

IV.3.4. Presión intraocular INTRA Y POSTOPERATORIA y extensión de la crioterapia

Se consideran los casos en que se tomó la PIO y se había administrado crioterapia (retina aplicada en la primera intervención).

Vamos a estudiar la posible modificación de la presión en dos situaciones:

- a. PIO intraoperatoria y extensión de la crioterapia
- b. PIO postoperatoria y extensión de la crioterapia

En ambos casos, la extensión de la crioterapia se clasifica en dos alternativas: con un huso horario o menos (poca), con más de un huso horario (mucho).

a. PIO intraoperatoria

Las PIO intraoperatorias obtenidas fueron con un huso horario o menos $n=39$; $\bar{x} = 22'08$ mmHg;
 $s = 12'71$.

$D \text{ exp} = 0'276101$; n.s.; se acepta la Normalidad

Con más de un huso horario $n = 38$; $\bar{x} = 21'39$ mmHg;
 (de 2 a 9) $s = 15'29$.

$D \text{ exp} = 0'276588$; n.s.; se acepta la Normalidad

Los resultados del test de Student son:

$F \text{ exp} = 1'45$ (37 y 38 g.l.); n.s.

$t \text{ exp} = 0'215$ (75 g.l.); n.s.

Por lo que PIO INTRAOPERATORIA no es significativamente distinta entre los ojos que se da más o menos crioterapia .

b. PIO postoperatoria:

Con un huso horario o menos $n = 39; \bar{x} = 14'62 \text{ mmHg};$
 $s = 3'51.$

$D' \text{ exp} = 0'273527; \text{ n.s.};$ se acepta la NORMALIDAD

Con más de un huso horario $n = 38, \bar{x} = 16'05 \text{ mmHg};$
 (de 2 a 9) $s = 3'83.$

$D' \text{ exp} = 0'254873; \text{ se rechaza la NORMALIDAD}$

Se realiza un test de WILCOXON para muestras independientes, resultando no significativo. Por lo que la presión intraocular postoperatoria no se correlaciona con la mayor o menor extensión de la crioterapia.

IV.4. ESTUDIO DE LOS PARAMETROS QUE CONDICIONAN LA APLICACION RETINIANA

Siempre bajo el modelo de regresión logística, vamos a presentar dos alternativas:

1. Modelo de regresión logística incluyendo solo las variables estadísticamente significativas.
2. Modelo de regresión logística para las cuatro variables más influyentes.

IV.4.1. Modelo de regresión logística
incluyendo solo las variables estadísticamente
significativas

Si se toman las variables que ofrecen un resultado significativo (por debajo del 5%) en el modelo de predicción de la aplicación retiniana, se obtiene la ecuación:

$$\text{Probabilidad de no aplicación} = \frac{e^{-5.26 + 0.0691 \times \text{edad} + 0.703 \times \text{fovea}}}{1 + e^{-5.26 + 0.0691 \times \text{edad} + 0.703 \times \text{fovea}}}$$

Aquí, el levantamiento macular toma valores SI(1) y NO(0).

Por sí sola, la edad da un test de verosimilitudes con:

$$\chi^2_{\text{exp}} = 15.37 \text{ (1 g.l.) y } P < 0.001.$$

El test de verosimilitudes para la inclusión del levantamiento macular da una $\chi^2 = 6.51$ (1 g.l.) y $P < 0.02$. Lo que quiere decir que al incluir la mácula se obtiene un aumento significativo en la capacidad de predicción del modelo.

En consecuencia tanto la edad, como el levantamiento macular son variables imprescindibles para el modelo de predicción.

Como ejemplo, si se considera un individuo de 60 años y afectación foveal, se obtiene una probabilidad de no aplicación del 39.9%.

Mientras que si se considera un individuo con 30 años y sin afectación de la mácula, se obtiene una probabilidad de no aplicación del 4'0%.

La formula anterior tambien puede expresarse como:

$$\text{probabilidad} = \frac{e^u}{1+e^u}$$

Donde $u = -5'26 + 0'0691 \times \text{edad} + 0'703 \times \text{fovea}$

Para un caso particular se obtendría primero el valor de u para el paciente y despues se realizaria el calculo de la probabilidad (donde $e = 2'718282$ es la base de los logaritmos neperianos).

IV.4.2. Modelo de regresión logística para las cuatro variables más influyentes

Además de la edad y el levantamiento macular, las variables que más se aproximan a la significación estadística (que proporcionan una $P < 0'20$) son la antigüedad y la extensión del desprendimiento de retina. Dado que su inclusión provoca un ligero aumento de la capacidad predictiva del modelo, puede adoptarse desde el punto de vista practico la expresión:

$$u = -6'50 + 0'0733(\text{edad}) + 0'660 (\text{fovea}) + 0'00696(\text{antigüedad}) + 0'367(\text{extensión}).$$

La extensión se mide en cuadrantes y toma los valores del 1 al 4.

Si se incluye la antigüedad y no la extensión, el test de verosimilitudes da una $\chi^2 = 1'85$ (1 g.l.), con $P = 0'174$.

Por otra parte, el test de verosimilitudes para la inclusión de la extensión da una $\chi^2 = 1'78$ (1g.l.) y $P = 0'183$ (en este test un P elevado solamente indica que la extensión añade poca información al caso de sólo las tres primeras variables).

Como ejemplo, si el paciente de 60 años con levantamiento macular tiene una desprendimiento de 60 días de antigüedad y una extensión de 3 cuadrantes, se obtiene una probabilidad de no aplicación del 51'9%.

Mientras que si el otro paciente de 30 años sin levantamiento macular, tiene 10 días de antigüedad y una extensión de 1 cuadrante, la probabilidad de no aplicación sería del 2'1%.

Se excluyen del modelo, por presentar muy poca información, las variables:

- Agudeza visual preoperatoria ($P > 0'30$)
- Presión intraocular preoperatoria del ojo desprendido ($P > 0'40$)
- Afectación papila ($P > 0'50$)
- Afaquia ($P > 0'80$)

Con este modelo, que incluye las cuatro variables (edad, afectación macular, antigüedad del desprendimiento y extensión), se obtendría una

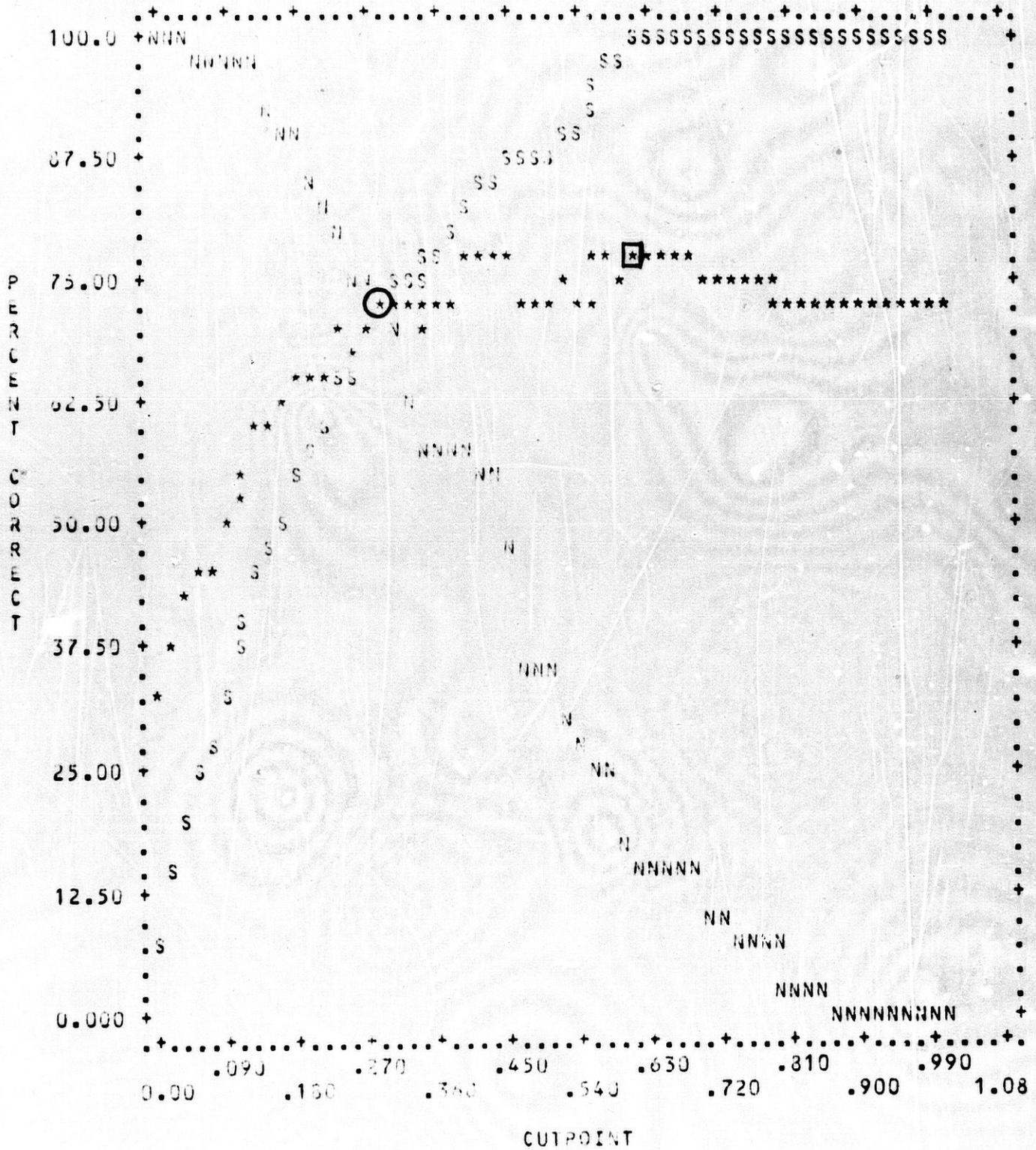
capacidad de predicción del 72%, si se aplicara a los casos de nuestra serie.

