

CATARATA Y DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Dr. H. ARRUGA

El estudio de estas dos afecciones cuando van asociadas, se refiere a tres grupos de distintos tipos clínicos.

Uno de ellos es el caso de ojos con desprendimiento de retina en los que sobreviene la catarata, otro es el de los ojos con catarata en los que sobreviene el desprendimiento, y otro, el más importante, el del desprendimiento de retina que se presenta en los ojos operados de catarata.

Catarata en los ojos con desprendimiento de retina

No me refiero a la catarata complicada o sintomática que sobreviene en los ojos con desprendimiento de retina no curado, los cuales sufren un proceso de desorganización acompañado de uveítis crónica, con las secuelas de sinequias, seclusión pupilar, catarata y atrofia del globo, durante el cual pueden presentarse períodos de hipotensión o hipertensión. El estudio de este tipo de catarata no tiene interés especial, dado que su extracción sólo puede ser beneficiosa en el sentido estético, y esto en casos de evolución favorable, ya que la intervención quirúrgica puede determinar una reacción inflamatoria o agudizar un estado flogístico latente.

La catarata cuyo estudio nos interesa, es aquella que sobreviene en ojos que tuvieron desprendimiento de retina y curaron, o bien en aquellos casos en que, sin ser curados, el desprendimiento queda localizado en la parte inferior por un largo período y permite la utilización funcional de la parte superior de la retina.

Cuando esta catarata se presenta en un individuo joven, hay que temer el que sea sintomática, es decir: consecuencia de alteraciones oculares en evolución y, por lo tanto, es sospechoso que el desprendimiento de retina no esté bien curado o que exista un proceso de uveítis crónica, lo cual obliga a hacer un pronóstico reservado respecto al resultado operatorio.

Si la catarata se presenta en un individuo adulto, es más probable que sea una catarata senil, que posiblemente sin existir el desprendimiento de la retina también se hubiese presentado, aunque el desprendimiento puede haberla anticipado.

Hay que hacer excepción de las cataratas que sobrevienen a las pocas semanas de la intervención como consecuencia de ella, que son muy raras con las técnicas actuales y eran más frecuentes cuando se usaban el termo o el gálvano cauterio, según la técnica primitiva de Gonin. En tales casos, el insulto térmico al ojo podía irradiarse hasta el cristalino e iniciar una catarata o precipitar una que ya estaba en formación.

La conducta a seguir, es la discisión o la extracción de la catarata; con ello se plantean dos problemas: el del momento operatorio y el del método a emplear.

Momento operatorio

El momento operatorio será aquel en que los riesgos sean mínimos y el enfermo acuse acentuadamente la dificultad por la falta de visión, lo cual le incite a solicitar la intervención o aceptarla después de estar enterado de su situación con pérdida de vista progresiva si no se opera, y de probabilidad de mejorar de visión operándose, contando con un peligro posible, pero poco probable, de complicación.

Se evitará el operar en período de intumescencia de la catarata; valdrá más esperar, para que la operación sea más fácil.

El caso es distinto según se trata de un desprendimiento de retina curado o no.

En los *casos de desprendimiento curado*, tiene mucho valor para el pronóstico el conocimiento del estado de la retina, que puede tenerse de antemano por los exámenes del fondo hechos antes de operar el desprendimiento, cuando todavía el cristalino era transparente, o bien por los exámenes hechos al iniciarse la cata-

rata, cuando la poca opacidad del cristalino permitía el examen del fondo ocular. Los casos en que el desgarro era único o aunque los había múltiples eran pequeños y no había otras lesiones visibles degenerativas ni atróficas, son favorables y en su mayoría recuperan gran parte de la visión. Pero los casos en que la retina estaba muy alterada incluso en zonas distantes de la zona de los desgarros, el pronóstico operatorio es grave por la propensión a recidivas.

Los casos no curados afectos de catarata no son tributarios de la extracción más que cuando están localizados desde algunos meses o años y no tienen tendencia a generalizarse, tal cual ocurre en algunos desprendimientos del polo inferior.

Como es sabido, estos desprendimientos pueden pasar mucho tiempo desde su iniciación sin ser apercibidos, ya que sólo limitan el campo visual superior que por las cejas ya está naturalmente reducido. Cuando los enfermos consultan al oculista con ocasión de extenderse el desprendimiento hacia el polo posterior, frecuentemente se comprueba por las líneas pigmentarias a los pliegues reaplicados que la afección es antigua.

Asimismo puede desarrollarse una catarata en ojos con desprendimiento inferior, que le es muy útil para andar y distinguir más o menos los objetos que tiene delante y abajo.

En tales casos la extracción de la catarata puede proporcionar un notable beneficio al enfermo, especialmente en casos en que el otro ojo no tiene visión útil.

El mejor indicio para el éxito operatorio, es que la tensión ocular sea normal.

Método operatorio

Siendo el desprendimiento de la retina un episodio mecánico y conociendo la parte determinante que en la iniciación de la enfermedad pueden tener los insultos traumáticos sobre el ojo o la caja craneana, hemos de procurar, al intervenir la catarata de un ojo que tuvo un desprendimiento de retina del que curó, o que sin estar curado de él esté limitado y cuya retina permita una visión útil, emplear el método operatorio menos vulnerante posible.

