

Terapéutica atual del Desprendimiento de la Retina

por el Dr. H. Arruga

Miembro de honor de la "Sociedade de Oftalmologia e Otocrrinolaringologia do Rio Grande do Sul.

Uno de los más grandes descubrimientos en el campo de la Medicina de estos últimos años ha sido sin duda el tratamiento quirúrgico del desprendimiento de la retina.

Esta terrible enfermedad que es causante de la ceguera en gran número de casos (20% de ciegos adultos), era casi siempre incurable hasta que un eminente sabio el Profesor Gonin, de la Universidad de Lausanne (Suiza) consiguió después de muchos estudios anátomo-patológicos y clínicos idear un proceder operatorio contra dicha enfermedad, logrando la curacion de gran número de enfermos.

Aunque la proporecion de casos curados era solo al principio de 25%, ello constituía un éxito enorme, dada la malignidad de la enfermedad, ya que las estadisticas de los oculistas eran hasta entonces desalentadoras, puesto que contaban solo com 1 à 2% de curaciones perennes y algunos oculistas manifestaban no haber visto nunca un caso de curacion real.

Este porcentage fué mejorando rápidamente hasta llegar en la actualidad a obtenerse la curacion en las dos terceras partes de los casos. Se comprende la trascendencia imensa del descubrimiento de Gonin y es lástima que este sabio falleciera en 1935, pues le hubiera sido probablemente otorgado el Premio Nobel de Medicina de 1936, obteniendo con ello la consagracion máxima médica general, ya que tenia la de los oculistas en los últimos Congresos Internacionales de Oftalmologia de Amsterdam y de Madrid.

La obra de Gonin queda como definitiva en el arsenal terapéutico oftalmológico, y aunque despues su proceder operatorio ha sido modificado y perfeccionado, el 100 por 100 del mérito le corresponde á el, por la feliz idea de cuyo fruto han beneficiado ya muchos miles de enfermos.

Despues de Gonin otros muchos autores han perfeccionado su proceder operatorio, citaremos entre los más destacados á Lindner, Safar, Weve, Amsler, Jeandelize, Vogt, Lacarrère, Coppez, von Szily, etc. Sin embargo, el principio continua siendo el mismo establecido por Gonin, es decir: En la inmensa mayoria de casos de desprendimiento de la retina, esta membrana está perforada en uno o más sitios. Si por medio de una intervencion se logra obtener estos agujeros, la retina se reaplica.

Gonin obturaba estos agujeros por medio de una cauterizacion com el termo cauterio praticada á través de la esclerótica y coroides, en el sitio donde radicaba el desgarró retiniano, más esta técnica era solo aplicable á casos relativamente sencillos y precisaba de una localizacion exactísima de la accion terapéutica.

Para vencer estas dificultades otros autores idearon irritar químicamente la coroides en la zona del desgarro, para producir una coroiditis adhesiva que adhiriera la retina á la coroides en dicha zona.

Lindner aconsejó practicar trepanaciones esclerales á través de las cuales irritaba la coroides con potasa cáustica, perforando en algunas de ellas la coroides para vaciar el liquido sub-retiniano.

Este proceder operatorio es difícil, lento y muy irritante, por lo cual fue substituido por otros más cómodos y al menos igualmente eficaces, pero siempre destinados á lograr la obstruccion de los agujeros retinianos o bien la adherencia de la coroides á la retina en la zona que rodea la parte agujereada.

La acción coagulante de la diatermia es hoy el medio preferido para lograr este objetivo, pues además de que es un procedimiento cómodo y al alcance de todos los operadores, es el que presenta el máximum de inocuidad y el que más garantiza contra los accidentes hemorrágicos que eran una secuela no rara, pero muy grave, de la técnica primitiva.