Este porcentaje de aciertos del modelo es comun, a grandes rasgos, al caso en que solo se incluyen las dos variables edad y afectación macular, y se obtiene para un criterio de punto de corte de alrededor de 0'3 (* en las dos graficas que siguen). Para este valor, se equilibran alrededor del 72% la sensibilidad y la especificidad.

La ventaja de la inclusión de las variables antigüedad y extensión, queda reflejado en el hecho de que pueda alcanzarse una capacidad de predicción ligeramente mayor (alrededor del 77%) cuando se permite un desequilibrio entre la sensibilidad (97'4%) y la especificidad (24'1%), para un punto de corte de alrededor de 0'59 (x en la gráfica primera). En todo caso, la mejora del modelo que incluye 4 variables, sobre el que tiene solo dos es muy ligera (un 1 o 2% de aciertos) por lo que, a efectos practicos, podría optarse por el más sencillo.

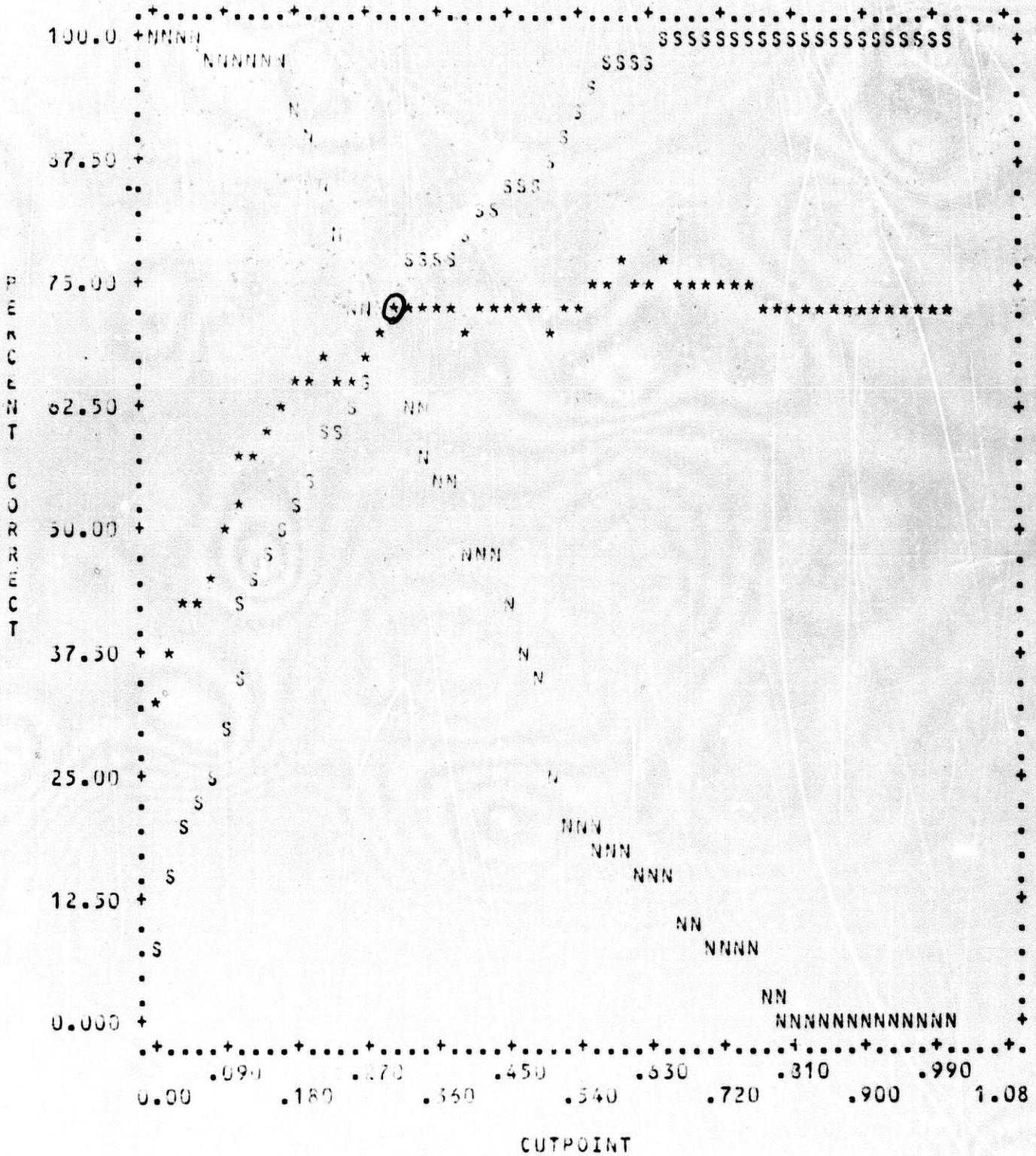
PAGE 15. BMDPLR ESTUDIO APLICACION RETINA

PERCENTAGE OF CORRECT CLASSIFICATION AS FUNCTION OF THE CUTPOINT.
 PLOT CHARACTERS ARE FIRST CHARACTERS OF GROUP NAMES AND * (=TOTAL)



NUMBER OF INTEGER WORDS OF STORAGE USED IN PRECEDING PROBLEM 10486

PERCENTAGE OF CORRECT CLASSIFICATION AS FUNCTION OF THE CUTPOINT.
PLOT CHARACTERS ARE FIRST CHARACTERS OF GROUP NAMES AND * (=TOTAL)



NUMBER OF INTEGER WORDS OF STORAGE USED IN PRECEDING PROBLEM 10476

GRAFICA III PORCENTAJE DE NO REAPLICACION
RETINIANA (tras la 1ª intervención) obtenido a
partir de las dos variables significativas del
multivariante: Edad y levantamiento foveal.

<u>EDAD</u>	<u>LEVANTAMIENTO FOVEAL</u>	<u>% NO APLICACION</u>
10 años	Si	2'05 %
	No	1'03 %
20 años	Si	4'01 %
	No	2'07 %
30 años	Si	7'7 %
	No	3'97 %
40 años	Si	14'27 %
	No	7'61 %
50 años	Si	24'94 %
	No	14'12 %
60 años	Si	39'87 %
	No	24'71 %
70 años	Si	56'95 %
	No	39'58 %
80 años	Si	72'53 %
	No	56'66 %

GRAFICO IV. PORCENTAJE DE NO REAPLICACION
RETINIANA SIN LEVANTAMIENTO FOVEAL. Resumen de la
anterior, si existe levantamiento macular
considerar que el paciente es 10 años más anciano.

EDAD		<u>% NO APLICACION RETINIANA</u>
10 años		1'03 %
	2 x	
20 años		2'07 %
	2 x	
30 años		3'97 %
	2 x	
40 años		7'62 %
	2 x	
50 años		14'12 %
	1'5 x	
60 años		24'71 %
	1'5 x	
70 años		39'58 %
	1'5 x	
80 años		56'66 %

GRAFICA V. PORCENTAJE DE NO REAPLICACION RETINIANA
 TOMANDO LAS 4 variables más influyentes: edad, DR
 macular, antigüedad y extensión del Dk (cuadrantes).

EDAD	Antig. (días)	NO DESPRENDIMIENTO MACULAR				DESPRENDIMIENTO MACULAR			
		1C	2C	3C	4C	1C	2C	3C	4C
<u>10 AÑ.</u>	15	0'5	0'72	1'03	1'49	0'96	1'38	1'98	2'83
	45	0'62	0'88	1'27	1'82	1'18	1'7	2'43	3'47
	100	0'9	1'29	1'85	2'65	1'72	2'47	3'52	5'01
	300	3'79	5'0	7'06	9'88	6'59	9'24	13'91	17'49
<u>20 AÑ.</u>	15	1'03	1'48	2'13	3'04	1'98	2'33	4'04	5'72
	45	1'27	1'82	2'61	3'72	2'43	3'47	4'93	6'9
	100	1'85	2'65	3'78	5'37	3'52	5'0	7'06	9'89
	300	7'53	9'87	13'65	18'57	12'8	17'48	23'42	30'62
<u>30 AÑ.</u>	15	2'13	3'04	4'33	6'13	4'03	5'72	8'05	11'22
	45	2'61	3'72	5'28	7'45	4'92	6'95	9'74	13'47
	100	3'78	5'36	7'56	10'56	7'06	9'88	13'66	18'59
	300	13'63	18'56	24'75	32'19	23'4	30'6	38'89	47'88
<u>40 AÑ.</u>	15	4'32	6'12	8'61	11'97	8'67	11'21	15'41	20'82
	45	5'28	7'44	10'4	14'35	9'73	13'46	18'34	24'48
	100	7'55	10'55	14'55	23'97	13'65	19'65	24'77	32'21
	300	24'73	32'17	40'64	49'7	38'86	47'85	56'98	65'66
<u>50 AÑ.</u>	15	8'6	11'9	16'39	22'05	15'4	20'81	27'5	35'37
	45	10'39	14'33	19'45	25'85	18'32	24'46	31'85	40'28
	100	14'53	19'7	26'15	33'83	24'75	32'19	40'67	49'72
	300	40'61	49'67	58'76	67'28	56'95	65'63	73'38	79'92
<u>60 AÑ.</u>	15	16'37	22'04	28'97	37'06	27'48	35'35	44'11	53'26
	45	19'44	25'83	33'45	42'05	31'83	40'20	49'31	58'4
	100	26'13	33'8	42'43	51'55	40'64	48'5	58'78	67'3
	300	58'73	67'26	74'76	81'06	73'34	79'9	85'16	89'23
<u>70 AÑ.</u>	15	28'95	37'04	45'92	52'47	44'09	50'62	59'68	68'33
	45	33'43	42'02	51'13	60'16	49'28	58'38	66'93	74'5
	100	42'41	51'52	60'54	68'89	58'76	67'28	74'8	81'08
	300	74'76	81'05	86'06	89'91	85'14	89'22	92'07	94'52
<u>80 AÑ.</u>	15	45'91	55'09	63'91	68'41	64'14	70'32	77'37	83'15
	45	51'55	60'19	68'7	75'9	66'91	74'78	80'82	85'88
	100	60'56	68'91	76'19	82'2	74'78	81'06	86'07	89'92
	300	86'07	89'02	92'79	94'89	92'27	94'51	96'13	97'27

V. DISCUSSION

Nuestro propio material y metodos presenta algunas criticas metodologicas que pasamos a describir.