En los individuos jóvenes las discisiones son el método de elección, pues reducen el trauma operatorio al mínimo. Si un período de hipertensión ocular por hinchazón de las masas obliga a practicar una paracentesis de la cámara anterior, se hará la herida lo más pequeña posible y hasta podrá suturarse para que la cicatrización sea rápida y la hipotensión post-operatoria sea lo más breve posible.

En los individuos adultos puede también usarse el método de las discisiones, pero la mayoría de colegas practican la extracción, sea intracapsular o total, sea extracapsular o parcial.

Faltan estadísticas para poder orientar en uno u otro sentido la preferencia a utilizar uno de los dos métodos.

Las ventajas e inconvenientes de uno y otro se compensan más o menos. No hay duda de que el método extracapsular es menos traumatizante, ya que no se ejercen tracciones sobre la zónula y, además, deja la cápsula posterior que sirve de tabique que impide al vítreo desplazarse hacia adelante. Por otra parte, la extracción parcial tiene el inconveniente de que a veces va seguida de reacción uveal, la cual puede ser perjudicial, especialmente en los casos de desprendimiento de retina que a su vez tuvieron una inflamación uveal activa o latente, ya cuando se formaron, ya en el período post-operatorio; es decir, aquellos casos en que una uveítis fué un factor etiológico, o bien fué un síntoma post-operatorio.

El método de extracción total tiene la ventaja de permitir prontamente hacer un examen de fondo ocular, lo cual puede ser de gran importancia en caso de recidiva del desprendimiento retinal; además, siendo la reacción post-operatoria menor, disminuyen las probabilidades de que una participación flogística de la úvea facilite una recidiva del desprendimiento o su agravación, si es que todavía existía.

En vista de estos datos en pro y en contra, parece lo más lógico, cuando no sea del caso emplear las discisiones, emplear el método extracapsular en los adultos no viejos y en los casos en que los desgarros fueron o son desinserciones en la ora serrata. En los viejos, en los que la zónula es más frágil, puede usarse la extracción intracapsular.

Resultados

En la literatura que he podido consultar, no existen estadísticas de casos ope-

rados de catarata teniendo un desprendimiento de retina curado; sólo se mencionan casos aislados.

Personalmente, he extraído (*) diez y nueve cataratas en pacientes que habían tenido desprendimiento de la retina. De ellos, catorce curados y cinco que tenían el desprendimiento localizado en el polo inferior.

En catorce de ellos, practiqué la extracción total con la pizca y en tres la extracción parcial; sólo en una niña de doce años y en un joven de veintiuno practiqué discisiones. Los resultados no son muy buenos, pues el que más visión tuvo alcanzó 0.4; ocho de ellos, entre 0.2 y 0.3; cinco, 0.1 y los otros cinco, menos de 0.1 (desde dedos a 2 metros hasta dedos a 30 centímetros).

De los catorce casos que tenían el desprendimiento curado, en trece la evolución fué normal, quedando con relativamente buena visión; pero en uno de ellos, aunque de momento el resultado operatorio fué satisfactorio, el resultado visual fué deficiente por continuar el ojo con iridociclitis insidiosa, sin reacción local, pero con precipitados en la Descemet y turbiedad del vítreo.

Entre los otros cinco que no tenían el desprendimiento curado, uno de ellos fué muy afortunado, consiguiendo tener 0.1 de visión, pero los otros cuatro consigieron sólo visión de contar los dedos a 2 metros, a 1 metro y a 30 centímetros. A pesar de ello, casi todos los enfermos quedaron satisfechos de la intervención, pues quince de ellos eran ciegos del otro ojo y los cuatro restantes no tenían en el otro ojo más que una visión muy defectuosa.

Las historias clínicas no las juzgo de suficiente interés para ser publicadas con detalle; solamente daré cuenta de dos de ellas como tipo, una en la que el desprendimiento estaba curado y otra en la que no lo estaba.

M. M. y G., de 62 años, miope desde los ocho años, maestro de escuela, llega a tener a los 45 años una miopía de 14 y 16 Dioptrías. A dicha edad tiene un desprendimiento de retina en el ojo izquierdo, tratado sin éxito con inyecciones subconjuntivales de cloruro de sodio. En marzo de 1940 me consulta, comprobando que el ojo izquierdo está ciego, con seclusión pupilar y que existe un desprendimiento de retina en el ojo derecho, presentando varios pequeños desgarros en la zona desde las VIII hasta las X, y bajando la visión a contar los dedos a 1 metro. El reposo no mejoró el estado local, en vista de lo cual opero al enfermo practicando una barrera de diatermia plana que limita bien la zona desprendida, y una punción diatérmica muy fina, seguida de una inyección de aire en el vítreo. La evolución es favorable y el paciente recupera la visión hasta 0.2 con un cristal de -15 Dioptrías. A los dos años transcurridos, sobreviene una catarata en dicho ojo, que operada dos años más tarde da una visión de 0.1 con un cristal de 0°-1.5-4.