Las dificultades para la puesta en práctica de este nuevo método terapéutico no residen en la parte quirúrgica propiamente dicha. El secreto del éxito está en el conocimiento exacto de las condiciones anátomo-patológicas de cada caso en particular, para adaptar la conducta a seguir, diferente en cada uno de ellos. Así es que el trabajo más dificultoso o pesado es casi siempre el que se realiza en la cámara oscura con el oftalmoscopio, examinando la retina con la mayor detención posible para tener un conocimiento exacto del número, situación y caracteres de los desgarros o agujeros retinianos, para adoptar la conducta operatoria correspondiente. Los agujeros retinianos son a veces tan pequeños (décimo de milímetro) que su hallazgo es difícil y su búsqueda muy penosa, sin embargo estos casos son los de mejor éxito porque pudiendo existir un gran desprendimiento de retina con un pequeño desgarro, una pequeña operación muy bien localizada nos proporciona la curación de la enfermedad con un mínimo de insulto quirúrgico terapéutico para el ojo.

Cuando los desgarros son múltiples o grandes o cuando no podemos encontrarlos, caso que desgraciadamente se presenta cuando las condiciones de observación son malas (turbiedad de los medios), entonces nos vemos obligados a hacer operaciones más extensas y por lo tanto menos inocuas para el globo ocular y para la visión definitiva.

Hay casos de desprendimiento de la retina en que no existen desgarros, se trata de una minoría de ellos pero cuya existencia no se puede negar porque no sólo el examen clínico sino el examen anatómico lo han demostrado. En tales casos la terapéutica de Gonin es ineficaz, pues no hay agujeros que obturar. La patogenia en estos casos es distinta. Se trata de desprendimientos de retina por exudación corioidea en los que la terapéutica es mas médica que quirúrgica, combatiendo la causa de la inflamación cuya consecuencia es la exudación. Cuando la intervención es quirúrgica se reduce a la evacuación del liquido subretiniano por punción de la esclerótica y coroides, ayudando solo la labor curativa natural de reabsorción.

En estos últimos años la mejoría del porcentaje ha continuado debido a la mejor perfección de la técnica operatoria, pero siempre basada en un perfecto conocimiento anatómico patológico del caso; mas como salta a la vista, después de un preciso examen oftalmoscópico y una localización exacta de los agujeros retinianos ha de corresponder una operación precisa también. Años atrás nos valiamos de datos métricos, es decir examinando la situación de los desgarros retinianos con relación al borde anterior de la retina (ora serrata)

y a la papila, mas sólo los facultativos con mucha experiencia en la cuestión acertaban casi siempre, por lo cual modernamente se usaba el control oftalmoscópico para orientar el proceder operatorio durante el acto operatorio mismo.

Para ello existen dos sistemas con modificación según los autores: un sistema consiste en producir con la misma acción diatérmica una lesión por coagulación visible al oftalmoscopio en el sitio que creemos existe el agujero retiniano. Para ello se levanta la conjuntiva dejando la esclerótica al descubierto y se coagula con un instrumento romo (una bolita de dos o tres milímetros de diámetro) un punto de la esclerótica. Si la retina correspondiente a la región está tocando la coroides o muy cerca de ella, al oftalmoscopio veremos una mancha blanca y comprobaremos si esta coagulación ha sido efectuada sobre el mismo desgarro retiniano o en su vecindad. En este último caso nos daremos cuenta de las situaciones respectivas del desgarro y la cauterización practicada y en una segunda cauterización procuraremos hacerla en el punto correspondiente al desgarro. Si no acertamos en esta segunda, lo cual comprobaremos con el oftalmoscópico, se haría una tercera. Mas cuando la retina está separada de la coroides, la acción de un cuerpo romo que coagula la esclerótica y coroides no alcanza a la retina y por lo tanto no es visible al oftalmoscopio a no ser que dé la casualidad de que precisamente la coroides coagulada sea la que corresponde al agujero retiniano y la distinguimos á través de él. Mas no siempre se tiene esta suerte y lo más frecuente es que al estar separada la retina de la coroides se tenga que hacer una cauterización por medio de una aguja que tiene su extremo al descubierto en una profundidad de un milímetro y cuyo resto está aislado, penetrando con ella en el interior y llegando hasta la retina; hundiendo las paredes esclerales con la misma presión se puede llegar a tocar la retina que está a cuatro, cinco y seis milímetros de distancia. Observando con oftalmoscopio nos damos cuenta de un punto blanco en la retina característico que nos orienta sobre la conducta operatoria a seguir.