El dato Antigüedad del desprendimiento de retina es un dato impreciso y subjetivo: siempre dabamos como valor más cierto cuando el enfermo referia aparición de sombra en el campo visual de ese ojo y siempre que enumeraba fechas posibles tomabamos como referencia la más lejana en el tiempo.

Localización del desprendimiento de retina: es difícil de valorar, porque los desprendimientos de retina no se distribuyen exactamente por cuadrantes; los desprendimientos se extienden más hacia la periferia retiniana que hacia el ecuador y, cuando existía duda entre 2 cuadrantes, siempre se ha considerado localizado en el que ocupaba mayor extensión.

Los casos recogidos de expansión intravítrea de gas de larga duración (IRGE), son los primeros realizados con esta técnica en Granada, por lo que el resultado funcional no es demasiado bueno. Aunque ya tenemos más experiencia y los ojos suelen salir con Presiones intraoculares más elevadas, observamos una alta frecuencia de desgarros contralaterales y una aplicación a largo plazo "per se" no mayor del 60%, datos coincidentes con CAPEANS (1987). Por lo que cada día estamos seleccionando más los casos y huyendo de la fibrosis vítrea, recordando lo que decían CORGOSTEGUI (1987), CAPEANS (1987), GUERRA-GONZALEZ (1987), ALIO (1987) y LINCOFF (1981,

1982):" aunque el S F6 y el C3 F8 son biologicamente inertes, alteran la barrera hematorretiniana, causando una respuesta celular en el vítreo y estimulando la proliferación vitreorretiniana, incrementandose el grado de morbilidad a mayor permanencia del gas dentro del ojo".

En la técnica del bolsillo de duramadre realizamos una escotadura para evitar la desinserción muscular y con ello conseguimos que el bolsillo al quedar bajo el musculo indente más. En esta técnica y en el explante de LINCOFF, abandonamos la reesterilización del material sobrante por hallar un caso de celulitis orbitaria secundario a este proceso.

Aunque la presión intraocular intraoperatoria media parecería la más deseable al no saber con certeza cual es la presión idonea decidimos, intervenir sólo muy activamente cuando el ojo quedaba muy hipotónico (no marcaba el tonómetro de PERKINS) o muy hipertónico (la arteria central de la retina dejaba de latir durante dos minutos). Nuestra norma fue "no realizar maniobras nuevas al desconocer la presión intraoperatoria idonea".

Se cometió un error al no prolongar la anestesia general un minuto más, para no modificar la presión intraocular (sobretudo en el ojo contralateral), ya que en algunos ojos nos encontramos picos que creíamos debidos a los esfuerzos del despertar.

Se dió el Alta Hospitalaria siempre que se hubiera producido la reabsorción completa de la

bolsa con desgarro sellado y ojo tranquilo. En las IRGE los enfermos permanecieron en el Hospital al menos 3 días para seguimiento de los mismos.

En los resultados hemos agrupado los desprendimientos de retina en varios grupos, pero hemos realizado el estudio estadístico fundamental entre dos grupos: retina aplicada tras la 1ª intervención (1A) y retina desprendida tras la 1ª intervención (1D), con el objeto de evitar las reintervenciones que llevan a reiteración de datos y a serias dificultades metodológicas. En el estudio descriptivo de los resultados, antes que pormenorizar cada desprendimiento de retina hemos buscado el análisis estadístico de cada una de las variables y la posible inferencia de nuestros resultados a la población general.

En nuestra muestra observamos que en relación con la edad, los desprendimientos de retina presentan dos intervalos modales: uno de 11-20 años de edad, que se correlaciona con una mayor frecuencia de desprendimientos de retina de origen traumático, y otro de 61 a 70 años de edad, con mayor frecuencia de desprendimientos de retina regmatógenos, en clara relación con la senilidad como ya apuntaba ARRUGA (1933). Este autor encontraba la mayor frecuencia de 51 a 60 años y nosotros 10 años más tarde, lo que podría ser debido a una pirámide poblacional muy distinta en ambas épocas o a un envejecimiento biológico de las poblaciones. Entre 51 y 80 años quedarían comprendidos el 60'15% (80/133) de los desprendimientos de retina.

Somos los primeros en sorprendernos al conocer que a enfermo de más edad corresponde peor pronóstico del desprendimiento de retina; siempre habíamos considerado que la mayor frecuencia de desprendimientos de origen traumático daría a estos un peor pronóstico. Aunque ya GALVEZ-MONTES (1961) refiere un menor porcentaje de reaplicación a enfermos de más edad, en su serie se aplican de 0 a 20 años (el 78%), de 20 a 40 años (el 79%), de 40 a 60 años (el 65'57%) y de 60 a 80 años (el 14'2%). Ello nos llevó a plantearnos que quizá se debería meditar mucho antes de considerar un desprendimiento de retina en un joven como inoperable.

Se encontró que en todos los enfermos de menos de 50 años de edad que intervinimos se aplicó la retina, quizá en los individuos de más edad se produzca una respuesta reparadora cualitativamente distinta que justifique este peor pronóstico.

Se halló un 61'3% de varones con desprendimiento de retina y un 38'7% de hembras, aunque el sexo no parecía influir para que la retina se aplicase o no.

El número de desprendimientos de retina, aun más elevado en nuestra muestra en los meses de verano -por causas ya referidas en la introducción-, no fue significativamente distinto respecto al resto de las estaciones, resultado concordante con el encontrado por TORNQUIST (1987); este observó a lo largo de 10 años los ocurridos en la ciudad de Örebro (Suecia), concluyendo que estos presentan fluctuaciones con

una distribución aleatoria en su variación estacional.

En nuestra muestra total (n = 133) el tipo de desprendimiento de retina hallado fue: regmatógeno (82%), traccional (17'3%) y exudativo (0'7%). Considerando que en los desprendimientos de retina no operados existían significativamente más traccionales. Pero al analizar los que operamos no encontramos diferencias estadísticamente significativas de aplicación retiniana entre los diversos tipos de desprendimiento de retina.

Referente a la antigüedad del desprendimiento, en nuestra muestra, antes del mes acudían el 50'37% y después del mes el 49'63%, PINERO-CARRION en 1974 refería que solamente el 39% de los desprendimientos de retina se presentaban en clínica antes del mes.

ARRUGA (1946) afirmaba que a mayor antigüedad del desprendimiento de retina menor porcentaje de curación; así, desprendimiento de menos de 5 días curan el 90%, de 5-15 días el 85%, de 15 días a 1 mes el 80%, de 1 a 3 meses el 60%, 3 a 6 meses el 30%, de 6 meses a 1 año el 18%, de 1 a 2 años el 6% y de más de 2 años el 2%; sin embargo, dado que nuestros desprendimientos de retina son de menor antigüedad, esta no influye significativamente para que la retina se aplique o no (antigüedad 1A = 28'94 días, 1D = 28'17 días).

Respecto a la extensión del desprendimiento de retina, encontramos que a mayor extensión del desprendimiento, este se aplica significativamente

menos, datos concordantes con los de NAVARRO-PIERA (1986). Es muy llamativo que en los desprendimientos de retina que ocupaban un cuadrante se aplicaban el 94% (33/35) frente al 30% (3/10) de aquellos que ocupaban 4 cuadrantes.

Los desprendimientos de retina que llegan al area foveal (50% de superficie media retiniana desprendida) y los que llegan al area papilar (75%) parecen dar indicios de significación frente a aquellos desprendimientos que no avanzan hasta el area foveal y papilar que suelen ser desprendimientos de retina menos extensos. Ello se confirma, para la fovea, en el análisis multivariante.

Aunque la localización, significativamente más frecuente de las bolsas retinianas es la temporal e inferior, los desprendimientos de retina no presentan un porcentaje de reaplicación significativamente distinto de aquellos que se localizan nasal y superiormente. La localización del desprendimiento resultó independiente de la aplicación o no de la retina.

El porcentaje de Miopía Magna en nuestra muestra fue del 21'8%, TORNQUIST (1987) lo encuentra en el 12'7% de los pacientes y JORDANO (1974) señala que el 43% de todos los desprendimientos de retina se presentan en míopes, ya ARRUGA (1933) señalaba que cuanto más intensa es la miopía más fácilmente se produce el desprendimiento de retina, que tiende a ser bilateral y a afectar preferentemente al sexo masculino.

