

15 AÑOS DE INCLUSION DE “SILASTIC” INTRAESCLERAL EN EL TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Dr. HUMBERTO A. PEREZ
Buenos Aires - Argentina

De todos los capítulos o jalones que han llevado al actual tratamiento del desprendimiento de la retina —y entre ellos reconocemos a J. Gonin, de Lausanne; a Custodis, de Dusseldorf y a C. Schepens— el más importante contemporáneo es el del uso de la esponja de silicona.

En el principio las tentativas llevadas a cabo fueron exoimplantes, o más propiamente dicho, indentaciones epiesclerales permanentes, con poliviól, (E. Custodis¹) al promediar la década del 50.

Schepens y col.² incluyeron en el espesor escleral polietileno, y más tarde, silicones sólidos, ya en forma de cintas acanaladas o casquetes esféricos sectoriales.

Harvey Breslin³ es la primera referencia bibliográfica en una revista médica (G. Clark, en una comunicación a *The Bulletin*, órgano de la Dow Corning Center for Aid to Medical Research, de abril de 1961, informó sobre el éxito del tratamiento con siliconas intraesclerales, en forma de esponja. No indica técnica quirúrgica, ni criterio de curación, ni estadística).

Lincoff, Baras & McLean emplean la técnica de Custodis, pero usando esponja de silicona, en vez de poliviól, hacia 1965. Trabajo de importancia, pues además, de esta novedad, usan nuevas agujas y crioterapia.

Francisco Rodríguez-Vásquez nos enseñó, en nuestro quirófano del Hospital Salaberry en 1964, la inclusión intraescleral de la esclera de donador.

Llegamos así a la conclusión moderna, derivada de lo consuetudinario, es decir, consagrada por el tiempo: *que el uso de la esponja de siliconas —Epi o intraescleral— es de normal aceptación entre los cirujanos de la retina y que ello no entraña iatropatías a mediano o largo plazo.*

Este material —un dimetil-siloxano— en forma de esponja a micro-celdillas, ya por la década de 1960 es ampliamente usado en la más diversa cirugía: cabeza, cuello, laringe, subcutáneo, articulaciones, manos, deformidades oclusales de la boca, etc. Esterilizable al formol o en estufa a 180°C.

Se lo reconoce altamente inerte, con pequeña o ninguna reactividad tisular. Fácilmente cortable y/o moldeable, adaptándose a la presión de los tejidos, sin angulaciones, traumatizante.

Lo hemos usado en los últimos 15 años y, cuando lo hacemos intraescleral, hemos determinado previamente —pre o intraquirúrgicamente, la modalidad de uso—. Con la localización a oftalmoscopia binocular indirecta —exclusivamente— identamos a lo Trantas, con depresor standard pre, o con mod. Meyer-Schwickerath, en la forma intraoperatoria. Si la depresión es suficiente para alcanzar la bolsa con el desgarró, queda decidida la hechura de una marsupia. Esta se talla con hojas de bisturí No. 64 Beaver, completando con No. 66 para el labio proximal al limbo. Dicha marsupia se hace a favor de un decolaje de las láminas esclerales en dirección transecuatorial, bajo visión directa del fondo del bolsillo; esto último es estrictamente necesario para visualizar alguna ampolla vorticosa; ergo, hay que evitar la lesión de éstas, pues inmediatamente se producen hemorragias, no sólo local sino intraoculares. Ya volveremos sobre el tema.

Como comentario liminar a la inclusión en sí, debemos incluir acá un acápite sobre los problemas inmediatos a la hechura del bolsillo. Esclera delgada, miopía, estafilomas, etc. Hay que tomar muy en cuenta el estado de la esclera (el principal índice es el color de la misma en la zona elegida); si ésta es azulada denota la presencia de un adelgazamiento y se desistirá de hacer el plombaje, pues es someterse a los riesgos derivados de ese poco espesor, a saber: perforación en coroides; bordes de pared muy fina, que impide la buena síntesis; si la marsupia es de menor tamaño que el implante habrá un “saco hipertenso” que al suturar desgarrará los labios. La relación implante-cavidad hay que respetarla; para ello se harán varias pruebas antes de comenzar la sutura⁴.

15 AÑOS DE INCLUSION DE "SILASTIC"

De la elección de la incisión inicial: con el indentador de Meyer-Schwickerath localizamos y "cargamos" el desgarro sobre el mismo. Dos milímetros hacia polo posterior, demarcamos la zona elegida y realizamos un corte sobre la esclera —paralelo, la mayoría de las veces— al ecuador ocular; en otras palabras, el bolsillo será tallado *todo* en localización *trans-desgarro*, quedando en localización *cis-desgarro* sólo el labio anterior o "limbar".