La observación de un caso en el que el desprendimiento no estaba curado, es la siguiente: M. B. de G., de 52 años, ciega desde la edad de veinte años del ojo derecho, probablemente por desprendimiento de retina, es miope de 4 Dioptrías en el ojo izquierdo, en el que desde hace tres meses nota reducción del campo visual superior. Se comprueba que tiene un desprendimiento inferior de la retina, con múltiples desgarros entre el ecuador y la ora serrata. Operada por diatermia plana en la región de los desgarros, mejora sin conseguir la reaplicación completa. Vuelve a ser operada a las cinco semanas de la primera operación sin lograrse mejor resultado visual, pero obteniendo una barrera que protege la región central de la retina, quedando ésta algo levantada en la porción inferior y con una visión de 0.1.

A los tres años de las operaciones se presenta una catarata de evolución lenta y que es operada al cabo de siete años más. La operación fué feliz, recuperando una visión de contar los dedos a 3 metros con un cristal de + 10 Dioptrías, lo cual constituyó un éxito para el paciente, pues podía utilizar el campo visual inferior en buenas condiciones. El aspecto del fondo de ojo era análogo al que tenía a raíz de la segunda operación de desprendimiento, con sólo la atrofia de las regiones de retina limitadas por el barraje diatérmico.

(*) Sólo hago constar en la estadística los casos operados en los diez y ocho últimos años, desde que usamos la técnica operatoria de Gonin y sus derivadas. Tampoco figuran en estadística los casos de catarata complicada en que se perseguía un fin puramente estético.

Desprendimiento de la retina en ojos con catarata

Los ojos que en transcurso de la formación de una catarata tienen un desprendimiento de la retina, si presentan un tipo clínico operable, deben ser intervenidos.

Las dificultades dependen de la posibilidad de examinar el fondo ocular para localizar los desgarros, pues si el cristalino está bastante opaco, es imposible distinguirlos, especialmente si no son muy grandes (*).

Hay casos en los que, a pesar de no poderse distinguir los desgarros, puede orientarse una conducta operatoria si el desprendimiento es reciente y se observa una zona desprendida por su color gris claro, en contraste con otras zonas rojizas de retina adherida. La localización de las fotopsias puede ayudar al problema terapéutico, especialmente las que tuvo el enfermo al iniciarse la enfermedad. La prueba de la proyección luminosa, también puede ser de utilidad.

A pesar de que el actuar en estas condiciones disminuye notablemente las probabilidades de éxito, antes que abandonar el ojo a su suerte, que ha de ser muy mala, debe intervenir ya sea operando el desprendimiento o bien sacando antes la catarata.

Casi siempre es posible saber si el desprendimiento pertenece a uno de los tres tipos más distintos: Uno de ellos, el más frecuente, es el de desgarros del hemisferio superior, cerca del ecuador y de preferencia en el sector superoexterno; otro tipo es el de desgarros o desinserción del globo inferior, de evolución lenta y, finalmente, un tercer tipo mucho menos frecuente de desgarrar en la mácula.

Una vez precisado el tipo de desprendimiento, se insistirá lo más posible en el sentido de localizar los desgarros, teniendo en cuenta que, en el hemisferio superior, casi nunca son desinserciones en la ora serrata; casi siempre los desgarros están en las inmediaciones del ecuador. Es relativamente fácil deducir de cuál de los lados el desprendimiento es más acentuado, para con ello orientarnos hacia donde debe estar el desgarrar, sabiendo que el desprendimiento tiene tendencia a descender. Si el desprendimiento interesa por igual los dos lados, probablemente el desgarrar es central o casi central.

En la parte inferior hay que contar con la frecuencia que existen desinserciones en la ora serrata, especialmente en los individuos adolescentes y jóvenes y en los casos de traumatismo.

Momento operatorio

Como está ya establecido para los desprendimientos de retina en general, hay que operar lo más pronto posible, a menos de que las condiciones anatomopatológicas puedan mejorar con el reposo, tal cual sucede frecuentemente en los casos en que la retina está separada de la coroides en la zona de los desgarros.

Se procurará, por lo tanto, poner vendaje binocular desde el momento en que se ha confirmado el diagnóstico y acostar al enfermo todo el tiempo necesario para mejorar su estado local. La disminución de las fotopsias y su localización progresiva, puede ayudar a descubrir la situación de los desgarros.

Método operatorio

Si la catarata ha permitido una localización perfecta de los desgarros, el método operatorio a seguir será el de costumbre; pero si sólo por deducción podemos sospechar dónde están los desgarros, el método operatorio ha de ser ambiguo.

Si es una zona gris muy limitada, la que se puede observar con el oftalmoscopio, se practicará la diatermia plana de la parte de esclerótica correspondiente a dicha zona, además de diatermizar la zona ecuatorial, o la que sea, de probable asiento de los desgarros.

Si la zona gris es muy extensa, hay que diatermizar la zona limítrofe, donde la retina empieza a ser rojiza, para limitar con una barrera de coriorretinitis adhesiva la zona desprendida. Si, además, se tienen indicios de localización de desgarros, se diatermizarán las zonas sospechosas.

(*) La imagen invertida y un foco luminoso intenso, son necesarios.

La indicación de practicar una punción evacuadora y también la de hacer una inyección de aire, dependen de la cantidad de líquido subretiniano existente, como ya está establecido para los desprendimientos en general. En caso de duda, no se pierde nada por hacer las dos cosas.