Nosotros no encontramos diferencia significativa de aplicación o no del desprendimiento de retina frente a Miopía Magna, aunque habría que reconocer que el tratamiento es distinto, a míopes magnos, al existir con más frecuencia degeneración en empalizada, administrar criopexia más extensa y aplicar los cerclajes con mayor frecuencia.

En nuestra muestra total el 29'3% de los desprendimientos de retina se presentaban en afaquicos. CASTELLANOS (1986) dice que las cifras oscilan del 23 al 34%, ocupando el 2º lugar después de los individuos míopes; TORNQUIST (1987) los encuentra en el 18'6% .

ASHRAFZADEH (1973) encuentra algunas diferencias en el desprendimiento de retina del afaquico respecto al faquico: mayor frecuencia en hombres, más frecuentemente bilateral, el 49% de los desprendimientos ocurrían el primer año tras la cirugía, los desgarros se descubrían más difícilmente en los afaquicos que en los faquicos , mayor frecuencia de desprendimientos totales y mayor afectación de operados de cataratas relativamente jóvenes (JORDANO, 1974). A pesar de ser desprendimientos cualitativamente distintos el del faquico y el del afaquico nosotros no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos para que se aplique o no la retina, BURTON (1977) reporta los mismos resultados en afaquicos pero significativamente peores en los afaquicos cuando estudia la aplicación en presencia de membrana prerretiniana.

En el 59'4% de los desprendimientos de retina de nuestra muestra encontramos antecedentes que acompañan o predisponen al mismo, siendo a menudo múltiples.

Los antecedentes cardiovasculares los hallamos en el 12'3% de nuestros desprendimientos de retina. ZINN (1978) encuentra que la prevalencia de enfermedades coronarias es 4 a 5 veces mayor que en la población general de la misma edad.

En nuestra serie, la tasa de desprendimiento de retina en el ojo contralateral fue del 10'53%, que es muy cercana a la referida por DELANEY (1978), quien da el 13%; este autor refiere una serie de factores predisponentes: varones, de más de 3 dioptrías de miopía, con degeneraciones periféricas preexistentes, desgarros gigantes de 70 o más grados en el ojo desprendido; encontrando que el intervalo entre un desprendimiento y otro era de 0 a 30 años con una media de 5'2 años.

Sabemos por RODRIGUEZ-ESCOBAR (1985) que la fotocoagulación de desgarros retinianos lleva a un porcentaje de desprendimiento de retina del 4'5%, en ojos patológicos debe incrementarse el porcentaje de desprendimiento, y por ello, aún tras aplicar laser, no podemos asegurar que en este ojo no se vaya a desprender la retina. Por lo que quizá debería procederse a un seguimiento a largo plazo y fotocoagular en los extremos descritos por GIRARD (1983), quien aconseja fotocoagulación ecuatorial de 360° con laser de argón en el ojo contralateral y quizá en el mismo

ojo (en nuestra serie, el porcentaje de nuevo desprendimiento en el mismo ojo es del 12'30%) con las siguientes indicaciones: desgarro gigante, cualquier desgarro y degeneración periférica que conduzca a un adelgazamiento progresivo de la retina interna, y solamente en estos casos.

El porcentaje de glaucoma con historia conocida anterior al desprendimiento es muy elevada 12'30%, muy cercana al descrito por PHELPS (1977) del 9'5% y TORNQUIST (1987) del 9'3%. En nuestra serie encontramos el 6'77% (9/133) de glaucoma crónico simple aunque aquí puede quedar englobado algún caso de síndrome de SCWARTZ (1973) con normalización posterior de la presión intraocular al aplicarse la retina (que no hemos valorado al ser el tiempo de seguimiento insuficiente); también faltarían aquí aquellos casos que tras la aplicación retiniana se destapan los glaucomas bien preexistentes o bien ocasionados por compresión del explante sobre las estructuras angulares (SEBESTYEN, 1962), por lo que consideramos que todo desprendimiento de retina debe poseer un período de seguimiento mínimo de 6 meses posterior a la cirugía de retina.

Nosotros encontramos un porcentaje de traumatismos anteriores al desprendimiento de retina, que operamos, del 10'53%, con un 6'02% de hemorragia de vítreo anterior al mismo.

GABARRO (1985) encuentra los desprendimientos de retina traumáticos predominantes en desprendimientos de retina juveniles (menores de

20 años). Encontramos en DE LA MOTA (1985), que el desprendimiento de retina traumático representa del 10 al 15% del total, considerando este autor que las posibilidades de éxito funcional y anatómico son reales por lo que no debe quedar ningún caso como intratable (BURTON 1977). Datos concordantes con los encontrados por nosotros por los que el tipo de desprendimiento de retina no influye en que la retina se aplicara o no.

El comité Americano para clasificación de la vitreorretinopatía proliferativa (VRP) (HILTON, 1983), dice del grado A: "es difícil de definir y nosotros esperamos que ulteriores experiencias clínicas e investigación ayuden a caracterizar los sutiles hallazgos de esta etapa temprana. Grupos de pigmento y turbidez en el gel vítreo se observan en esta etapa pero no solamente en la VRP".

Nuestros resultados son VRP grado A+B (16'11%) grado C (8'73%) y grado D (2'01%). La mayoría de los autores hablan de VRP grados B+C+D (AGUIRREBENA 1986), con una incidencia del 10%; ó de VRP grados C+D (JALKH, 1984), que en nuestra muestra fue del 10'74% y que si se consideran unicamente los casos operados sería del 7'09%.

El concepto de VRP no queda claro; si el desprendimiento de retina persiste, la mayoría de los ojos desprendidos tienden a presentar VRP. Todos los autores reconocen esta complicación cuando tras la intervención la retina permanece

desprendida, pero no cuando esta se aplica; esta patología representa a menudo un "cajón de sastre" del que se conoce mejor cada día su etiopatogenia y evolución (VIDAURRI-LEAL 1984, CAMPOCHIARO 1985, ROLDAN 1985, SANTOS-INSUA 1987).

La vitreorretinopatía puede quedar definida como un proceso de "todo o nada" (en cuyo caso solamente deberíamos considerar la VRP grados C y D, de peor pronostico y resultantes de la mayoría de los fracasos de desprendimiento de retina). O bien como una respuesta gradual inflamatoria, humoral o celular. Por lo que nos vemos obligados a exponer nuestros resultados sin conocer sobre esta patología: ¿Cual es su inicio?, ¿porque progresa? ¿que factores o hechos determinan que unas veces evolucione hacia el grado máximo de VRP grado D y otros en cambio detenga su curso?, recordando a MACHEMER (1978) "uno debe guardar en mente que el proceso proliferativo puede detenerse en cualquier estadio durante el desarrollo de la vitreorretinopatía proliferativa y que permanece imposible de predecir, en un caso dado, qué lesión específica se desarrollará despues".

¿Como actuar quirurgicamente para disminuir la incidencia de VRP? CAMPOCHIARO (1986) y CHIGNELL (1986) afirman que alterando en el menor grado posible la barrera hematorretiniana; la crioterapia contribuye activamente a la ruptura de la misma, pero sin embargo en nuestra serie, al ser escaso el número de VRP secundarias a la cirugía, no podemos desvelar si con la mayor o menor extensión de crioterapia se favoreció o no la aparición de vitreorretinopatía proliferativa.

Respecto al hecho de que la agudeza visual preoperatoria sea significativamente mejor en aquellos ojos que la retina se va aplicar tras la primera intervención respecto a los que no (0'174 frente a 0'069), en nuestra serie se puede explicar porque los desprendimientos de retina eran menos extensos y por tanto con menor frecuencia levantaban el area macular (61'0% por 82'8%), aunque según TANI (1981), también en aquellos desprendimientos en que estaba levantada el area macular, presentaban significativamente más aplicación los que poseían una agudeza visual preoperatoria de 6/15 y mejor o un desprendimiento de retina no total.

El tiempo de reposo de 7 días antes de intervenir, lo consideramos excesivamente prolongado. Ello puede ser debido a que operamos un día determinado a la semana (esto lleva un retraso medio inherente de 3'5 días) y la llegada de la Analítica preoperatoria urgente se retrasa un día más. En nuestra serie deberíamos bajar por lo menos hasta 4'5 días la estancia media, aunque no podamos afirmar que esto mejore significativamente la reapiación retiniana.

En nuestra serie de 5 desprendimientos de retina en que, tras el reposo, la retina se aplicó y posteriormente los desgarros fueron sellados con laser, se presentan características comunes: eran de aparición relativamente reciente (1, 1, 10, 20 y 30 días), en afaquicos (3 de ellos) y de poca extensión (1 a 2 cuadrantes), siendo 2 de ellos desprendimientos de retina limitados, según

los define ROSEMAN (1986): "desprendimientos de retina perifericos asociados con líquido subretiniano cubriendo un area cuya anchura, es al menos 2 veces, pero no más de 5 veces mayor que el diametro del desgarro más amplio".

Las crioterapias que nosotros aplicamos como refiere CHIGNELL (1986): "confinando la crioterapia a la vecindad inmediata del agujero retiniano", son en general poco extensas, siendo la moda de un huso horario y hallando que la extensión de la crioterapia no era significativamente distinta en aquellos que se aplicó o desprendio la retina tras la primera intervención.

