

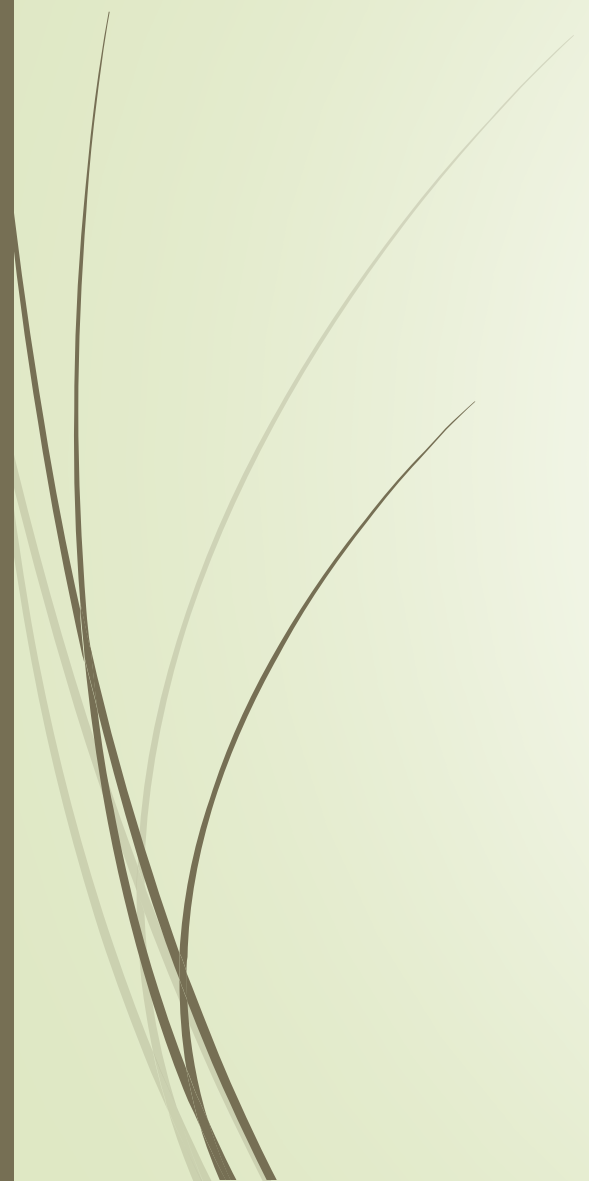
Desprendimiento de retina

Diagnóstico y tratamiento

Enrique Jesús González Coín
R1 Oftalmología



Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



DIAGNÓSTICO

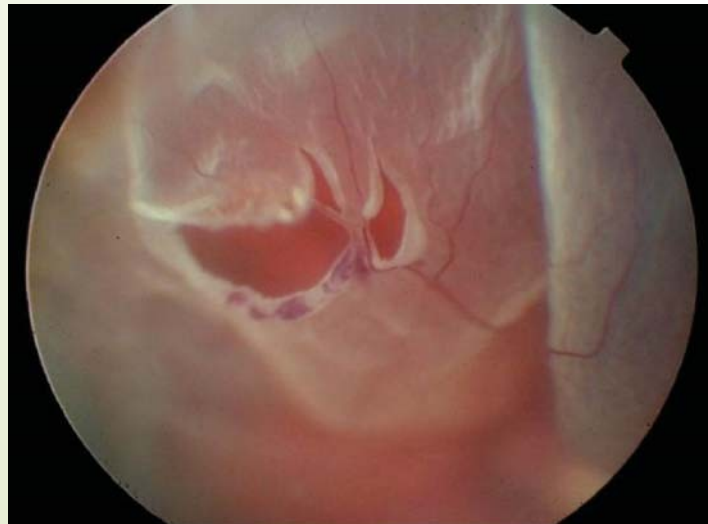
DR Regmatógeno

SÍNTOMAS

- ▶ Fotopsias y miodesopsias (los días previos)
- ▶ Escotoma relativo en el campo visual correspondiente al área de retina desprendida (forma de cortina). Por ejemplo, si existe un desprendimiento temporal superior el paciente referirá un escotoma nasal inferior. Si la afectación retiniana es muy periférica, puede ser asintomático (subclínico).
- ▶ Metamorfopsia, micropsia y pérdida de visión central (si afecta la mácula).

