

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA GELATINA EN EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

DR. ANTONIO BORRÁS *
DR. ALBRECHT MEERHOFF *

Las posibilidades de la cura del DR pueden ser resumidas en:

- A) Cerrar todas las soluciones de continuidad de la retina, lo que implica : 1) detectar todas las soluciones de continuidad existentes,
2) crear focos de coroiditis en esas zonas,
3) colocar la retina en contacto con la coroides, y
4) mantener este contacto hasta que el o los focos de coriorretinitis hayan creado adherencias firmes.
- B) Realizar esto con el mínimo daño para el ojo en el presente y en el futuro, y
- C) Hacer la profilaxis de nuevas soluciones de continuidad.

Los modos de lograr estos objetivos son múltiples:

La retinopexia tipo Gonin, los implantes extraesclerales y los implantes intraesclerales. Estos últimos pueden ser resorbibles o no resorbibles.

Dado los inconvenientes de los implantes no resorbibles: migraciones intraoculares o extraoculares, etc., en 1960 ideamos para usar en determinados casos el implante intraescleral de Gelatina.

De preferencia usamos el Gelfoam del Lab. Upjhon o la Gelita del Lab. Braum-Melsungen, que se coloca en un bolsillo escleral tallado en la unión de los 2/3 externos con el tercio interno y sobrepasando con amplitud la zona del desgarro, sobre la que está colocada.

Esta indentación produce una saliente en domo o cúpula sin aristas afiladas en el fondo de ojo, que aumenta en la primer semana y demora de 2 a 4 meses en desaparecer dejando un fondo de ojo sin deformaciones en todo similar a la retinopexia de Gonin. Luego de catorce años de uso de la técnica creemos útil precisar cuales son sus indicaciones, sus contraindicaciones y cuales han sido sus principales complicaciones.

Sus indicaciones serán aquellos DR en los que por no existir una tracción vítrea, la cura puede ser alcanzada por la simple yuxtaposición transitória de retina a coroides hasta que se haya logrado la adherencia cicatrizal en esa zona y en que no se desea dejar en el interior del ojo sustancias extrañas cuya tolerancia a mediano y largo plazo puede ser discutible.

Hemos utilizado el procedimiento en:

- 1) desgarros únicos medianos y pequeños;
- 2) en desgarros grandes hasta cuatro diámetro papilares,

* Montevideo — Uruguay

- 3) en casos de dos desgarros cuando éstos están colocados en la misma zona de retina y en esas ocasiones pueden ser tomadas por una única disección escleral. Cuando los desgarros están alejados obligan a realizar dos bolsas esclerales.
- 4) en casos de tres a cuatro desgarros tomándolos cuando es posible en una sola disección o si es necesario excavando más de una bolsa escleral,
Cuando el número de desgarros es grande creemos que es más seguro las técnicas de cerclage, y
- 5) en diálisis retinianas que en ocasiones obligan por su amplitud a bolsas esclerales bastante alargadas en el sentido ecuatorial.

Las contraindicaciones pueden originarse en el tipo de desprendimiento o en la esclera.

- a) **Por el tipo de desprendimiento** no la consideramos indicada en las inversiones de la retina, en los desgarros gigantes, en las retracciones masivas del vítreo, en los desgarros muy numerosos, o en la falta de visualización de los desgarros y en los desgarros muy posteriores por la dificultad de tallar correctamente un colgajo escleral en estos campos operatórios difíciles de exponer correctamente;
- b) **En lo referente a la esclerótica** la extrema delgadez de ésta, lo que se encuentra con bastante frecuencia, hace que en esos casos sea peligroso el tallar el bolsillo ante la inminencia de perforación escleral. —

Las complicaciones que hemos encontrado más frecuentemente las podemos clasificar en:

a) **comunes a toda cirugía del desprendimiento de retina**, como sección de vorticosas, dificultad o falta intraoperatoria de localización del desgarro, infección. Esta última se nos ha presentado en porcentajes semejantes a cuando utilizamos otras técnicas.

b) **Imputables al método**

1) **Por la disección escleral**

Este grupo de complicaciones es compartido por todos los implantes intraesclerales. En ella puede producirse la perforación de las capas profundas o de las superficiales de la esclerótica.

En la perforación de las capas profundas hay que suturarlas (seda virgen o nylon monofilamento 8-0) y luego tener mucho cuidado al hacer la inclusión de la gelatina por la probable perforación de la coroides y la migración intravítrea del implante.

En caso de perforación de las capas superficiales, éstas deben ser suturadas en forma similar a las profundas. Cuando queda alguna solución de continuidad escleral que no se puede suturar, por desgarros sucesivos de la tapa escleral producida por disección muy superficial se puede colocar un trozo grueso de gelatina que cubra la zona o reforzarle con esclera conservada.

Estas soluciones de continuidad son más graves en la inclusión de gelatina en pequeños trozos como lo hacen Mendez ⁽³⁾, Jordano ⁽⁴⁾ y nosotros ⁽⁵⁾ ⁽¹⁶⁾ que cuando se utilizan las planchas fabricadas por

Upjhon como lo hace Jacklin y col (7) o cuando se utilizan implantes no resorbibles de silicón, pues los pequeños trozos de gelatina pueden escapar por ellos.

No obstante tomando las precauciones antedichas es posible lograr una indentación satisfactoria aún en presencia de esta complicación.

2) **Por el tipo de implante utilizado.** El implante de gelatina demora dos a cuatro meses en resorberse. Solo en un caso nos ha quedado la duda de que su resorción precoz puede haber sido causa de fracaso.