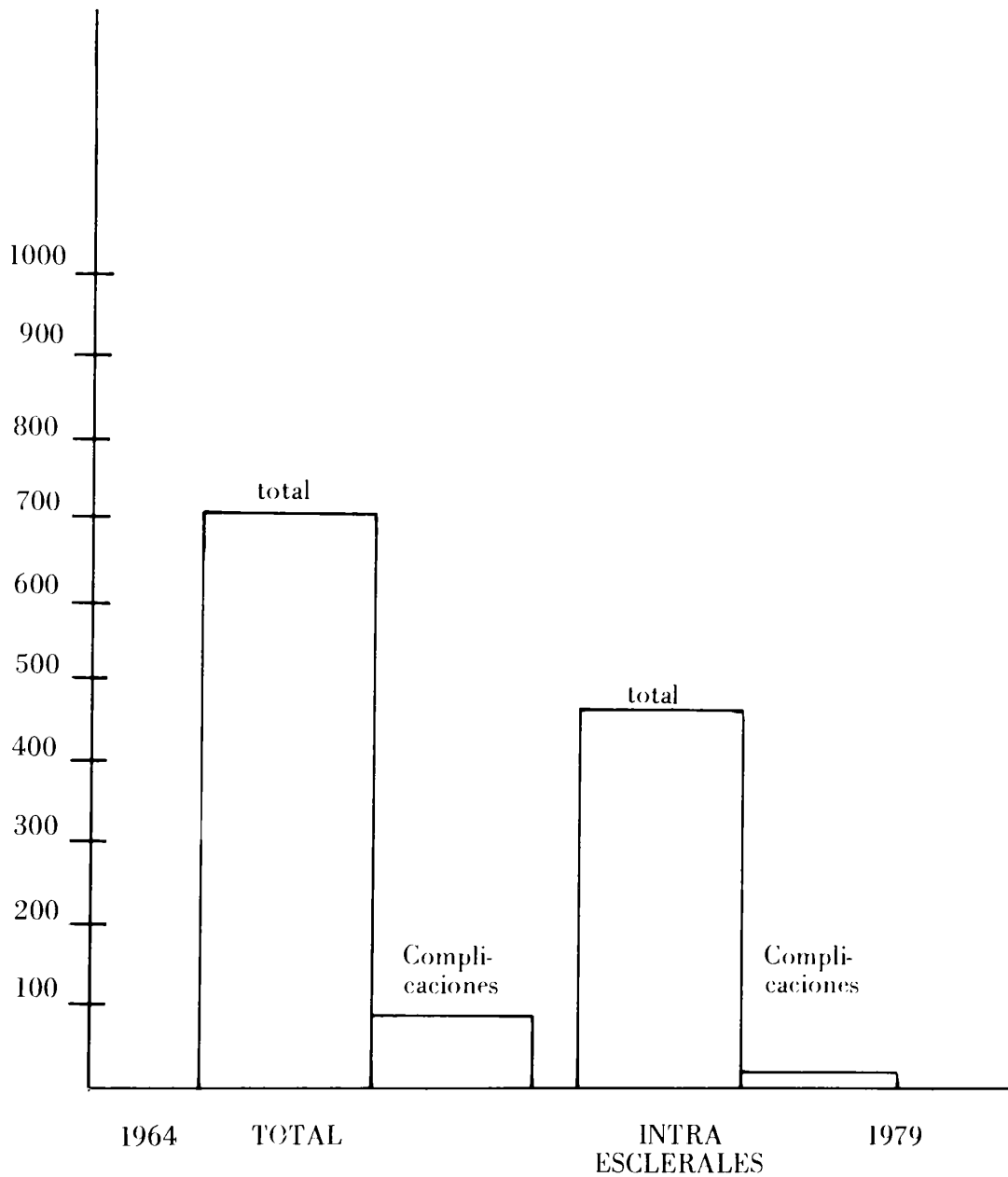
De las venas vorticosas: especial cuidado hay que tener del manejo de las mismas. De las más importantes son las vorticosas del cuadrante supero-externo, ya que ésta resume los 2 / 3 de la circulación de retorno macular. Si ésta es lesionada por el bisturí, drenará sangre al interior del bolsillo por poco tiempo —se puede cauterizar *ab-externo*— pero, lo más importante, también drenará al interior del ojo, formando una hemorragia pre-retinal, que en forma inmediata alcanzará el área macular. Agradidamente la localización de estas ampollas, en general, es tan posterior que no llegan a producir problemas.