SIGNOS

- DPAR en ojos con DR extenso.
- PIO descendida (frecuentemente 5mmHg).
- Iritis.
- “Polvo de tabaco”, formado por células pigmentarias en el vítreo anterior.
- Roturas retinianas, se ven como discontinuidades de la superficie retiniana. Suelen ser rojas por el contraste de color entre la RNS y la coroides subyacente.



Desprendimiento de retina bulloso con dos roturas ecuatoriales paravasculares.

Reglas de Lincoff (y reglas de Lincoff modificadas)

Podemos localizar la rotura primaria entre un 90-97% de los casos

► Regla 1:

DRR temporales o nasales superiores: en el 98% la rotura primaria está a menos de 1 1/2 horas de reloj del borde superior.

► Regla 2:

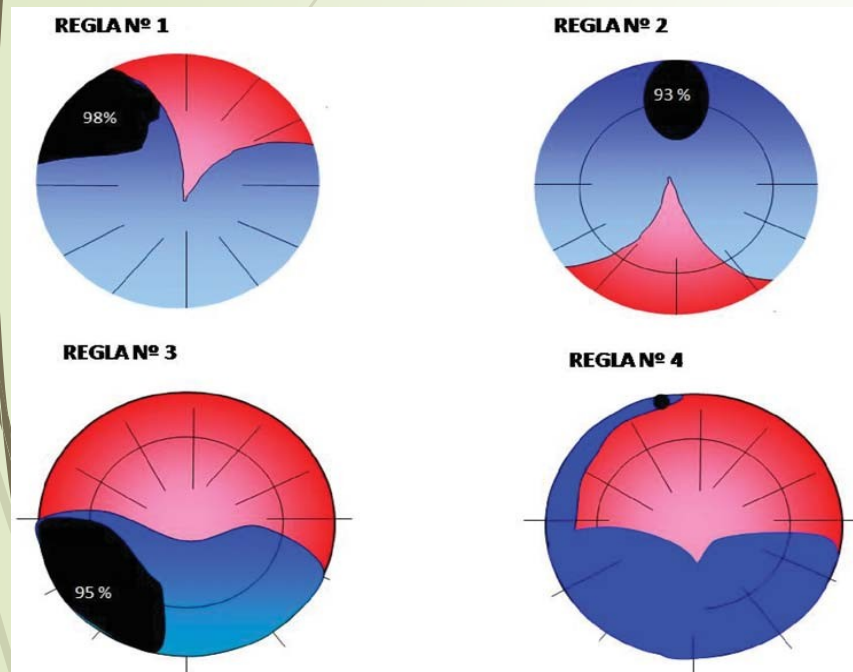
DRR totales o superiores que atraviesan el meridiano de las 12 horas: en el 93% la rotura está a las 12 horas o en un triángulo cuyo vértice está en la ora serrata y en cuyos lados se extienden 1 1/2 horas de reloj a ambos lados de las 12.

► Regla 3:

Desprendimientos inferiores: en el 95% el lado superior del DRR indica en qué lado del disco está la rotura superior.

► Regla 4:

DRR Buloso inferior: el origen de este tipo de DRR es una rotura superior. Entre un 3-21% de los DRR, según las series, no se localizarán las roturas preoperatoriamente.



Hallazgos del Fondo de Ojo:

- ▶ DRR **reciente**: La retina desprendida tiene un aspecto ondulado y móvil, se extiende de la ora serrata al nervio óptico. Generalmente se observa sinéresis vítrea, suele existir DPV y tracción en las roturas retinianas.
- ▶ En raras ocasiones, encontramos DRR sin DPV; éstos son más prevalentes en pacientes **miopes altos** y son secundarios a agujeros tróficos.
- ▶ Desprendimientos de más **larga evolución**: la retina puede estar adelgazada y presentar pliegues fijos secundarios a PVR (proliferación vitreoretiniana) y quistes retinianos.