El tiempo de indentación es totalmente suficiente para lograr una correcta cicatriz retinocoroidea. El Dr. Raúl Mendez (8) que tiene una considerable experiencia con el procedimiento, nos ha llamado la atención con el fenómeno que él denomina "vaciamiento precoz de la bolsa". Es posible debido a fallas en la sutura y expulsión de la gelatina hacia los planos extraesclerales. Se produce en estos casos una disminución brusca de la saliente intraocular de la indentación.

No compromete el resultado final dado que se produce luego de algunos días de la cirugía, el desgarro ya está en seco, las adherencias ya comenzaron a formarse y en general el vaciamiento no es completo, quedando suficiente gelatina como para mantener una indentación moderada. En nuestra experiencia ha sido muy poco frecuente.

Otra posibilidad es la migración subcoroides del implante. Fué en esta posición que la gelatina fué usada por Strampelli (9).

En nuestra experiencia nos sucedió en dos ocasiones y luego de una reacción inflamatoria mediana en un caso y moderada en otro, la gelatina se resorbió en algunas semanas.

En un caso la gelatina fué implantada por error en posición subretiniana. No hubo mayor reacción inflamatoria y se resorbió también en plazo de 4-6 semanas.

La complicación mayor que hemos tenido fué, en un caso, el pasaje al vítreo del implante de gelatina. Se debió a un grueso error de técnica por colocar la gelatina con demasiada presión, en el deseo de lograr indentar bien un desgarro muy posterior. La situación se debió haber resuelto llevando más hacia atrás la disección escleral y no haciendo más presión con el implante. Hubo salida de vítreo e importante cantidad de gelatina pasó a la cámara vítrea. Se trataba de un ojo único. Se retiraron algunos trozos de gelatina, se suturó la solución de continuidad y se colocó un silicón extraescleral y se hizo en otra zona el drenaje del líquido subretiniano. Hubo una pequeña hemorragia de vítreo y la retina quedó acolada. La gelatina se fragmentó y produjo enturbiamiento del vítreo y fué resorbiéndose lentamente para desaparecer totalmente 4 a 5 meses. Lleva ya dos años y medio de evolución y su retina permanece acolada, siendo su visión con la corrección de su miopía muy satisfactoria.

COMENTARIOS

De acuerdo a nuestra práctica de catorce años y más de 200 casos operados, las principales ventajas de las implantaciones de gelatina son:

- a) asegurar un contacto de retina y coroides por 4 a 12 semanas, tiempo suficiente en nuestra experiencia para asegurar una buena cicatriz retinocoroidea.
- b) no dejan cuerpo extraño luego de producir la cura, lo que es importante sobre todo en enfermos jóvenes.
- c) contrariamente a los silicones solo excepcionalmente dan pliegues meridionales debido a la suave cúpula que forman y a su falta de aristas salientes.
- d) permiten graduar la altura de la indentación de acuerdo a la cantidad de material colocado.
- e) son perfectamente tolerados.

Pensamos que el procedimiento, adecuando a sus debidas indicaciones, limitado por sus contraindicaciones y con un debido conocimiento de sus complicaciones tiene un lugar definido en las indicaciones quirúrgicas del desprendimiento de retina.

RESUMEN

Se presenta la experiencia de 14 años con el uso de los implantes de gelatina intraescleroides en la cirugía del desprendimiento de retina, con referencia a sus indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Las principales ventajas de la técnica son la de no dejar un cuerpo extraño en el ojo y la perfecta tolerancia de la gelatina colocada entre láminas esclerales.

SUMMARY

Fourteen years experience with intrascleral gelatin implants are presented with special reference to their indications, contraindications and complications. The main advantages of the technique are that no foreign body remains into the eye and the perfect tolerance of the gelatin inserted between scleral lamellae.

BIBLIOGRAFIA

1. BORRÁS, A. — El uso de los films de gelatina absorbibles en la cirugía del desprendimiento de retina. Arch. de la Cat. Oftal. Montevideo 1:4, 1.160.
2. BORRÁS, A. — Inclusion of absorbible gelatin between scleral lamellae in the treatment of retinal detachment Am. J. Ophthal. 52:561, 1161.
3. MENDEZ, R. — Análisis crítico de los distintos procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del desprendimiento de retina. Presentación a la Soc. Argentina de Oftalmología, curso de postgraduados. Bs. Aires, Julio 10, 1970.
4. JORDANO, J. — Indentación pasajera mediante inclusión intraescleral de espongotan. Arch. Soc. Esp. Oftal. 33:895, 1973.
5. BORRÁS, A. y MEERHOFF, A. — Ten years experience with intrascleral gelatin implants in retinal detachment. Am. J. Ophth. 73:390, 1972.
6. MEERHOFF, A. — El empleo de los materiales aloplásticos en la cirugía del desprendimiento de retina. Rev. de Cirugía Plástica del Uruguay 4:3, 1163.
7. JACKLIN, H.; MACKENZIE-FREEMAN, H.; SCHEAPENS, Ch. and TABLANTE, T. R. — Gelatin as an absorbable implant in scleral buckling procedure. A preliminary report. Arch. Ophth. 79:286; 1163.
8. MENDEZ, R. — Comunicación personal.
9. STRAMPELLI, B. — Introduzione de spugna de gelatina nello spazio suprachoroideale nella operazione del distaco de retina non riducibili con il riposo. Ann Ottal e Clin. Ocul. 80:175; 1954.