La intervención puede acelerar la marcha de la catarata, si ha sido muy vulnérante.

Otra conducta a seguir, es: extraer la catarata y después operar el desprendimiento; mas en los casos en que seguí esta práctica, los resultados fueron poco favorables, como detallaré más adelante en el capítulo de los resultados.

Resultados

En la literatura sólo he podido encontrar casos clínicos aislados, pero no estadísticas de este grupo de enfermos.

Al hacer la estadística de los casos de operados de desprendimiento de retina en ojos que tenían catarata, no hago figurar en ella los casos de pequeñas opacidades cristalínianas que tan frecuentes son en los individuos de edad madura y ancianos, pues en ellos la opacidad de cristalino no constituía obstáculo al examen del fondo y pudo seguirse la conducta de los casos corrientes.

Sólo hago figurar en la estadística los casos en los que al aparecer el desprendimiento ya la catarata constituía un obstáculo que dificultaba el examen del fondo de ojo, hasta los que por estar la catarata muy opaca no se distinguía absolutamente nada del fondo.

En tales condiciones he operado veintiséis casos de desprendimiento de retina. He de diferenciar los casos en que pude localizar desgarros y los casos en que no me fué posible distinguirlos; en estos últimos, también he de separar aquellos en que no pude orientar mi conducta más que en los datos que me dió el enfermo.

Entre los casos del primer grupo en que pude localizar desgarros, figuran ocho casos de los cuales curaron cinco, todos ellos con una operación.

En el segundo grupo, en que sólo pude orientar la conducta operatoria por la observación del reflejo gris del fondo y por los datos que dió el enfermo, figuran quince casos de los que sólo curaron tres y dos de ellos necesitaron dos intervenciones.

En el tercer grupo, en que sólo pude orientarme por la anamnesis (sombras, fotopsias), figuran tres casos de los cuales no curó ninguno.

Además, en cuatro casos de desprendimiento de retina sobrevenido en ojos con catarata, seguí la técnica de extraer la catarata para después operar el desprendimiento, esperando con la extracción total obtener una buena visibilidad del fondo. Los resultados fueron desfavorables, pues en tres de ellos el desprendimiento se acentuó con la operación de cataratas a pesar del reposo prolongado, y en el otro caso se pudo localizar un desgarró y operar obteniéndose solamente 0,2 de visión, pero quedando bien adaptada la retina. Este resultado se conservaba a los tres años de las operaciones.

Desprendimiento de retina en ojos afáquicos

Este problema clínico ha sido estudiado desde hace muchos años, pues ya era conocido el número relativamente crecido de casos de miopía operados de catarata en los que sobrevenía el desprendimiento de la retina. Esta complicación se producía no sólo en los casos de catarata senil, sí que también en los de catarata provocada extraída para neutralizar la miopía (operación de Fukala), que hace cuarenta y cincuenta años estuvo muy en boga.

En estos últimos quince años, muchos colegas han sido sorprendidos por la mayor frecuencia con que han observado desprendimientos de retina en sus operados de catarata.

Esto ha coincidido con dos hechos: por una parte, con la divulgación de la extracción intracapsular o total y por otra, con el perfeccionamiento terapéutico de Gonin, el cual ha hecho que se diagnostiquen mejor los casos de desprendimiento y se señalen como a tales algunos casos que antes se diagnosticaban como edema de retina, hialitis, coriorretinitis, etc. De todos modos, somos muchos los que hemos planteado la cuestión de si con la extracción total son más frecuentes los desprendimientos de retina que con la extracción extracapsular.

Hay que reconocer que la mayoría de enfermos operados de cataratas en los

que sobreviene el desprendimiento de la retina son individuos miopes y, por lo tanto, predispuestos a dicha complicación; además se trata casi siempre de individuos de avanzada edad, con lo cual coexisten las dos lesiones retinianas que más predisponen al desprendimiento: la degeneración miópica y la degeneración senil.

Una cuestión previa ocurre al pretender seleccionar los desprendimientos de retina inmediatos a la operación, en los que hay que suponer que la intervención ha obrado como causa determinante en ojos ya predispuestos, o bien los desprendimientos que se presentan transcurrido un cierto tiempo en que el proceso operatorio y post-operatorio está ya evolucionado, y que es de suponer se podían haber presentado igualmente si no se hubiese operado la catarata.

Es difícil, en algunos casos, saber a cuál de los dos grupos pertenece el desprendimiento; pero las estadísticas demuestran que la proporción de desprendimientos inmediatos a la operación no es muy grande, aunque sí representa un porcentaje más alto que en los tiempos sucesivos. El insulto mecánico operatorio, puede provocar un desprendimiento latente. Probablemente existían adherencias del armazón del vítreo a la retina que, con la mayor movilidad que adquiere el vítreo al faltar el cristalino, desgarran la retina. En otros casos pueden, quizás, las tracciones sobre la zónula favorecer una desinserción en la ora serrata; otras veces, un proceso flogístico sórdido coroideo se exagera con la intervención y se produce un exudado que levanta la retina.