Si todavía no hubiésemos obtenido un punto de coagulación retiniana visible al oftalmoscopio, podemos intentar la localización dejando salir líquido subretiniano por el agujero practicado, lo cual logramos retirando la aguja diatérmica volviendo a introducir nuevamente la aguja por el mismo agujero con la mayor probabilidad de que la retina se haya acercado a la coroides al vaciarse la bolsa subretiniana. A veces la turbiedad del vitreo o de los otros medios transparentes del ojo, aumentan las dificultades de observación y las funciones diatérmicas no son accesibles a la retina o no son visibles. Para estos casos he ideado una pequeña lanza de 5 milímetros de longitud que introducida á través de la pared ocular es visible al oftalmoscopio como una masa metálica que se destaca en los casos de difícil observación.

Otro proceder muy empleado últimamente y aconsejado por el profesor Weve de Utrech, consiste en orientar-se durante el acto oftalmoscópico por medio de una doble actuación de 1 operador y el ayudante en el siguiente sentido: el operador mira con el oftalmoscópico el sitio de la lesión y cuando en el centro del campo oftalmoscópico se encuentra el agujero retiniano, el ayudante observa la esclerótica de la región, es decir correspondiente a aquel punto. La luz del oftalmoscopio atraviesa la esclerótica y el ayudante con un eslite curvo que lleva en su extremo tinta china o solución alcohólica de violeta de genciana al 10 o 15%, señala el punto de la esclerótica iluminada. Para mejor comprobación el ayudante puede ejercer presión sobre dicho punto, lo cual distingue el operador con el oftalmoscópico por movimientos visibles en

esta región. Si son varios los desgarros en el caso que se opera se va haciendo lo mismo con cada uno de ellos; si se trata de desgarros muy grandes conviene señalar los puntos principales de los mismos, dos, tres o cuatro puntos extremos de su contorno. Para ejecutar estas maniobras fácilmente, he ideado un separador que permite cómodamente la observación directa de la esclerótica, en las zonas posteriores del globo ocular, incluso en los casos en que hay que trabajar al lado del nervio óptico, como ocurre en los desgarros de la mácula; tiene la forma de una cucharilla alargada con un mango.

Una vez señalada en la esclerótica la región operatoria con una precisión que pueda llegar a ser absoluta, se usa la diatermia en las zonas convenientes, ya en superficie (electrodo romo) ya perforante (electrodo punzante).

Un grado más avanzado en la técnica consiste en seguir la misma conducta por parte del operador mientras que el ayudante aplica la diatermia directamente en el punto que el operador ilumine con su oftalmoscópio en vez de aplicar el colorante. Es curioso en este proceder asistir al espectáculo de la coagulación de la retina a través de la coroides y esclerótica. Puede de esta manera completarse y corregirse la acción coagulante inmediatamente y bajo la inspección oftalmoscópica siempre. Esto necesita cierta perfección de trabajo por parte del operador y del ayudante, y una adaptación mutua máxima, que solo la práctica puede lograr.

Cada día nos inclinamos más a usar preferentemente la diatermia plana, acudiendo sólo a la perforante en los casos indispensables y sobre todo para vaciar el líquido subretiniano. Cuando este existe en poca cantidad puede prescindirse de la perforación ocular.

Como es de suponer, dados los perfeccionamientos de la anestesia local, la operación es completamente indolora.

Prescindo de la descripción de los detalles técnicos y del curso post-operatorio que interesa solamente a los oculistas. Este último está basado principalmente en obtener una quietud máxima del globo ocular, pues los movimientos del mismo son en los primeros días muy perjudiciales a la evolución favorable.

Los resultados obtenidos son muy satisfactorios, ya que la gran mayoría de casos son susceptibles de curación, sobre todo si se instituye el tratamiento prontamente.

Las técnicas modernas permiten obtener resultados favorables, en casos en que hace pocos años considerabamos incurables, aun después de conocer el tratamiento propuesto por Gonin. Así ha sido con los casos de agujeros de la retina situados en la periferia de la misma (desinserción de la "ora serrata" y los agujeros situados en la mácula), que con la técnica primitiva de Gonin eran muy difíciles de curar.

