

Tratamiento del desprendimiento de retina asociado a agujero macular

LUCIANO BERRETTA, MARCELA GARCÍA, JUAN MARTÍN GIAMBRUNI, DAVID DIAMINT

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los resultados postoperatorios del tratamiento quirúrgico de pacientes con desprendimiento de retina asociado a agujero macular.

MÉTODOS: Se estudiaron 11 pacientes con desprendimiento de retina asociado a agujero macular (rango entre 12 meses y 36 meses). En 10 pacientes se realizó vitrectomía vía pars plana usando gas perfluoropropano (C3F8) al 15% en cuatro casos y aceite de silicona en seis pacientes. En el paciente restante se realizó cirugía de buckling escleral, drenaje de líquido subretinal e inyección de gas intravítreo. El seguimiento mínimo fue de 12 meses.

RESULTADOS: Todos los pacientes presentaron retina aplicada al finalizar el seguimiento. Un caso fue reoperado con aceite de silicona por recidiva del desprendimiento de retina a causa de proliferación vitreoretinal (PVR) con buenos resultados postoperatorios.

CONCLUSIÓN: En la experiencia de los autores, la vitrectomía primaria tiene algunas ventajas y es segura en tratar a los pacientes con desprendimiento de retina asociado a agujero macular. *OFTALMOL CLIN EXP 2008;3: 70-72*

PALABRAS CLAVE: desprendimiento de retina, agujero macular, vitrectomía.

Treatment of retinal detachment due to macular hole

ABSTRACT

PURPOSE: To evaluate the postoperative results of patients with rhegmatogenous retinal detachment associated to macular hole.

METHODS: Eleven patients were studied with a minimal follow-up of 12 months (between 12 and 36 months). Ten patients were treated with primary vitrectomy using C3F8 diluted to 15% in 4 patients, and silicon oil in 6 patients. In one patient it was performed a scleral buckling procedure with subretinal fluid drainage and intravitreal gas injection.

RESULTS: All the patients had the retina attached at the end of the follow-up. One patient was reoperated using silicon oil because redetachment due to vitreoretinal proliferation, with good postoperative outcomes.

CONCLUSIONS: In our experience, primary vitrectomy has many advantages and it is also a safe procedure to treat retinal detachment due to macular hole. *OFTALMOL CLIN EXP 2008;3: 70-72*

KEYWORDS: retinal detachment, macular hole, vitrectomy.

El desprendimiento regmatógeno de retina (DRR) asociado a agujero macular es una forma infrecuente de DRR con una incidencia de 0,5-4%¹⁻⁴, donde la solución de continuidad retinal se encuentra en el área macular. Los tipos más frecuentes de agujero macular asociado a DRR son el miópico, el idiopático senil y el traumático⁵. Existen distintas técnicas quirúrgicas descriptas para tratar estos casos, utilizando buckling escleral⁶⁻⁹, retinopexia neumática¹⁰⁻¹², vitrectomía vía pars plana¹³⁻¹⁷ y técnicas combinadas¹⁸⁻¹⁹ con distintos resultados postoperatorios.

En este trabajo se analiza el resultado anatómico y funcional clínico del tratamiento quirúrgico en una serie de pacientes operados con diagnóstico de DRR asociado a agujero macular.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo analizando los resultados postoperatorios de 11 pacientes con diagnóstico de desprendimiento de retina asociado a agujero macular, con un seguimiento mínimo de 12 meses (rango entre 12 y 36 meses).

La edad de los pacientes varió entre 44 y 68 años. La agudeza visual preoperatoria fue menor a cuenta dedos en todos los pacientes y la presión ocular fue menor a 10 mmHg en todos los casos. El 72% presentaba pseudofaquia y el 30% tenía desgarros retinales periféricos. El diagnóstico se realizó con oftalmoscopia binocular indirecta y biomicroscopia del fondo de ojos (fig. 1).

En 10 pacientes se usó vitrectomía primaria

Recibido:
22 septiembre 2008
Aceptado:
30 septiembre 2008
Autor responsable:
Dr. Luciano Berretta.
Servicio de Oftalmología,
Hospital Italiano de
Buenos Aires
Gascón 450
Tel. (011) 4959-0200
(interno 8366).
C.E.: luciano.berretta@
hospitalitaliano.org.ar

Los autores manifiestan no tener ningún interés comercial en las técnicas usadas en el estudio.