Caracteres del desprendimiento

Los desprendimientos que se presentan en operados de catarata, no difieren grandemente de los tipos corrientes de desprendimiento en cuanto a su situación. Lo que sí constituye una dificultad clínica importante, es la presencia de restos de catarata en los casos en que la extracción fué extracapsular o parcial. En muchos de ellos, la observación minuciosa del fondo ocular es imposible y si los desgarros no son grandes, no es posible localizarlos, quedando además la duda de que existan otros más pequeños.

En el adjunto esquema, se señala la localización de 92 casos de desprendimiento de retina en operados de catarata en los que se pudo descubrir al menos un desgarro; en 36 casos no se pudo localizar ninguno.

La proporción de casos en que no se pudieron encontrar desgarros es muy grande aun suponiendo que en parte de ellos no los hubiera, pues en los casos corrientes de menos de dos meses de aparición los desgarros se encuentran en el 95 % de los casos, contando con que en una proporción de 2 a 3 % no existen o son, aun con medios transparentes, muy difíciles de ver, y en otro 2 ó 3 la dificultad en localizarlos es debida a opacidades de los medios, leucoma, seclusión pupilar, catarata, vítreo turbio, etc.

Comparando la localización de los desgarros en los esquemas adjuntos con los publicados referente a casos corrientes de desprendimiento, se nota mayor proporción de desgarros en la ora serrata.

Evolución del desprendimiento

Es característica de los desprendimientos de retina en los operados de catarata la mayor gravedad clínica, debido a la peor evolución si se los compara con los desprendimientos corrientes.

El reposo, aunque sea absoluto (permanencia en la cama y vendaje binocular), mejora el estado local en mucha menor proporción que en los casos corrientes; de modo que la adaptación de la retina que se obtiene con el reposo en buen número de casos de desprendimiento en ojos con cristalino, no se obtiene sino en pocos casos en ojos afáquicos.

El punto de partida más seguro para tener una idea la más exacta posible de las probabilidades de desprendimiento según el proceder operatorio empleado, sería una estadística bien nutrida, pero justamente no se han publicado más que casos aislados o estadísticas muy reducidas.

Estadísticas

Operación para la corrección de la miopía (FUKALA). Son muy interesantes los trabajos publicados referentes a la curación de la miopía por medio de la producción

y reabsorción o extracción de la catarata (operación de Fukala), que hace cuarenta y cinco años estuvo muy en boga.

HÖPNER dió cuenta de 145 operaciones de Fukala en la clínica de Leipzig; en diez y seis (11 %) se presentó después desprendimiento de retina. Otros autores citan porcentajes menos altos; VON HIPPEL, UHTHOFF y SCHMIDT RIMPLER, tuvieron un porcentaje de desprendimientos que oscila entre 3 y 10 %.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de pacientes eran individuos jóvenes y que, por lo tanto, podían tener degeneración miópica de la retina, pero no degeneración senil, como pueden tener los operados de cataratas corrientes.

Seguramente fué debido a esta elevada proporción de desprendimientos de retina el que la operación no se haya divulgado.

Operaciones de extracción extracapsular o parcial. Existe en la literatura una enorme diferencia entre los operados que eran miopes y los que no lo eran.

La proporción de desprendimientos de retina en pacientes miopes operados de catarata antes de la divulgación del método total o intracapsular publicado por ELSCHNIG en la «Enciclopedia Alemana de Oftalmología», es:

Goerdts	1.020	9.2 %
Huber	75	6.6 %
Von Hippel	263	9.5 %
Höpner	338	9.7 %
Marx	54	18.3 %
Gelpke	120	4.1 %
Eunike	60	18.3 %

Puede deducirse de estas estadísticas que un 10 % de los ojos miopes operados de catarata tienen, tarde o temprano, desprendimientos de la retina.

Respecto al período de aparición del desprendimiento, no hay una preponderancia acentuada en ningún tiempo.

La estadística, muy detallada, de VON HIPPEL, muestra en 263 miopes operados de catarata veinticinco desprendimientos de retina: trece aparecidos durante los dos primeros años, ocho entre el tercer y el quinto año inclusivos y cuatro pasados los cinco años. Da cuenta, también, que entre los 149 pacientes operados de un solo ojo, tuvieron desprendimiento en el ojo operado nueve de ellos (6 %) y siete en el ojo no operado (4,7 %).

BAURMANN publicó una estadística de los desprendimientos de retina habidos después de 1.030 operaciones de catarata practicadas en la clínica de Von Hippel, separados en dos grupos, según hubiera habido o no salida de vítreo.

De 931 operados sin salida de vítreo, hubo desprendimiento de retina en diez y siete casos (1,6 %).

De 99 operados con salida de vítreo, hubo desprendimiento de retina en diez casos (10 %).

Operaciones de extracción total o intracapsular. Las estadísticas publicadas son escasas y, la mayoría de ellas, no detallan los casos en que se asociaba la miopía.

JEANDELIZE, BAUDOT y GAULT, publicaron los resultados de ocho casos de desprendimiento de retina en operados de catarata, habiendo obtenido dos curaciones. Opinan dichos autores que la extracción total predispone más al desprendimiento que la extracción parcial o extracapsular.