Desprendimiento de retina total de 1 mes de evolución con proliferación vitreoretiniana grado C4 posterior

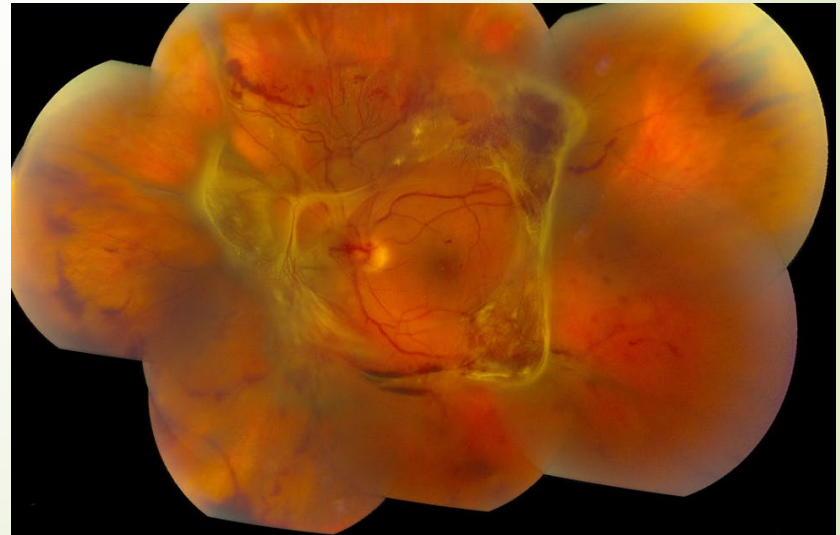
Pruebas Complementarias

- ▶ Retinografía de Campo Amplio: para registrar la anatomía del DRR, la presencia o no de PVR y la afectación macular
- ▶ OCT: para determinar la altura del DRR y poner de manifiesto la presencia de EMQ o AM



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ▶ Desprendimiento **exudativo**: característicamente no llega a la ora serrata, es convexa (como DRR), no presenta desgarros retinianos, el fluido varía de posición con el cambio de posición de la cabeza. Como no hay tracción vitreoretiniana no se verán fotopsias y puede haber moscas volantes si hay vitritis asociada.
- ▶ Desprendimiento **traccional**: la retina no es móvil, es cóncava y existen bandas de proliferación que estiran la retina. No suele haber fotopsias ni moscas volantes porque la tracción vitreoretiniana se instaura lentamente y no se asocia a DVP agudo.





TRATAMIENTO

Consideraciones

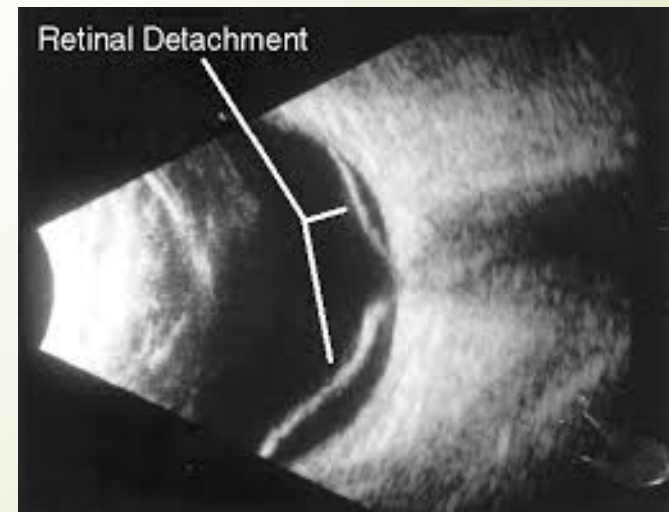
Las 2 técnicas quirúrgicas más frecuentes actualmente son la **cirugía escleral** y la **VPP**.
Pneumoretinopexia para casos seleccionados

El DRR primario se clasificará en fágico y pseudofágico y en no complejo y complejo (dependiendo de la presencia de signos de PVR menor de grado B o mayor)

INDICACIÓN DE CIRUGÍA URGENTE

- ▶ DR sintomáticos agudos, sobre todo si no aún no han afectado a la mácula.
- ▶ Rotura superior o de gran tamaño y sinéresis avanzada (p.e miopes).