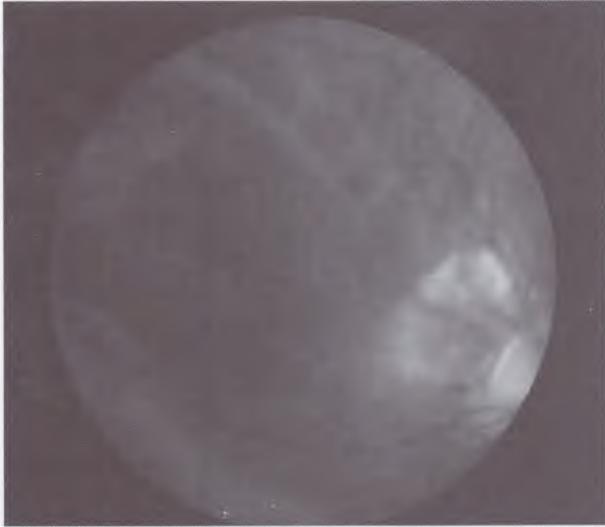


Figura 1. Desprendimiento de retina inferior con agujero macular en un paciente miope.

como técnica de elección con C3F8 al 15% en 4 casos y aceite de silicona en 6 casos, eligiendo el taponador según características del DRR y del paciente. Los pacientes que presentaban desgarros retinales periféricos fueron tratados con crioterapia transconjuntival intraquirúrgica. En un caso se realizó técnica de buckling escleral con drenaje de líquido subretinal e inyección intravítrea de C3F8 al 15%. A todos los pacientes se indicó posicionamiento boca abajo en el postoperatorio inmediato.

Resultados

Al finalizar el seguimiento, todos los pacientes de la serie presentaron la retina aplicada, mejoría de su agudeza visual preoperatoria y recuperación de valores normales de presión ocular. Un caso fue reoperado por recidiva del DRR debido a proliferación vitreoretinal (PVR) usando aceite de silicona con buenos resultados postoperatorios y un caso necesitó gotas hipotensoras para controlar su presión ocular en valores normales. A los 6 meses de evolución, los 3 pacientes fáquicos (28%) presentaron catarata nuclear como complicación tardía de la cirugía vítrea, a los cuales se realizó facoemulsificación con lente intraocular sin inconvenientes.

Discusión

Aunque las técnicas quirúrgicas descritas en DRR asociado a agujero macular son varias los autores consideran que habría dos situaciones a considerar por separado. Aquellos DRR asociados a agujero macular sin desgarros retinales periféricos, que en nuestra casuística corresponden al 70%, podrían ser tratados con vitrectomía pars plana primaria²⁰⁻²² o retinopexia neumática¹⁰⁻¹², siendo de nuestra preferencia la vitrectomía por la posibilidad de realizar extracción completa de tracciones vitreoretinales y

taponamiento con gas o aceite de silicona. Otra situación se presenta cuando el DRR asociado a agujero macular se acompaña de desgarros retinales periféricos —30% de nuestra serie— donde además de la vitrectomía con taponamiento se realiza retinopexia de los desgarros periféricos²³.

La necesidad de retinopexia alrededor de los agujeros maculares no está muy clara²⁴. Si se ha eliminado toda la tracción vítrea y el epitelio pigmentado es normal, la retina sigue aplicada en la mayoría de los casos tras la reabsorción de la burbuja de gas. Si el epitelio pigmentado es anormal, como sucede en ojos con miopía patológica, puede ser necesario la retinopexia macular y el uso de aceite de silicona²².

Las causas de recidiva en estos casos son controvertidos, siendo la persistencia de membranas epirretinales maculares²⁵⁻²⁶ y la proliferación vitreoretinal las más importantes.

En síntesis, las ventajas de la vitrectomía permitirán considerarla como tratamiento primario en este tipo en particular de desprendimiento de retina.