El 91'7% de los ojos operados drenaron todo el líquido subretiniano con una o dos punciones y el 8'34% precisaron de 3 a 5 punciones. En nuestros datos resalta que la realización, o no, de diatermia perforante no influye para que la retina se aplique o no. LEAVER (1975) defiende en igualdad de condiciones la técnicas de no drenaje, intentando evitar con la punción el desarrollo de hemorragias y la aparición de retracción prerretiniana masiva, aunque encuentra que en algunos que no drenó debiera haberlo hecho, y aconsejando no drenaje del líquido subretiniano cuando se presentan 4 condiciones: 1) Conocimiento de la posición del desgarro retiniano antes de la cirugía, 2) movilidad de la retina a nivel del desgarro retiniano, 3) en tiempo de cirugía, localizar el desgarro para que el explante caiga sobre él cuando el líquido subretiniano se

absorba, 4) no presencia de factores indeseables que puedan determinar una elevación de la presión intraocular, tales como una extracción reciente de catarata o problemas de perfusión vascular ipsilaterales.

A la vista de nuestros resultados, ni la realización de una crioterapia más o menos extensa, ni la punción diatérmica o no, ni la realización de un tipo de cirugía es significativamente distinta en los grupos retina aplicada y desprendida tras la primera intervención. Por lo que lo más importante será una buena indicación quirúrgica al desprendimiento de retina que encontramos, localización de todos los desgarros y una buena indentación que evite el peligro de nuevos desprendimientos de retina (CHIGNELL 1986).

Entre las complicaciones que encontramos el desprendimiento de coroides, de al menos 6 diámetros papilares aparece en el 5'79% de nuestros enfermos (de 7 casos dos asociados a hemorragia coriorretiniana tras la punción diatérmica). De ellos en 4 la retina se aplicó (9, 14, 18 y 22 mmHg) y en 3 que permaneció desprendida, con presiones 5,9 y 10 mmHg. PACKER (1983) considera que los factores que más se correlacionan con la aparición de esta complicación son: la edad del paciente, el drenaje del líquido subretiniano y la compresión de la vorticosas por el explante.

Encontramos 11'57% de hemorragias en nuestros desprendimientos de retina, asociados la mayoría de ellos a punción diatermica perforante, consideramos que este porcentaje podía disminuir con un equipo de transiluminación y un drenaje más pausado del líquido subretiniano con la finalidad de evitar una hipotonía excesivamente rápida (SCHEPENS, 1983).

Respecto al tiempo medio de intervención tras la primera intervención que fue de 51 minutos, y consideramos que fue aceptable, no se encuentran diferencias significativas entre aquellas retinas que se aplicaron o permanecieron desprendidas.

La PRESION INTRAOCULAR PREOPERATORIA del ojo desprendido nunca fue superior a 24 mmHg, oscilando entre 2 y 24, y siendo la media de estos ojos de 13'12mmHg y la desviación típica $s = 4'51$ mmHg. A pesar de esta enorme variación, que no permite afirmar directamente qué ojos se aplicarán o desprenderán encontramos que la presión intraocular preoperatoria es significativamente superior en los ojos en que se aplicara la retina tras la cirugía respecto a aquellos en que permaneciera desprendida (14'10 mmHg por 11'85 mmHg).

La presión intraocular preoperatoria media del ojo sano es de 17'14 mmHg, con una desviación típica de 5'45 mmHg.

Conviene recordar que KAHN (1974) reportaba en ojos normales una correlación del orden de 0'9, respecto a la presión intraocular entre ojo

derecho e izquierdo normales. Sin embargo nosotros observamos en los desprendimientos de retina un comportamiento muy desigual entre la presión intraocular de un ojo y otro; así en los ojos sanos no encontramos ningún ojo con presión intraocular inferior a 6 mmHg, en cambio en los ojos desprendidos el (10/133 = 7'52%) las presentan inferiores; en los ojos desprendidos encontramos solamente 3 ojos con presiones intraoculares superiores a 21 mmHg (3/133 = 2'26%), en cambio en los ojos sanos el 8'27% (11/133) las presentaban superiores.

Cuando intentamos comparar la diferencia de la presiones oculares (PIO OJO DR - PIO OJO SANO) entre los enfermos que se aplica la retina respecto a aquellos que se desprende, encontramos que existe en nuestra muestra una mayor diferencia de la presión intraocular en los ojos que se desprende la retina (1D = - 5'90 mmHg, 2D = - 8'2 mmHg) respecto a los priemros (1A = - 2'96 mmHg, 2A = -4'0 mmHg), aunque al aplicar los tests estadísticos no encontramos significativamente distintas las diferencia de presión ocular entre ambos grupos.

Los diversos autores refieren respecto a la presión intraocular preoperatoria del ojo desprendido algunos hechos: SYRDALEN(1970) refiere que la presión intraocular preoperatoria es significativamente más baja en los dilatados respecto a aquellos que no lo estan. Algunos de los mejores artículos sobre la Presión intraocular DOBBIE (1963), BURTON (1979), PEDERSON (1985)

no especifican si la PIO preoperatoria del ojo desprendido se tomo a ojos dilatados o sin dilatar.

Dado que en la toma de la PIO, cuando el simple impulso respiratorio puede determinar variaciones de hasta 2 mmHg, sorprende que en muestras tan pequeñas como las de SHAMMAS (1976), con 30 desprendimientos de retina, y DOBBIE (1963), con 77, se encuentren desviaciones típicas tan pequeñas como 0'9 y 1'4 mmHg. BURTON (1979) y nosotros encontramos desviaciones típicas que oscilan de 3 a 5 mmHg, siendo esta una constante que va a actuar exigiendo diferencias medias mayores para dar significación.

Respecto a la PIO preoperatoria media del ojo desprendido, DOBBIE (1963) encuentra $12'4 \pm 1'4$ mmHg, SYRDALEN (1970) 14'52 mmHg y BURTON (1979) $13'8 \pm 5'4$ mmHg. Nuestra media de $13'12 \pm 4'51$ mmHg con tonometro de aplanación de GOLDMANN y sin midriasis quedara más cercana a la de BURTON.

En cuanto a la PIO preoperatoria media del ojo sano, DOBBIE (1963) halla 15'9 mmHg, SYRDALEN (1970) 16'5 mmHg y BURTON (1979) $15'1 \pm 3'4$ mmHg. Nuestra media puede ser ligeramente más alta al no excluir, como hacen los otros autores, los desprendimientos de retina traumaticos ni los glaucomas.

La diferencia media de la PIO preoperatoria entre ambos ojos (PIO pre DR - PIO pre SANO), ha sido: BURTON (1979) - 1'3 mmHg; SYRDALEN (1970)

-1'98 mmHg; DOBBIE (1963) - 3'5 mmHg, PEDERSON (1985) de -1 a -4 mmHg y MONTANES (1987) de -3 a -6 mmHg. Nuestra diferencia preoperatoria media de -4 mmHg se aproxima más a la de DOBBIE quedando como una de las más amplias.

Solo nuestra muestra cumple tres condiciones que deberían presentar los futuros trabajos sobre la presión intraocular en el desprendimiento de retina: 1) tonometría por aplanación, 2) no midriasis anterior a la tonometria, 3) ni excluir desprendimientos de retina.

La PRESION INTRAOCULAR INTRAOPERATORIA DEL OJO DESPRENDIDO observamos que en nuestra muestra seguía una distribución Normal, con media $21'93 \pm 13'68$ mmHg, hallandose la distribución bimodal con maximos de 12 a 17 mmHg ($n = 27$) y de 36 a 41 mmHg ($n = 17$).

Nos interesa resaltar, que aunque no procuramos que el enfermo al salir de quirófano presentara una PIO definida, siempre evitamos tanto una hipotonía excesiva como la oclusión de la Arteria central de la retina; a pesar de ello al finalizar la intervención nos encontramos 33 ojos con PIO iguales o inferiores a 11 mmHg ($33/111 = 29'73\%$) y 29 ojos con PIO iguales o superiores a 36 mmHg ($29/111 = 26'13\%$). Lo cual nos lleva a preguntarnos si:

-Conviene dejar las PIO intraoperatorias del ojo desprendido las dejamos en estos valores?

- ¿Las PIO intraoperatorias finales habían cambiado y eran distintas a las PIO tomadas intraoperatoriamente 5 o 10 minutos antes?

Aún así no encontramos ningún trabajo que especificara cual era significativamente la PIO intraoperatoria más idónea:

- En el WILMER OPHTHALMOLOGICAL INSTITUTE los ojos operados de Desprendimiento de retina tienden a dejarse hipotónicos (CARRERAS-EGANA, B. 1987).

- URRETS-ZAVALIA (1968) y DRAEGER (1984) defienden un tono ocular cercano a las PIO medias, para eviatar la aparición de pliegues sifón y conseguir la indentación máxima del cerclaje.

- FOULDS (1985) refiere que quizás sea ideal la hipertonia para favorecer una rápida reabsorción del líquido subretiniano.

En nuestros resultados no encontramos significativamente distintas la presión intraocular intraoperatoria del ojo desprendido entre aquellos en que se aplica o se desprende la retina tras la primera intervención.

El grupo de desprendimientos de retina con PIO intraoperatoria entre 12 y 36 mmHg, se aplica significativamente más, que aquellos con PIO igual o inferiores a 11 mmHg y superiores a 36 mmHg, en el futuro estos límites deberan acotarse mejor y hacerse más estrechos, con muestras de desprendimientos de retina más amplias.

La presión intraocular intraoperatoria media del ojo sano fue de $17'57 \pm 8'74$ mmHg, encontrando algunos enfermos con elevaciones bruscas en la PIO, que consideramos debidas a los esfuerzos ocasionados al despertarse (debimos prolongar la anestesia 1 o 2 minutos más).

No encontramos significativamente distinta la presión intraoperatoria del ojo sano, en aquellos ojos en que se aplicará o desprenderá la retina tras la primera intervención.