De la cauterización: empleamos sistemáticamente la diatermocoagulación con electrodo de 0.75 mm² de sección en el punto 30 del equipo M.I.R.A.; emplear mayor sección o mayor intensidad presupone necrosis coroidea. La electrocoagulación la hacemos sobre el lecho del bolsillo sin tocar su pared externa bajo visión directa con el oftalmoscopio binocular indirecto. Al localizar el "patch", ligeramente blanquecino, ya concluimos la cauterización. Obviamente, hemos usado la criocoagulación, pero en nuestras manos tenemos resultados iguales o mejores a los obtenidos con ésta.

Del material de inclusión: empleamos desde hace años, "pellets" del "Silastic Sponge" No. 812, que recortamos a voluntad y necesidad durante el acto quirúrgico. Para hacerlos redondos empleamos trépanos de 5, 7 o 9 mm, terminando el recorte a tijeras del espesor deseado; también puede cortarse de los modelos de 5 o 7.5x5. mm del producto No. 855-5 (Lincoff Design). Este material debe tener un tamaño igual al de la cavidad bursátil. Años atrás la colocábamos a presión en el interior de la misma, con el resultado de un "saco hipertenso" para la sutura, y por otro, el inconveniente de un domo muy prominente en el interior del ojo.

De las infecciones o rechazos de la esponja: en nuestra estadística —vide infra— cuentan seis casos en los que hubo que reintervenir: un caso por extrusión al dislacerarse la pared externa de la marsupia: dos casos por granuloma micótico (se trataba de candidiasis). Dos casos por intrusión

endocular sin infección. Además de estos seis (sobre 384), hubo dos casos con tyndall posterior prolongado y un caso con micosis por *candida albicans* de característica endógena. Todo esto conforma alrededor del 2% de complicaciones post-quirúrgicas imputables al implante. Recientemente Forest y col.⁵ refieren un 8% de complicaciones en exoimplantes con siliconas; algunas de estas complicaciones devienen por *Staphilococcus epidermidis*, especie de común hallazgo en los sacos conjuntivales como saprófitos, pero de tener en cuenta. En



el Ateneo de 1978 del Hospital Salaberry —de la Sociedad Argentina de Oftalmología— presentamos un caso de iridociclitis por este agente.

Con todo, nuestra estadística de complicaciones es menor a la referida por antedichos autores.

Antes de concluir con la estadística, diremos que la selección de casos incluye aquellos pacientes con desgarro de opérculo fijo o flotante, con brida vítrea provocante, de mediana bulla; de preferencia los vitreógenos regmatógenos primarios.

De la estadística: al analizar el cuadro 1 observamos que sobre 720 D. R. tratados, 384 casos fueron tratados con esponja intraescleral o marsupialización. El resto fueron técnicas variadas que incluyen: exoimplantes o esponjas episclerales, pliegues esclerales, de preferencia en las diálisis, resecciones, coagulaciones simples o planas y fotocoagulaciones, etc. (53.3%). De los 720 casos en total hubo 85 con diversas complicaciones que incluyeron tratamiento quirúrgico y / o médico (11.8%) *ad posteriori*. Pero de los 384 implantes hubo sólo 2% de complicaciones.

CONCLUSION

Hoy día es ampliamente aceptado que una implantación intraescleral (marsupia) de siliconas en esponja, es de utilidad en el tratamiento del desprendimiento de la retina, y que las complicaciones no son mayores que las de otras técnicas empleadas. Que requiere poco despliegue tecnológico y adecuada destreza quirúrgica⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. CUSTODIS, E.: *Bedeutet die Plombenaufnahme auf die sklera einen Fortschritt in der Operativen Behandlung der Netzhautablosung*. Ber. Dtsch. Ophth. Ges. 58: 102-105, 1953.
2. SCHEPHENS, C. L. & ALL.: Arch. Opht. 64: 868-882, 1960.
3. BRESLIN, HARVEY: Arch. Opht. 69: 290-292, 1963.
4. PEREZ, HUMBERTO & Col.: *Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas del desprendimiento de la retina*. Relato Anual de la sociedad Argentina de Oftal. XLII: 331-366, Arch. Oft. Buenos Aires, Nov. 1967.

Dr. HUMBERTO A. PEREZ

5. FOREST, et all.: Le rejet des sponges de silicone J. Fr. Ophtalmologie, 2, 4, 253-258, 1979.
6. PEREZ, HUMBERTO A. *Plombaje intraescleral con "Silastic" en el desprendimiento de la retina.* XLI: 251-254, Arch. Oft. Buenos Aires, Oct. 1966.

OBRAS DE CONSULTA

S. S. DUKE-ELDER: *System of Ophthalmology. Vol. X Diseases of the retina.* 771-856. H. Kimpton, London, 1967.

A. URRETZ-ZAVALLIA, Jr.: *Le décollement de la retine* Masson & Cie. Editeurs, 1968.