En paciente con hemorragia vítrea densa reciente en los que sea imposible visualizar el FO también deben ser operados lo antes posible si la ecografía en modo B muestra un DR subyacente.



CIRUGÍA ESCLERAL

- ▶ Se considera la técnica de referencia en el **desprendimiento de retina primario fáquico**. Es la técnica quirúrgica más consolidada y con los resultados publicados con mayor seguimiento.
- ▶ **No** se consideran indicaciones de cirugía escleral: casos primarios con roturas posteriores al ecuador, desgarros gigantes, casos con opacidad de medios que dificulten la exploración correcta del fondo de ojo, casos con desprendimiento de la retina complejo y una consideración especial hay que prestar en pacientes intervenidos de glaucoma.

TASA DE REAPLICACIÓN

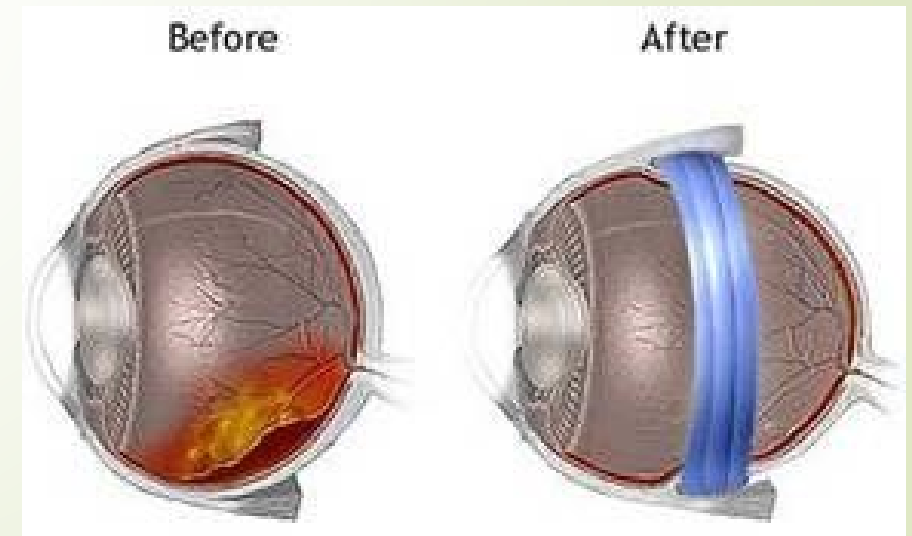
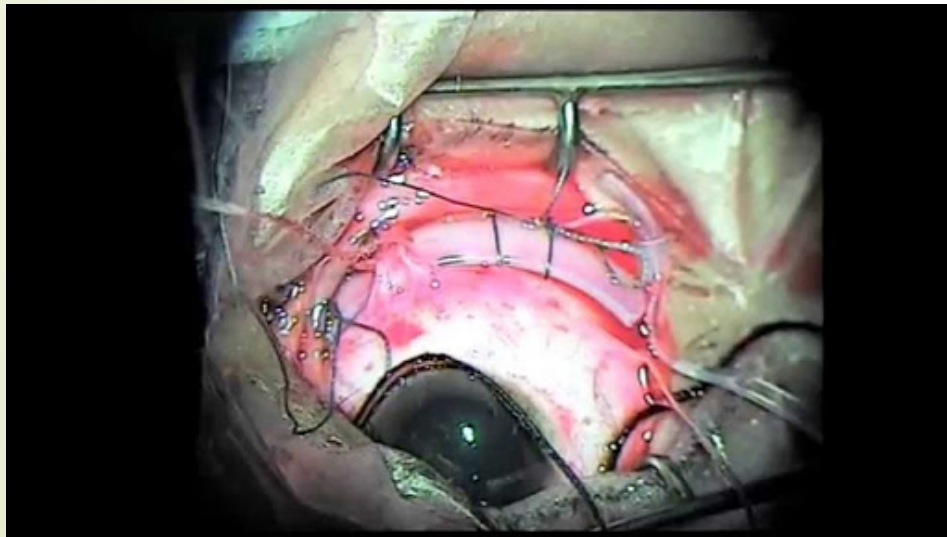
- ✓ Primaria: del 75% al 91% . Final con múltiples intervenciones: del 88 al 97%.
- ✓ Estudio multicéntrico, prospectivo y randomizado comparando cirugía escleral vs VPP en pacientes con desprendimiento primario no complicado mostró una tasa de reaplicación primaria del 63.6% en los pacientes tratados con cirugía escleral y del 63.8% en los tratados con vitrectomía (sin diferencias significativas).
- ✓ La tasa de reaplicación primaria en el desprendimiento de retina **pseudofáquico** tratado con cirugía escleral es en general **inferior** a los casos fáquicos.