La presión intraocular intraoperatoria con las inyecciones repetidas de gas expansivo (IRGE) esta descrito en los trabajos de DOMINGUEZ (1985 y 1986) HILTON (1986), considerando que la PIO deben quedar hipertónicas al finalizar la intervención pero sin producir oclusión de la Arteria Central de la retina.

La PIO POSTOPERATORIA EN EL OJO operado queda al Alta (14 a 21 días) en $15'04 \pm 4'08$ mmHg. Encontrando que esta no era significativamente distinta en aquellos ojos que se aplica o se desprende la retina tras la 1ª intervención.

La PIO postoperatoria del ojo sano era de $17'4 \pm 3'84$ mmHg, encontrando que es muy similar la PIO PREOPERATORIA, INTRA Y POSTOPERATORIA de este grupo que siempre fue de alrededor de 17 mmHg y muy cercana a la media poblacional reportada en GRANADA por IÑEZ (1985) de media $17'27 \pm 5'2$ mmHg. La presión intraocular postoperatoria del ojo sano no fue significativamente distinta entre aquellos ojos en que se aplica o desprende la retina tras la primera intervención.

La diferencia de la Presión intraocular preoperatoria (PIO DR - PIO SANO) era de -4 mmHg, en la POSTOPERATORIA MEDIA esta diferencia se ha acortado a -2'43 mmHg, siendo menor en aquellos grupos en que la retina se aplica tras primera o segunda intervención (-1'74 mmHg y -3'3 mmHg), que

en los que persiste desprendida tras la primera o segunda intervención (-4'72 y -8 mmHg). Según ZEPPA (1950) BONNAVOLONTA (1957) y PEDERSON (1982) tras la aplicación retiniana se tiende a la normalización de la PIO, GONZALEZ-TOMAS (1978) considera que este proceso acontece a los 3 meses de la cirugía y LAGRANGE (1966) de 3 a 10 meses despues de la misma.

Nos sorprende el hecho de que tras las inyecciones repetidas de gas expansivo (IRGE) la normalización de la presión ocular se produce al día siguiente. En cambio con la cirugía clásica URRETS-ZAVALIA (1968) y SBORGIA (1984) refieren un efecto hipotonizante de la cirugía retiniana. BURTON (1977) encuentra que de 15 a 30 días del postoperatorio la PIO POSTOPERATORIA DEL OJO DESPRENDIDO había descendido de 1 a 2 mmHg respecto a la que presenta preoperatoriamente. Por nuestra parte, encontramos en cambio una elevación tensional media respecto a la PIO PREOPERATORIA de 1'6 mmHg.

Desconocemos el motivo por el que a otros autores les descienda la PIO postoperatoriamente (en sus trabajos no especifican la cirugía practicada) y solo podríamos explicarlo considerando lo que dice URRETS-ZAVALIA (1968) "que la hipotonía es más marcada ante cirugía más agresiva, mayor hipotonía en caso de cerclaje, que en caso de LINCOFF, y esta a su vez más que en diatermocoagulación simple, siendo mayor en reintervención que en primera intervención".

Nuestra cirugía procuramos que no sea excesivamente agresiva, con tiempo de intervención medio de 50 minutos, poca cryopexia, y bandas de cerclaje ecuatoriales o retroecuatoriales evitando la posible isquemia del cuerpo ciliar.

Al estudio de las causas de hipotensión ocular preoperatoria en el ojo desprendido, nosotros encontramos que no se correlacionaba significativamente con la hipotonía del ojo ni la antigüedad del desprendimiento de retina, ni la edad del enfermo, ni el sexo, ni la miopía magna ni el desprendimiento macular.

Sobre la antigüedad del desprendimiento de retina, KLEINER (1933) y BURTON (1979) referían que a mayor antigüedad del desprendimiento, mayor porcentaje de ojos hipotónicos. SYRDALEN (1970) señalaba sin embargo que la mayor hipotonía ocurría de 5 a 14 días después de la aparición del desprendimiento de retina.

Nosotros hallamos que la antigüedad del desprendimiento de retina no influía significativamente en la mayor o menor presión intraocular preoperatoria del ojo desprendido; quizá nuestros resultados estén mediatizados porque correspondan a desprendimientos de retina relativamente recientes (el 50% de menos de 1 mes de antigüedad) y a más largo plazo 3 o 6 meses el porcentaje de ojos hipotónicos se vaya incrementando.

En ojos sanos y en población normal ARMALY (1969) y DAVID (1987) refieren un incremento de la Presión intraocular media de la población a medida que aumenta la edad, encontrando ARMALY que la presión ocular de 20-29 años era de 14'95 \pm 2'49 mmHg, 50-59 años era 16'18 \pm 3'05 mmHg y de 70 a 79 años era de 16'65 \pm 3'99 mmHg, ello debido fundamentalmente a la esclerosis de las estructuras de filtración trabeculares.

Sin embargo en los ojos con desprendimiento de retina hallamos un fenomeno inverso a más edad (>70 años, \bar{x} = 11'05 mmHg) menor presión intraocular (<31 años, \bar{x} = 14'22 mmHg). Y aunque una muestra más amplia podría haber sido significativa (P < 0'08), no podíamos afirmar la existencia de relación significativa entre la edad del enfermo y la presión intraocular.

En cuanto al sexo, SYRDALEN (1970) encuentra la PIO 1 mmHg más baja en hombres que en mujeres, y nosotros encontramos la PIO 0'4 mmHg más baja en mujeres que en hombres. Aunque ni SYRDALEN (1970) ni nosotros encontramos diferencias significativas en la PIO preoperatoria entre hombres y mujeres.

En relación con la Miopía, RODRIGUEZ-ESCOBAR (1975) señala que en población normal, a mayor número de dioptrías de miopía la PIO esta más elevada. En sujetos que iban a ser sometidos a intervención de cataratas, NOGUERAS-LOPEZ (1986) encuentra que la PIO preoperatoria era más alta en miopes magnos que en no miopes magnos, sin embargo esta diferencia no era significativa. Nosotros

encontramos en los ojos con Miopía Magna + desprendimiento de retina una PIO media de 13'04 mmHg, que en los no Miopes Magnos fue de 13'25 mmHg, no siendo significativa la diferencia.

En nuestra muestra, para que un desprendimiento de retina levante la mácula ha de tener una extensión media de al menos 2 cuadrantes (50% de la superficie retiniana desprendida). Los desprendimientos de retina que levantan el area foveal frente a aquellos que no la levantan (desprendimientos de retina menos extensos) no presentan diferencias significativas respecto a la presión intraocular preoperatoria.

En la Afaquia, conocemos por TOLENTINO (1976) que el vítreo es más fluido que en no afaquicos, OSTERLIN (1971) refiere una reducción del 30 al 90% del contenido de ácido hialurónico tras la afaquia intracapsular señalando CARRERAS-EGANA, J. (1987) la salida de los mucopolisacáridos desde el vítreo hacia cámara anterior. En pacientes operados de Afaquia intracapsular, NOGUERAS-LOPEZ (1986) encuentra que la PIO al mes del postoperatorio era similar a la PIO intraoperatoria, pero a más largo plazo esta desciende de 0'5 a 1 mmHg.

La presencia de este vítreo más fluido y el conocimiento que el vítreo ofrece una cierta resistencia al paso de agua (PEDERSON, 1982), puede ser la resultante por la cual nosotros encontramos la PIO preoperatoria de los ojos

desprendidos con afaquia intracapsular significativamente más baja, que en los no afaquicos.

La hipotonía en el ojo desprendido esta basado en 4 posibles causas fundamentales: 1) menor flujo de humor acuoso, 2) aumento de salida a nivel de cámara anterior, 3) aumento de salida posterior, vía nervio óptico, 4) aumento de salida posterior, vía uveoescleral.

Respecto a los dos primeros puntos, DOBBIE (1963) afirma que la hipotonía del desprendimiento de retina se genera en una menor producción de humor acuoso y el diagnóstico lo hace por exclusión. Encuentra una disminución de flujo hacia cámara anterior por el Tyndalometro de GOLDMANN y ausencia de fluoresceína en vítreo (este aparato carece de sensibilidad para determinarla y habría que esperar hasta 1975 con CUNHA-VAZ para la realización de vitreofluorometrías); este autor sugiere que si no existe fluoresceína en vítreo y pasa poca hacia cámara anterior, esto señala una disminución en la producción de humor acuoso en los desprendimientos de retina.

Sin embargo ARRUGA (1934), inyectando tinta india en el interior del vítreo, vio que se dirigía hacia el líquido subretiniano, hablando de una vía posterior de drenaje. PEDERSON (1984) llega a la conclusión de que la producción de humor acuoso en el desprendimiento de retina es normal o casi normal, y CARLSON (1987) dice que el flujo de humor acuoso se ve poco alterado por los cambios de la presión intraocular.

Si estas dos causas parecen poco importantes, habra que pensar que el flujo se pierde por vía posterior a través del nervio Optico o por la vía uveoescleral y la presencia del desgarro facilitara la vía principal de salida.

En nuestros desprendimientos encontrabamos que cuando estos avanzan hasta papila (n = 47) la PIO preoperatoria no es significativamente distinta de aquellos en que el desprendimiento no avanza hasta ella (n = 85).

Pero aquí encontramos un problema; un desprendimiento que avanza hasta papila tiene en nuestra muestra una extensión media de 3 cuadrantes y, si la caída tensional brusca se producía como decía RINGVOLD (1980) a la llegada del desprendimiento hasta la papila, en nuestra muestra debería haberse apreciado claramente.