MIDDELHOVEN, de la clínica de Utrecht, en una tesis referente a 1.000 operaciones de catarata publicadas por el Prof. WEVE, cita 1 % de casos en que el desprendimiento de retina se presentó después de la operación de catarata, sin detallar el período de observación de los operados.

BINKHORST, también de Utrecht, señaló en una estadística de 345 operados de desprendimiento de la retina, quince de ellos enfermos afáquicos por catarata congénita o luxada, que curaron doce. De once casos de desprendimiento de retina en operados de catarata senil, sólo curaron dos. Según el autor, puede influir en que los primeros fueron operados por decisión y los segundos por extracción extracapsular.

BASTERRA cita tres casos en que sobrevino el desprendimiento de retina a los tres, cinco y seis meses de la operación de catarata; los tres eran miopes y las operaciones habían sido correctas.

DE SAINT MARTIN cita nueve casos de desprendimiento retiniano en operados de catarata. En cuatro de ellos hubo pérdida de vítreo. Cuatro eran miopes.

KNAPP, en una estadística de 100 casos operados de catarata, publicada en 1931, cita tres desprendimientos de retina al año, año y medio y dos años de la operación. Uno de los casos sufría de iridociclitis crónica. Posteriormente, cita una estadística de 500 operados de catarata en los que tuvo sólo seis desprendimientos de la retina. Cree que la pérdida del vítreo como factor de desprendimiento, sólo puede tenerse en cuenta si éste ocurre en los primeros tiempos. KNAPP considera causantes del desprendimiento las alteraciones del vítreo consecutivas a inflamación ciliar y, como que ésta es menos frecuente en la extracción total que en la extracapsular, cree que ha de haber menos desprendimientos con la extracción intracapsular.

BENDENRITTER, de Budapest, dió cuenta de la estadística de 260 enfermos con desprendimiento de la retina, de los que veintidós eran afáquicos (8,4 %). En doce la extracción fué total y en diez parcial (extracapsular). Entre 1.577 operados de catarata observados poco tiempo, hubo una proporción de desprendimientos de retina de 0,9 % en casos de extracción total y 0,5 % en casos de extracción parcial. La curación se obtuvo en un 27 % de casos.

Personalmente publiqué en 1930 mi primer trabajo sobre la extracción total, en el que constan las 204 primeras operaciones de catarata por dicho método, de las cuales, cuatro tuvieron desprendimiento de la retina durante un período de observación variable entre cuatro meses y tres años.

Posteriormente he catalogado los 1.000 siguientes ojos operados de catarata, los últimos de los cuales fueron operados hace dos años. He seleccionado los pacientes que eran miopes y los que no lo eran; no he seleccionado el método de extracción, porque en casi todos fué total.

	<u>Número de ojos</u>	<u>Casos de desprendimiento</u>	<u>Proporción</u>
No miopes	893	13	1.16 %
Miopes	107	12	12.8 %

De estos veinticinco casos de desprendimiento de retina, fueron operados veintidós, obteniéndose la curación en catorce de ellos.

Además he visto 103 ojos de desprendimiento de retina en enfermos operados de catarata por otros colegas. De estos 103 ojos, operé 86 de ellos, obteniendo la curación solamente en 32, es decir, en un 27, 5 %. Muchos de ellos eran casos en malas condiciones y nueve de ellos bilaterales. Reuniendo los veinticinco operados de catarata por mí y 103 por otros colegas, había entre ellos catorce que eran bilaterales.

Con respecto a la bilateralidad, he de mencionar dos historias clínicas curiosas que confirman una vez más la conclusión de mi ponencia del Congreso Internacional de Oftalmología de 1933, referente a la «Etiología y Patogenia del Desprendimiento de la retina», en la que afirmaba que el desprendimiento es una enfermedad de la retina, la cual no se desprende si no está enferma.

J. O. y S., de 53 años, vecino de Madrid, acude a mi consulta, contando que era ligeramente miope y hacía cuatro años y medio había sido operado de cataratas del ojo izquierdo, quedandó con muy poca visión, menos que antes de la operación. Compruebo que dicho ojo tiene un desprendimiento de retina total. Según indicación del cuñado del paciente, que es oculista, la operación se deslizó perfectamente, siendo extraído totalmente el cristalino con la ventosa. El otro ojo tenía una catarata con menos de un décimo de visión, por lo cual propongo la operación.

Decido con el compañero practicar la extracción intracapsular, procurando hacer la presa con la pinza en el mismo ecuador para romper lenta y fácilmente la zónula. Se obtiene un buen resultado, ya que a los veinticinco días el paciente tiene una visión de 0.8 con un cristal de visión, por lo cual propongo la operación.

A los dos meses de la operación, vuelve dicho paciente con un desprendimiento de retina del ojo que yo había operado, y con un desgarro a la 1 y 1/2. Operado rápidamente, ya que el abombamiento de la retina era muy poco acentuado, se consiguió la reapiación completa, que se mantiene hace ocho años con una visión de 170° + 3 + 5 V = 1.0.