Hoy día son considerados estos casos como de los más favorables para obtener un buen resultado curativo. Como ejemplo que demuestra el acerto anterior daré los datos de mi estadística personal; los primeros 100 casos operados durante los años de 1927, 28, 29 y 30, dieron solo un 25% de curaciones, mientras de 280 casos operados durante el curso de los años 1934 y 1935, dieron un 66% de curaciones. La estadística total de mis operados hasta Julio de 1936 comprende 810 casos con 396 curaciones. Aunque esta cifra muestra solo un 50% aproximado de curaciones, hay que contar con que en ella figuran todos los enfermos operados, incluso los del periodo inicial en que las técnicas eran deficientes y los resultados pobres.

Al mismo tiempo acudian a mi clínica un contingente de casos en malíssi-

mas condiciones procedentes de paises lejanos, en las que las operaciones eran hechas ya con muy pocas probabilidades de éxito, pero obligado á ello muchas veces por ser la enfermedad bilateral o por ser el otro ojo ciego por otra causa.

Pocos descubrimientos en medicina nos transforman en el transcurso de pocos años una enfermedad casi siempre incurable, en enfermedad curable en la mayoria de los casos.

ZUSAMMENFASSUNG.

Verf. berichtet über die moderne chirurgische Therapie der Netzhautablösung, die er als eine der grössten Entdeckungen der zeitgenössischen Medizin preist. Er weist auf die ausserordentliche Bedeutung der Arbeiten von Gonin hin, dessen vorzeitiges Ableben leider unmöglich machte, ihm die höchste Ehre in Form der Überreichung des Nobelpreises für 1936 zuteil werden zu lassen. Es wird auf die steigenden Heilungserfolge hingewiesen, die in wenigen Jahren von 25% bis auf 75% angestiegen sind. Die verschiedenen Verfahren gehen letzten Endes alle auf das Goninsche Prinzip der Verklebung des Risses zurück.

In den seltenen Fällen, in denen ein solcher Netzhautriss nicht nachweisbar ist, handelt es sich um eine Ablösung durch Aderhautexsudate, deren Behandlung in der Bekämpfung der entzündlichen Grundursache zu bestehen hat.

Die steigenden Erfolge in der letzten Zeit sind auf die Verbesserung der Technik sowohl wie auf die genauere pathologisch-anatomische Kenntnis der Fälle und auf die exaktere Lokalisation der Netzhautrisse zurückzuführen.

Neben den älteren, wohlbekannten Lokalisationsverfahren gibt es neuerdings 2 Methoden auf ophthalmoskopischer Grundlage: bei der einen wird mit der stumpfen Diathermiesonde an der vermutlichen Stelle des Risses ein ophthalmoskopisch sichtbarer kleiner Verschorfungsherd gesetzt und seine räumliche Beziehung zum Riss kontrolliert; im andern Verfahren nach Weve wird von einem Assistenten durch die Sklera hindurch der vom Operatör beleuchtete erkrankte Netzhautbezirk beobachtet und mit einem Tintienstift bezeichnet.

Zur Zeit wird die stumpfe Diathermiesonde bevorzugt und die spitze nur für die besonderen Fälle reserviert, in denen gleichzeitig ein subretinales Exsudat entleert werden soll. — Die modernen Verfahren ergeben günstigere Resultate in Fällen, die noch vor wenigen Jahren auch nachdem das Goninsche Verfahren schon bekannt war, noch als unheilbar betrachtet wurden, so in den Fällen von Rissen in der Peripherie der Netzhaut, Ablösung der ora serata und Risse in der Maculargegend. Solche Fälle waren der ursprünglichen Goninschen Technik schwer zugänglich, werden aber heute als besonders günstig angesehen.

Verf. verfügt über eine Statistik von 810 Fällen mit 396 klinischen Heilungen. Unter diesen befinden sich zahlreiche Fälle, die in recht schlechtem Zustand aus den Nachbarländern zugereist waren und zunächst geringe Erfolgsaussichten boten. Um den Fortschritt der Technik deutlich zu machen, führt Verf. an, dass die Fälle in den Jahren 1927—30 etwa 30% Heilungen gaben, während in den Jahren 1934 und 35 die Erfolge 66% erreichten.

Wenige Entdeckungen in der Medizin haben in so kurzer Zeit eine bis dahin als unheilbar geltende Krankheit in eine in der Mehrzahl der Fälle heilbare verwandeln können.