de 2001.

El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes con DR regmatógeno para un total de 50, la fuente de información de datos fueron las historias clínicas hospitalarias y el archivo de consulta del investigador. Para la recolección de la información se elaboró una encuesta, según bibliografía consultada, la cual fue llenada por el autor de la investigación y cuyas variables fueron:

- sexo y antecedentes patológicos oculares
- tiempo de evolución del DR
- extensión del DR
- número de desgarros
- presencia de proliferación vítreo retinal
- agudeza visual pre y postoperatoria.
- técnica quirúrgica realizada.
- complicaciones postoperatorias.

Los datos fueron procesados por métodos computarizados, utilizando los programas de Microsoft Office. De igual forma se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia y se utilizaron como medidas estadísticas descriptivas de totales, por cientos y frecuencia. Se trabajó con un 95 % de confiabilidad, expresados sus resultados en tablas.

## **RESULTADOS**

De los 50 pacientes que formaron nuestro universo, 30 fueron masculinos (60 %) y 20 femeninos (40 %).

En la tabla 1 se muestra que el 62 % de los pacientes acudió a la consulta en el período de uno a tres meses de comenzado los síntomas, y sólo el 4 % antes del mes de ocurrido el DR y un 12 % después de seis meses de la afección.

**Tabla 1. Tiempo de evolución de los pacientes con DR al momento de diagnosticarlos**

<b>Tiempo de evolución</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Menos de 1 mes</b>	4	8
<b>De 1 mes a 3 meses</b>	31	62
<b>De 3 meses a 6 meses</b>	9	18
<b>Más de 6 meses</b>	6	12
<b>Total</b>	50	100

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria.

En las siguientes tablas valoramos las características de los DR. Se observa que el 48 % son totales, el 58 % parciales y, de éstos, sólo 28 % DR que no alcanzan la mácula. La mayoría de los DR son producidos por un desgarro (72 %) y el 16 % por dos desgarros y más de dos desgarros, el 12 %. Se encontró proliferación vítreo-retinal (P.V.R.) en el 38 % de los pacientes.

**Tabla 2. Extensión del DR**

<b>Extensión del DR</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>DR total</b>	24	48
<b>DR parcial sin desprendimiento macular</b>	14	28
<b>DR parcial con desprendimiento macular</b>	12	24
<b>Total</b>	50	100

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria.

**Tabla 3. Números de desgarros presentes en el DR.**

<b>Número de desgarros</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	36	72
<b>2</b>	8	16
<b>Más de 2</b>	6	12
<b>Total</b>	50	100

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria

**Tabla 4: Presencia de proliferación vítreo-retinal en los DR**

<b>Proliferación vítreo retinal</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Con proliferación vítreo retinal</b>	16	32
<b>Sin proliferación vítreo retinal</b>	34	78
<b>Total</b>	50	100

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria.

En la tabla 5 se aprecia que el 86 % de los DR fueron tratados con la técnica quirúrgica de plombaje y el 14 % con plombaje y cerclaje.

**Tabla 5: Técnica quirúrgica utilizada**

<b>Técnica quirúrgica utilizada</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Plombaje</b>	43	86
<b>Plombaje más cerclaje</b>	7	1
<b>Total</b>	50	100

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria.

Las complicaciones postoperatorias fueron de seis pacientes con desprendimientos recidivados (12 %), dos afectados con diplopia y expulsión del implante y uno con isquemia del segmento anterior.

**Tabla 6: Complicaciones postoperatorias de los DR**

<b>Complicaciones</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>DR recidivado</b>	6	12
<b>Diplopia</b>	2	4
<b>Isquemia del segmento anterior</b>	1	2
<b>Expulsión del implante</b>	2	4

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria.

En la última tabla se aprecia que el número de pacientes con visión útil antes de la cirugía, se eleva de 7 a 19 después de la cirugía (38 %) y de 43 pacientes con visión no útil disminuye a 31 (62 %).

**Tabla 7. Agudeza visual pre y postoperatoria de los DR**

<b>Agudeza visual</b>	<b>Preoperatoria</b>		<b>Postoperatoria</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%.</b>
<b>Nulo *</b>	0	0	1	2
<b>PL*</b>	20	40	4	8
<b>MM**</b>	12	24	8	6
<b>CD*</b>	3	6	7	14
<b>0.1 a 0.3 *</b>	8	16	16	32
<b>0.4 a 0.6</b>	4	8	8	18
<b>0.6 a 0.8</b>	3	6	10	20
<b>Total</b>	50	100	50	100

Fuente: Historia Clínica Hospitalaria.