Otra historia clínica interesante, es la siguiente :

A. S. y S., de 82 años, vecino de Barcelona, miope de 3 Dioptrías en el ojo derecho y 5.5 en el izquierdo, tenía cataratas en formación que se acentuaron hasta obligar a operarle del ojo izquierdo, que era la más avanzada. Transcurrió la operación normalmente, pero a los seis meses se presentó un desprendimiento de retina en dicho ojo operado, con un desgarro en la región de las XI de forma irregular y de cuatro diámetros papilares de tamaño. La operación de desprendimiento fué seguida con éxito, pero como sólo tenía 0.4 de visión, se planteó la operación de catarata del otro ojo. En los días de preparación (análisis de orina, sangre, examen general y local) se presentó un desprendimiento de retina en el ojo derecho, que iba a ser operado de catarata. Tenía un desgarro redondeado y con operáculo flotante en la región de las II, el cual curó por medio de la operación diatérmica.

En estas dos observaciones muestran la frecuencia de la bilateralidad de los desprendimientos de retina, lo cual hay que tener presente en los casos de operados de catarata o de candidatos a serlo.

Síntesis

Del conjunto de las estadísticas, puede deducirse que el desprendimiento de retina es una complicación relativamente frecuente en los operados de cataratas miopes, cuyo porcentaje oscila alrededor de un 10 %, con un tiempo de observación que varía hasta diez y ocho meses en algunos enfermos y con un término medio de tres años.

En los operados de catarata no miopes, esta proporción oscila entre 1 y 1 1/2 %, con un término medio de observación de seis años.

Respecto al método operatorio empleado, no hay gran diferencia en la frecuencia con que se presenta en el método total o en el parcial de extirpación de la catarata. La pequeña diferencia es en contra de la extracción total. Sin embargo, las probabilidades de éxito operatorias del desprendimiento son mayores en los casos de haber practicado extracción total, debido a las mejores condiciones de visibilidad del fondo ocular para señalar la conducta operatoria.

En consecuencia, y dado el que todavía falta experiencia sobre el particular, no existe preferencia respecto al método operatorio en los miopes cuando un ojo operado de catarata ha tenido un desprendimiento. Personalmente, prefiero la extracción total. Es una conducta lógica operar el segundo ojo por el método que no se ha usado en la primera operación si se ha complicado con desprendimiento de la retina. Con ello, además, se pueden deducir enseñanzas para el futuro.

Resumen

En tres grupos de tipos clínicos principales pueden asociarse estas dos enfermedades :

Los casos de desprendimiento de retina en los que sobreviene la catarata.

Los casos de catarata en los que se produce un desprendimiento de la retina ; y :

Los desprendimientos de retina que sobrevienen en los ojos operados de catarata.

Catarata en ojos con desprendimiento de retina

Cuando en un ojo curado de desprendimiento de la retina sobreviene la catarata, la intervención quirúrgica es la única solución, procurando que sea lo menos vulnerable posible. En los jóvenes, pueden usarse las discisiones ; en los adultos, la extracción. El método extracapsular tiene la ventaja de no ejercer tracciones sobre la zónula y que, dejando el tabique formado por la cápsula posterior del cristalino, impide el desplazamiento del vítreo hacia delante ; en cambio, favorece la reacción inflamatoria iridociliar. El método total o intracapsular permite un examen más pronto del fondo ocular, lo cual es una gran ventaja en los casos de recidiva.

Si el desprendimiento hubiese sido por desinserción inferior de la ora serrata, se preferirá la extracción extracapsular.

La zónula acostumbra a ser frágil, como ocurre generalmente en los ojos que han sufrido procesos inflamatorios o degenerativos.

En los casos de desprendimiento de retina no curado, pero con una visión útil, tal cual sucede en los desprendimientos inferiores que están estacionados, también puede extraerse la catarata.

La evolución operatoria y post-operatoria es, generalmente, normal.

Desprendimiento de retina en ojos con catarata

Deben ser intervenidos por poco que el examen del fondo permita una orientación anatómo-patológica. Si los desgarros pueden localizarse, la intervención es como de costumbre. En caso contrario, puede tenerse una orientación por el aspecto gris o rojizo del fondo, por el campo visual y por las fotopsias, especialmente las que vió el enfermo al iniciarse el desprendimiento, utilizando en tales casos la diatemia, en forma de barrera que limite la zona inicial o donde se sospecha están los desgarros.

Los resultados dependen, en gran parte, de la mayor o menor visibilidad del fondo ocular. Si la catarata no impide el examen completo del fondo, los resultados son los corrientes de los casos en que no hay catarata (70 a 80 % de éxitos); si el examen del fondo es imposible y sólo podemos orientarnos por los datos de la anamnesis, y hay que operar casi a ciegas, las curaciones son apenas de un 10 %.

Desprendimiento de retina en ojos afáquicos

La gran mayoría de ojos operados de catarata en los que sobreviene un desprendimiento de retina, son miopes.

Según la estadística personal, los operados no miopes tienen desprendimiento en 6 a 2 % de casos, mientras que en los operados miopes la proporción es de 10 a 15 %.

Cuando el desprendimiento se presenta pasados tres o cuatro meses de la operación, lo más probable es que no tenga relación con el acto operatorio, aunque hay que reconocer que la mayor movilidad del vítreo y su desplazamiento hacia delante, son factores que más bien han de favorecer el desprendimiento.