A pesar de la falta de significación ($P < 0.1$) quizá con nuestras mayores podría haber resultado significativa esta relación, pero ello también puede estar relacionado con el hecho de que los desprendimientos de retina más extensos son los que se extienden hasta la papila.

Y así en nuestra serie encontramos que los desprendimientos de retina que ocupan un cuadrante tienen una PIO preoperatoria media de 14.66 ± 3.99 mmHg, de 2 cuadrantes es de 12.89 ± 4.66 , 3 cuadrantes es de 12.95 ± 3.27 y 4 cuadrantes es de 11.43 ± 5.3 ; por lo que la media de la PIO en desprendimientos de retina que ocupaban 4

cuadrantes es de 3'24 mmHg más baja que en aquellos que ocupan 1 solo cuadrante; sin embargo no podíamos encontrar diferencias significativas, por la varianzas tan enormes de las muestras y porque 5 de los 14 desprendimientos de retina que ocupan 4 cuadrantes presentaban un glaucoma. BURTON (1977) sí encuentra significativa la relación de que a mayor extensión del desprendimiento la PIO preoperatoria es menor.

TRON-SOLBERG (1986), realizando un modelo estadístico que pudiera acercar los datos clínicos con la caída de la presión intraocular en el desprendimiento de retina dice: " si la vía de salida fundamental es el Nervio Optico la caída importante de la PIO debe ocurrir cuando el desprendimiento de retina ocupe de un 35 a un 50% de la superficie, si la vía de salida es la uveoescleral a mayor extensión del desprendimiento de retina mayor caída tensional que sería con una extensión del 100% de la superficie".

Nuestro datos avalan como más posible la vía uveoescleral, como unica vía de salida posterior, SYRDALEN (1970) encuentra que en desprendimientos de menos del 60% de la superficie la PIO preoperatoria media es de 12'22 mmHg y que en desprendimientos que ocupan más del 60% es de 11'18 mmHg, lo que va en favor de la vía de drenaje uveoescleral. Este mismo autor refiere que el area del desprendimiento se incrementa en los primeros días de aparición del mismo y este aumento es seguido por un incremento más lento a medida que transcurren los días; el area de los

desprendimientos de retina con más de 15 días de antigüedad es significativamente mayor que en el grupo de 0 a 14 días, lo que podría explicar los hallazgos de KLEINER (1933) que a desprendimientos más antiguos mayor porcentaje de ojos hipotónicos (por mayor extensión del desprendimiento).

La vía de drenaje del nervio Optico se apoya en una serie de trabajos y voy a comentar algunos de ellos:

- TOR-FLAGE (1980) refiere que inyectando Peroxidasa intravenosa en conejos, obviando la barrera hematorretiniana difundía espontáneamente hacia diferentes partes del Nervio Optico y el tejido intermediario de KUNHT-JUNIUS, lo que habla en favor de un defecto de la barrera hematorretiniana conntiguo al nervio Optico.

Esta alteración de la barrera hematorretiniana es negada por GARCIA-SANCHEZ (1986), porque la vascularización de nervio Optico en el conejo presenta variantes que son distintas a las del humano, como son la presencia de dos arterias ciliarretinianas en los sectores nasal y temporal del nervio Optico. El area de extravasación de la Peroxidasa correspondería al lugar de paso habitual de estas arterias, y así GARCIA-SANCHEZ (1986) dice: "son pocos los autores que se han dedicado al estudio de la vascularización del disco Optico en el conejo, hecho que contrasta sobremanera con la cantidad de estudios fisiopatológicos que han sido realizados en el mismo, como por ejemplo los histoquímicos de TOR-FLAGE (1980)".

- RINGVOLD (1980) encuentra que en un ojo con desprendimiento de retina la PIO pasaba de 42 mmHg a 0 mmHg, en el intervalo de un día, y el desprendimiento se había extendido hasta la papila, afirmando que la existencia de una vía de drenaje junto al nervio Óptico debe ser la causa de esta hipotonía. Sin embargo DOBBIE (1985) producía hipotonías tan bruscas como las referidas por RINGVOLD en pacientes con desprendimiento de retina y sinequias posteriores de 360°, tras la administración de Inhibidores de la anhidrasa carbonica (como había prescrito RINGVOLD en su caso).

También se apoya RINGVOLD (1980) en que otros autores refieren la máxima hipotonía cuando los desprendimientos ocupan un 50 o un 60% de la superficie, y se apoya en dos trabajos fundamentalmente:

1) DOBBIE (1963), quien solo compara la PIO en el ojo desprendido frente al ojo contralateral, y al único nivel en que no la encuentra significativamente distinta es cuando el desprendimiento ocupa un cuadrante (con 6 desprendimientos hace esta afirmación), por lo que RINGVOLD (1980) toma estos datos y señala que la PIO cae a partir de una extensión superior a un cuadrante. Nosotros encontramos que la PIO es siempre significativamente inferior en los ojos desprendidos frente al sano (con 35 desprendimientos).

2) SYRDALEN (1970) expone en una tabla los

desprendimientos de retina en función de su antigüedad y contigua a ella expresa su extensión, señalando RINGVOLD que en algunas muestras la mayor caída de la PIO ocurre con una extensión del 60%. Pero nosotros agrupamos todas las muestras con extensión inferior al 60% (PIO media = 12'22 mmHg) y con extensión superior al 60% (PIO media = 11'18 mmHg), por lo que un análisis más detallado de los datos de este autor parecía apuntar más hacia la vía uveoescleral.

A la vista de los trabajos expuestos consideramos que la vía posterior de drenaje es la uveoescleral, y que la vía de drenaje a través del nervio Óptico no existe.

Cuando en nuestra muestra quisimos comprobar si en los ojos que se aplicó la retina tras la intervención ya al Alta (14 a 21 días tras la cirugía) la PIO se había normalizado, hallamos que aunque la PIO postoperatoriamente se había elevado (1'6 mmHg) seguía, siendo significativamente inferior (2'4 mmHg) a la del ojo sano.

En los ojos con desprendimiento de retina y vitreorretinopatía proliferativa (grado A, B, C, D), encontramos que la PIO intraoperatoria no era significativamente distinta entre aquellos que se aplicaron y los que se desprendieron tras la primera intervención. Respecto a la vitreorretinopatía proliferativa y la PIO postoperatoria, encontramos que la PIO postoperatoria media (15'45 mmHg) de aquellos ojos

en que la retina se aplicó tras la primera intervención fue significativamente superior a la de aquellos en que la retina permaneció desprendida (11'42 mmHg).

El proceso de elevación de la PIO postoperatoria observada en los ojos con retina aplicada tras la primera intervención, es más marcado en el grupo de pacientes con vitreorretinopatía proliferativa, y ya al Alta la elevación o no de la PIO postoperatoria es un factor pronostico muy importante.

Cuando observamos el porcentaje de ojos con desprendimiento con PIO alta, media y baja, encontramos que en la PIO intraoperatoria el 41% de nuestros intervenidos presentaban PIO superiores a 21 mmHg, lo que a la vista de nuestros resultados (donde se consideran las PIO intraoculares optimas de 11 a 36 mmHg) nos lleva a pensar que dejamos los ojos demasiado hipertónicos.

Sobre la PIO preoperatoria y postoperatoria, observamos que el 34'59% de los ojos con desprendimiento de retina presentan PIO preoperatoria inferior a 12 mmHg, por el 17'21% que lo hacen postoperatoriamente (la mitad); y que preoperatoriamente un 3'76% presentan PIO superiores o iguales a 21 mmHg y postoperatoriamente el 7'38% (el doble). Esto nos obliga a una vigilancia prolongada de nuestros desprendimientos de retina operados, al menos de 6 meses, para descubrir y tratar los glaucomas cuando se destapen tras la normalización tensional.

Los trabajos de URRETS-ZAVALIA (1968) y SBORGIA (1984), que referían una caída de la PIO postoperatoria tras la aplicación del cerclaje por producción de una isquemia a nivel del cuerpo ciliar, nos llevan a plantearnos cual sería el efecto de cada tipo de cirugía sobre la PIO postoperatoria. Para ello consideramos el grupo más homogéneo y más amplio de desprendimientos de retina, el de retinas aplicadas tras la primera intervención (n = 77), en el que solamente tres tipos de tratamiento presentaban un número suficiente para proceder a su estudio (bolsillo de duramadre, explante de LINCOFF y cerclaje de silastic extraescleral); encontramos que la PIO postoperatoria no era significativamente distinta en cualquiera de los tres tipos de cirugía practicada.

También decidimos conocer si la aplicación de una crioterapia más o menos extensa influía en la PIO intraoperatoria o postoperatoria. Comparando los grupos más de un huso de extensión de la crioterapia frente a uno o menos, no encontramos significativamente distinta la PIO intraoperatoria y la postoperatoria; aunque encontramos el resultado curioso de que a más extensión de la criopexia, la PIO intraoperatoria caía más y la PIO postoperatoria por contra era más elevada.

Por último decidimos realizar un estudio de aquellos parámetros que podían influir en la predicción de la reaplicación retiniana tras la primera intervención. Con algunas variantes

respecto a la mayoría de los autores (GUNDRY 1974, GRUPPOSO 1975, TANI 1981, ALIO 1985) consideramos aplicación anatómica, más que agudeza visual postoperatoria, y ello por dos razones: 1) Para evitar que algunos enfermos no volvieran a revisión y tuvieran que ser excluidos del estudio, y 2) la agudeza visual postoperatoria está muy mediatizada por la edad (a más edad mayor número de cataratas, glaucomas, degeneración macular senil y lesiones más avanzadas en miopía magna).