CIRUGÍA ESCLERAL

Principio: Se sutura a la esclera un material (explantes) que crea una indentación hacia dentro. Su objetivo es cerrar las roturas retinianas mediante la aposición del EPR a la RNS, así como reducir la tracción vitreoretiniana dinámica.

Explantes: de silicona blanda o dura. La forma puede ser radial, segmentaria o circunferencial (en cerclaje).

Técnica: 1. Peritomía para facilitar el acceso 2. Localización de las roturas retinianas y crioterapia 3. Sutura a la esclera de un explante de las dimensiones y orientación adecuadas 4. Comprobación de la posición.



Vitrectomía vía Pars Plana

- Esta técnica ha ganado popularidad respecto a la cirugía escleral en los últimos años, sobretodo en el **desprendimiento de retina pseudofáquico primario**.
- En series de casos prospectivas y retrospectivas, las tasas de reaplicación primaria son del 75 al 100% con tasas finales del 96 al 100%.
- Estudios muestran superioridad de las técnicas de VPP sobre la cirugía escleral clásica en el tratamiento del DRR primario pseudofáquico o afáquico no complicado.



VPP

Instrumentación: Convencionalmente calibre 20G, se están popularizando calibres menores como 23G, 25G e incluso 27G.

Sustancias tamponadoras:

- Gases expansibles (SF₆, C₂F₆ o C₃F₈)
- Aceites de silicona
- Líquidos pesados (perfluorocarbonos)

Técnica de vitrectomía básica: 1. Inserción de una cánula de infusión 2. Esclerotomías a las 10h y a las 2h e introducción de vitreotomo y sonda fibra óptica 3. Eliminación del gel vítreo central y la superficie hialoidea posterior.



VPP 23G

Retinopexia neumática

Procedimiento en el cual se usa una burbuja de gas intravítreo junto con crioterapia o láser para sellar una rotura retiniana y reapplicar la retina. Los gases más usados son el SF₆ y el C₃F₈.

- ▶ Ventajas: Rápida, mínimamente invasiva y ambulatoria.
- ▶ Desventajas: Tasa de éxito peores, creación de roturas iatrogénica.
- ▶ **Indicaciones**: normalmente se reserva para tratar DR no complicados con una rotura retiniana pequeña o un grupo de roturas que ocupen menos de 3h de reloj de los dos tercios superiores de la retina periférica.



COMPLICACIONES

Explantos esclerales:

- Diplopia
- EMC
- Isquemia del segmento anterior
- Extrusión, intrusión o infección del explante
- Aumento de la PIO
- Desprendimiento coroideo

VPP

- Aumento de la PIO (gas y silicona)
- Catarata (gas y silicona)
- Queratopatía en banda (silicona)



GRACIAS POR SU ATENCIÓN