No hay gran diferencia en el porcentaje de casos de desprendimiento de retina, según la operación sea extracapsular o intracapsular. Sin embargo, es opinión general, y las estadísticas parecen demostrarlo, que la extracción total favorece más el desprendimiento que la parcial, especialmente si ha habido pérdida de de vítreo y, sobre todo, si su armazón quedó aprisionado en la cicatriz de la herida corneal.

La dificultad del examen cuando hay restos de catarata y la alteración estática del vítreo producida por la operación, limitan el porcentaje de las curaciones a 43 % aproximado de los casos operados personalmente por el autor.

Además, en estos casos, la mejoría con el reposo es mucho menos manifiesta que en los casos corrientes.

La intervención se hará lo más pronto posible, cuando la mejoría con el reposo haya sido lo más eficaz posible, y la técnica será la corriente en tales casos. Si se practica inyección de aire en el vítreo, ocupa la cámara anterior, lo cual no tiene ninguna consecuencia.

Bibliografía

- ARRUGA: «La extracción intracapsular de la catarata». Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1930. Pág. 593. — ARRUGA: «Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina». Ponencia del XIV Congreso Internacional de Oftalmología. Madrid, 1933. Págs. 23 y 27. Tomo II. — ARRUGA: «El desprendimiento de la coroides simultánea con el de la retina después de la operación de catarata». Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. 1936. Pág. 119. — BASTERRA: «La afaquia, causa coadyuvante del desprendimiento de la retina». Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1924. Pág. 593. — BAURMANN: «Über Netzhautablösung zugleich ein weiterer Beitrag zum Studium der Eigenschaften des Glaskörpers». Archiv. für Ophthalmologie. 1929. Band. 2. Seite 470. — BENDENRITTER: «Netzhautablösung nach Katarakt operationen». Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft. 1938. Ref. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1939. II. Pág. 116. — BINKORST: «Statistische Betrachtungen über 345 operativ behandelte Fälle ruptureller Netzhautablösungen um den Jahren 1935, 1936 und 1937». Niederländische Ophthalmologische Gesellschaft.

1938. Ref. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1938. II. Pág. 274. — DE SAINT MARTIN : «L'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte». Rapport de la Société Française d'Ophthalmologie. 1935. Pág. 7. — DE SAINT MARTIN : «L'extraction de la cataracte». Société Française d'Ophthalmologie. 1935. Página 258. — ELSCHNIG : «Augenärztliche Operationslehre». Handbuch der Augenheilkunde. 1932. Págs. 1.264 y 1.276. — ELSCHNIG : «Die Intrakapsulare Starextraktion». Handbuch der Augenheilkunde 1932. Pág. 31. — GONIN : «Le décollement de la rétine». Payot (Lausanne) 1934. Pág. 124. — VON HIPPEL : «Ueber die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit». Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft. Heidelberg, 1895. — HOLST : «Ueber Netzhautablösung bei Aphakie». Acta Ophthalmologica (Skandinavia) 1940. Ref. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1941. I. Pág. 381. — HÖPNER : «Die Dauererfolge der von october 1893 bis 30 juni 1906 in der Leipziger Augenklinik operierten Myopen». Graefes Archiv für Ophthalmologie. 1909. Pág. 1. — IGERSEIMER : «Operation der Myopie durch Beseitigung der Linse». Handbuch der Augenheilkunde. 1922. Pág. 1.268. — JEANDELIZE, BAUDOT et GAULT : «Aphaquie' opératoire et décollement rétinien». Société Française d'Ophthalmologie. 1935. Pág. 305. — JESS : «Netzhautablösung nach Intrakapsulärer Staranzziehung». Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1941. Pág. 100. — KNAPP : «Late results of intracapsular cataract extraction». Transaction of Ophthalmological Society of London. 1926. Pág. 127. — KNAPP : «Extraction of cataract». Report of a third hundred successive extraction in the capsule after preliminary subluxation with the capsule forceps. Archives of Ophthalmology. 1931. Pág. 575. — KNAPP : «Present state of the intracapsular cataract operation». Archives of Ophthalmology. July 1947. Pág. 26. — LEOZ ORTÍN : «La operación de la catarata en miopías altas». Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. Pág. 445. — LINDNER : «Die Enstathung von Netzhautablösung nach Glaskörpervelust». Ophthalmologische Gesellschaft in Wien. 1940. Ref. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1940. II. Pág. 747. — MANES : «Consideraciones sobre la extracción de la catarata in toto, procedimiento de Stancu'eanu - Török-Elsching». Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1933. Pág. 65. — MIDDELHOVEN : «On intracapsular lens extraction». Tesis de Utrecht 1942. Ref. Excerpta Médica. September 1947. Pág. 225. — NELSON : «Almost complete retinal detachment after cataract extraction ; complete reattachment after glaucom attack». American Journal of Ophthalmology. 1944. Pág. 676. — PILLAT : «Ueber Glaskörperabhebung nach intrakapsulärer Kataraktextraktion». Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft. 1938. Pág. 401. — RALSTON and GOAV : «Detachment of the retina following intracapsular cataract extraction». American Journal of Ophthalmology. 1922. Pág. 372. — RAMÓN RODA : «El desprendimiento de retina en los afáquicos». Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. Segundo semestre 1944. Pág. 199. Discusión 1943. Págs. 305, 308 y 311.