Referencias

- Howard GM, Campbell CL. Surgical repair of retinal detachment caused by macular holes. *Arch Ophthalmol* 1969; 81: 317-24.
- Margherio RR, Schepens CL. Macular breaks: diagnosis, etiology and observations. *Am J Ophthalmol* 1972; 74: 219-32.
- Feman SS, Hepler RS, Straatsma BR. Rhegmatogenous retinal detachment due to macular hole: Management with cryotherapy and a Y-shaped sling. *Arch Ophthalmol* 1974; 91: 371-2.
- Riordan-Eva P, Chignell AH. Full thickness macular breaks in rhegmatogenous retinal detachment with peripheral retinal breaks. *Br J Ophthalmol* 1992; 76: 346-8.
- Morita H, Ideta H, Ito K, Yonemoto J, Sasaki K, Tanaka S. Causative factors of retinal detachment in macular hole. *Retina* 1991; 11: 281-4.
- Landolfo V, Albin L, Romano A. Macular hole-induced retinal detachment: treatment with an "armed-silicone" implant. *Ophthalmic Surg* 1986; 17: 810-2.
- Theodosiadis GP, Sasoh M. Macular buckling for retinal detachment due to macular hole in highly myopic eyes with posterior staphyloma. *Retina* 2002; 22: 129.
- Tanaka T, Ando F, Usui M. Epiescleral macular buckling by semirigid shaped-rod exopiant for recurrent retinal detachment with macular hole in highly myopic eyes. *Retina* 2005; 25: 147-51.
- Theodosiadis GP, Theodosiadis PG. The macular buckling procedure in the treatment of retinal detachment in highly myopic macular hole and posterior staphyloma: mean follow-up of 15 years. *Retina* 2005; 25: 285-9.
- Menchini U, Scialdone A, Visconti C, Brancato R. Pneumoretinopexy in the treatment of retinal detachment with macular hole. *Int Ophthalmol* 1988; 12: 213-5.
- Rashed O, Sheta S. Evaluation of the functional results after different techniques for treatment of retinal detachment due to macular hole. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1989; 27: 508-12.
- Blankenship GW, Ibañez-Langlois S. Treatment of myopic macular hole and detachment: intravitreal gas exchange. *Ophthalmology* 1987; 94: 333-6.
- Gonvers M, Machermer R. A new approach to treating retinal detachment with macular hole. *Am J Ophthalmol* 1982; 94: 468-72.
- Harris MJ, de Bustros S, Michels RG. Treatment of retinal detachment due to macular holes. *Retina* 1984; 4: 144-7.
- Wolfensberger TJ, Gonvers M. Long-term follow-up of retinal detachment due to macular hole in myopic eyes treated by temporary silicone oil tamponade and laser photocoagulation. *Ophthalmology* 1999; 106: 1786-91.

16. Kwok AK, Cheng LL, Lam DS. Long-term follow up of retinal detachment from macular hole. *Ophthalmology* 2000; 107: 1800-1.
17. Wolfensberger TJ, Gonvers M. Surgical treatment of retinal detachment owing to macular hole. *Semin Ophthalmol* 2000; 15: 122-7.
18. Mitamura Y, Takeuchi S, Tsuruoka M. Macular buckling combined with pars plana vitrectomy for complicated retinal detachment due to macular hole. *Retina* 2000; 20: 669-72.
19. Matsuo T, Shiraga F, Takasu I, Okanouchi T. Scleral infolding combined with vitrectomy and gas taponade for retinal detachment with macular hole in highly myopic eyes. *Jpn J Ophthalmol* 2001; 45: 403-8.
20. Kuriyama S, Matsumura M, Harada T, Ishigooka H, Ogino N. Surgical techniques and reattachment rates in retinal detachment due to macular hole. *Arch Ophthalmol* 1990; 108: 1559-61.
21. Wolfensberger TJ, Gonvers M, Bovey E. Very long term follow up of retinal detachment due to macular hole treated with vitrectomy and air injection. *Retina* 2001; 21: 678-81.
22. Scholda C, Wirtitsch M, Biowski R, Stur M. Primary silicon oil tamponade without retinopexy in highly myopic eyes with central macular hole detachments. *Retina* 2005; 25: 141-6.
23. O'Driscoll AM, Goble RR, Kirkby GR. Vitrectomy for retinal detachment with both peripheral retinal breaks and macular holes: an assessment of outcome and the status of the macular hole. *Retina* 2001; 21: 221-5.
24. Kwok AK, Cheng LL, Sharma T, Lam DS. Endolaser around macular hole in the management of associated retinal detachment in highly myopic eyes. *Retina* 2000; 20: 439-44.
25. Bonnet M, Semiglia R. Late recurrences after successful surgery for retinal detachment with macular hole. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1993; 231: 347-50.
26. Seike C, Kusaka S, Sakagami K, Ohashi Y. Reopening of macular holes in highly myopic eyes with retinal detachments. *Retina* 1997; 17: 2-6.