\* Visión no útil

## **DISCUSIÓN**

Nuestro universo estuvo formado por 50 pacientes en los que predominó el sexo masculino, aunque en los DR no se muestra ninguna predisposición hacia determinado sexo. <sup>1-7</sup>

Los pacientes con de DR refieren, en su mayoría, antecedentes de fotopsia y miodesopsia y disminución de la agudeza visual, pero esta se puede presentar de forma brusca o en el transcurso de varios días, según la porción de la retina desprendida, lo cual incide de forma desfavorable en algunos pacientes, ya que no le dan importancia a la disminución o pérdida parcial del campo visual y acuden a la consulta al cabo de los días e incluso meses. Esto reviste gran importancia pues se sabe que mientras más tiempo permanece la retina sensorial separada del epitelio pigmentario, las posibilidades funcionales de la misma disminuyen una vez realizada la retinopexia. <sup>8-9</sup>

Cuando diagnosticamos un DR hay que prestar una gran atención a ciertas características anatómicas del desprendimiento, como son: primero la extensión del desprendimiento, si es total o parcial, y muy importante si la mácula se encuentra desprendida o no, puesto que los pacientes sin desprendimiento macular constituyen la mayor urgencia para nosotros en aras de lograr buenas agudezas visuales.

En segundo lugar, y de mayor importancia, lo constituye la correcta identificación y localización de los desgarros, para así seleccionar la técnica quirúrgica más apropiada. Se le colocó plombaje a aquellos pacientes de uno o dos desgarros, con poca tracción vítreo retinal ,y cerclaje con plombaje a los afectados de más de dos desgarros en un área mayor de un cuadrante o con tracción vítreo retinal marcada. <sup>6-9</sup>

Como última característica anatómica se identificó la presencia de proliferación vítreo retinal, que desempeña un importante papel en la agudeza visual de los pacientes en este medio donde no contamos con la técnica quirúrgica de la vitrectomía

De forma general se presentan pocas complicaciones con esta técnica quirúrgica convencional, una vez seleccionados los pacientes. Las más frecuentes fueron los DR recidivados a causa de filtraciones en los bordes de los desgarros y a túneles formados sobre la identificación. Todos estos pacientes fueron reintervenidos con resultados favorables.

La agudeza visual postoperatoria de los DR está íntimamente ligada con el tiempo de evolución del desprendimiento, la presencia de desprendimiento en el área macular y de proliferación vítreo retinal, de allí que debemos educar a la población para que antes de cualquier síntoma de fotopsia o disminución de su campo visual acudan a los oftalmólogos con el objetivo de hacer lo más precoz el diagnóstico del DR y lograr mejores resultados funcionales y calidad de vida en los pacientes. <sup>10</sup>

## CONCLUSIONES

En los resultados funcionales de la cirugía de los DR intervienen de forma directa el tiempo que permanece desprendida la misma, así como el hecho de existir desprendimiento macular. La presencia de proliferación vítreo retinal repercute en el resultado final de forma desfavorable.

Con la técnica quirúrgica de plombaje o cerclaje se logran resultados satisfactorios y con un mínimo de complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanski JJ. Clínica y Cirugía de los Desprendimientos de Retina. Madrid: Mosby; 1987.
2. Gibernace G. El fondo de ojo en el niño. La Habana: Edición revolucionaria; 1982.
3. Vaughan DG, Asbury T, Riordan P. Oftalmología General. 11ed. La Habana: Manual Moderno; 1997.
4. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 3ª ed. Madrid: Mosby; 1996.
5. Foundation of American Academy of Ophthalmology. Retina and vitreous. Section 12. Basic and Clinical. Science. 2000;2001:80-102.
6. Obrien TP, Goldberg MF. Tendencias actuales en oftalmología. Rev Hospital. 1994-1995;50(6):23-6.
7. Azzolin C, Camesasca F. Intraoperative laser photocoagulation. Rev Vitreo-retinal. 1991;(3):2.
8. Sugar A. Cirugía Oftálmica. Rev Hospital. 2000-2001;(10):6:28-30.
9. Cristian M, Vazquez A, Barbosas I. Cirugía del agujero macular. Rev Peruana Oftalmol. 2000:3-6.
10. Eleanor E. Clínica de la Baja Visión. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles; 1997.

Recibido: 6 junio de 2002

Aprobado: 12 diciembre 2002



*Dra. Aymed Rodríguez Pargas.* Especialista I Grado en Oftalmología. Hospital Provincial Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.