Nosotros incluimos todos los desprendimientos de retina que encontramos y no seleccionamos la serie. En ella iban desprendimientos de retina traccionales y con patología ocular asociada como catarata, glaucoma y miopía magna, a diferencia del resto de los autores que solo incluían desprendimientos de retina regmatógenos sin patología asociada.

Como en nuestro trabajo utilizamos criterios distintos (ya enumerados) no lo vamos a comparar con estos autores aunque expondremos sus hallazgos:

-GUNDRY (1974) señala que la mejor agudeza visual postoperatoria en el desprendimiento de retina se correlaciona con menor antigüedad del levantamiento macular y ausencia de lesiones maculares.

-GRUPPOSO (1975) añade que la agudeza visual es significativamente mejor en aquellos desprendimientos, con levantamiento macular inferior a 8 semanas de antigüedad, respecto a aquellos que llevan más tiempo.

-BURTON (1977) especifica al menos 10 factores se han descrito que actuando de manera aislada o asociados entre sí, disminuían el porcentaje de reapiación retiniana. Estos factores eran agudeza visual 20/60 o menor, miopía, formación de membranas prerretinianas, afaquia, desprendimiento de la pars-plana, reoperación, edad superior a 80 años, membranas vitreas, desgarro gigante y desprendimiento coroideo.

-TANI (1981) especifica mejor resultado anatomico y funcional en aquellos desprendimientos con: agudeza visual preoperatoria 6/15 o mejor, desprendimiento no total, ausencia de desgarros gigantes, desprendimientos no tratados con técnicas de drenaje y explante circunferencial.

-ALIO (1985) dice que la agudeza visual final estima tan solo el 52% de la función visual de los desprendimientos de retina reaplicados y en otro trabajo (ALIO, 1985), realizando un analisis de regresión múltiple en componentes principales sobre la agudeza visual teorica postoperatoria en los desprendimientos, concluye que los dos parametros clinicos y quirurgicos que más influyen son la agresión quirurgica y la antigüedad del mismo. Otros factores que tambien influyen de mayor a menor importancia son: el levantamiento foveal, la extensión del desprendimiento de retina, la edad y la refracción.

El modelo que presenta ALIO pierde un 48% de sensibilidad cuando intenta correlacionar unicamente la agudeza visual con el resultado anatomico de la cirugía retiniana. Para obviar

esto, nuestro parametro central fue la aplicación retiniana, frente al que comparamos todos los demas; hemos utilizado un modelo de regresión logística estudiado el porcentaje de no reaplicación retiniana tras la primera intervención en dos formas:

1) Incluyendo solo las dos variables más significativas: la edad, que era la variable más importante (ya mencionada), y el levantamiento macular. No acertamos a entender porque cuando la mácula se levanta el porcentaje de reaplicación retiniana es menor.

2) Si consideramos el modelo de regresión logística con las cuatro variables más influyentes, se incluyen la antigüedad del desprendimiento (en días) y la extensión del mismo en cuadrantes (de 1 a 4). Este modelo presenta una alta sensibilidad (72%) y una alta especificidad (72%) lo que permite predecir que desprendimientos de retina muy similares (en jóvenes y ancianos) pueden presentar un pronostico de aplicación retiniana muy distinto.

Nuestro modelo sirve tanto para calcular la probabilidad de éxito en cada enfermo, con la formula enumerada en los resultados, como un porcentaje (calculado en los resultados para algunos enfermos teóricos). Para predecir las probabilidades de aplicarse o desprenderse la retina, y si nosotros queremos repartir los errores (tanto de decir que se va a aplicar cuando no lo hace, o que no se aplicara cuando lo

hace) el punto de corte quedaría en 0'3; por lo que diremos todo desprendimiento cuyo porcentaje de no aplicación sea inferior a 0'3 (0 a 0'299) se aplicara y aquel que presente un porcentaje de aplicación mayor de 0'3 diremos que se desprendera (0'301 o más) en este punto de corte la especificidad y la sensibilidad seran del 72% (estan equilibradas). Si en realidad lo que queremos es no cometer el error de decirle al enfermo que se va aplicar cuando en realidad esto no ocurrira, podremos bajar el punto de corte hasta 0'1, considerando que inferior a 0'1 se aplica y superior a 0'1 se desprende lo que nos lleva a una sensibilidad de más del 90% y a una especificidad del 37% (obtenida a partir de la grafica II que aparece al final de los resultados).

Este modelo presenta como ventaja respecto a los modelos presentados por otros autores (GRUPPOSO 1975, ALIO 1985) que nos permite conocer la probabilidad estimada de no aplicación individual y, por otra parte y a partir de la gráfica, establecer un punto de corte teórico con el que podremos predecir la probabilidad de acertar o equivocarnos y el valor de nuestros errores para ese punto de corte (análisis discriminante). Despreciamos otras variables que no incrementan casi nada la información, como son: la agudeza visual preoperatoria, la presión intraocular preoperatoria del ojo desprendido, levantamiento que avanza hasta papila y afaquia.

Aplicando la formula de la regresión logistica que aparece en el apartado IV.4.1. de RESULTADOS, nos aparece los resultados expuestos en la GRAFICA III constituida por los factores pronosticos: EDAD Y LEVANTAMIENTO MACULAR.

Por medio de ella observamos que de los 10 a los 50 años: cada 10 años más de edad o la presencia de levantamiento foveal, duplica el porcentaje de no aplicación. De los 50 a los 80 años: cada 10 años o más de edad o la presencia de levantamiento mácular multiplica este porcentaje x 1'5.

A la vista de nuestros resultados el factor más importante es la edad y si el desprendimiento avanza hasta el area macular, lo agrava lo correspondiente a una decada más (resumido en GRAFICA IV).

Aplicando la formula IV.4.2., se obtienen los resultados expresados en la GRAFICA V, y aplicando un punto de corte de 0'3 (con un 72% de sensibilidad y un 72% de especificidad). Si afirmamos a partir de él, que aquellos desprendimientos con probabilidad de NO APLICACION igual o inferior al 30% (0'3) se considera que se aplican y aquellos con probabilidad superior al 30% se desprenden, podemos afirmar que:

1) Si un enfermo es menor de 40 años y no esta levantada la fovea ó si es menor de 30 años y esta levantada la fovea, LA RETINA SE APLICARA.

2) Si es mayor de 60 años y mácula levantada o mayor de 70 años y fovea no levantada, LA RETINA SE DESPRENDERA.

A la vista de nuestros resultados, el modo más eficaz de conseguir un mayor porcentaje de reaplicación retiniana, es por medio de campañas publicitarias de radio o televisión, que consigan que el desprendimiento de retina que llegue a nuestra clínica sea menos antiguo, por tanto menos extenso y con menor número de posibilidades de avanzar hasta el área foveal. Si además pretendemos mejorar su agudeza visual postoperatoria habría que realizar una cirugía con la menor agresión quirúrgica posible TANI (1981) y ALIO (1985).

Y para finalizar esta discusión, quiero mencionar algunas dudas que me han perseguido durante la realización de esta tesis respecto al estudio de la presión intraocular.

La presión intraocular desde GOLDMANN (1951) viene definida por la producción de humor acuoso (flujo acuoso), su resistencia a la salida y la presión venosa episcleral. Y un factor adicional, flujo uveoescleral que es un vía pequeña de escape de humor acuoso (BILL 1965).

Si consideramos en los glaucomas, que la PIO que tomamos es realmente la que el vítreo ejerce sobre la papila, obligatoriamente hemos de aceptar un flujo posterior de humor acuoso desde cámara posterior a vítreo. Si no lo aceptamos, tendremos un hecho clínico importantísimo y es que la PIO que tomamos con tonómetro de Goldmann, no es adecuada para la medida de la PIO en el glaucoma porque la presión intravítrea es distinta, esto concordaría con los resultados de ARCINIEGAS (1987) -que no acierta a explicar-. Pero esto no parece cierto, porque conocemos que la presión sistólica de la Arteria central de la retina es de unos 60 o 70 mmHg y cuando nosotros tomamos la presión con Goldmann tras las IRGE, el latido de la Arteria central de la retina se anula cuando el tonómetro marca estas presiones.

Si aceptamos un flujo uveoescleral independiente de presión y no mayor del 10% (BILL, 1984), hemos de considerar que en caso de desprendimiento de retina total con sinequias posteriores de 360°, éste flujo puede ser la única

explicación para la hipotonía que se produce al pasar de 42 a 4 mmHg tras la administración de inhibidores de la anhidrasa carbónica (DOBBIE, 1985).

Conocemos que esta malla uveoescleral se abre con simpáticos o parasimpaticolíticos (quizás esta sea una de las razones de eficaz respuesta en la uveitis hipertensiva). Si las proteínas libres como en el glaucoma fcolítico bloquean el ángulo, el abrir las mallas de esta vía puede incrementar la salida y ayudar a la normalización de la PIO.

El panorama se complica, cuando un ojo entra en glaucoma se observa un empeoramiento progresivo a lo largo de los años, parece como si los mecanismos de "feed back" fueran insuficientes para responder o no existieran. Por los trabajos de CARLSON (1987) comprobamos que el flujo de humor acuoso no parece estar sometido a un mecanismo de retroalimentación; elevaciones de la PIO de 10 mmHg se correlacionan con una disminución del flujo de 0'4 ul/minuto (de 3'0 a 2'6), hecho que va en contra del concepto de pseudofacilidad. SERAFANO (1976) refiere que parece no existir mecanismo regulador nervioso cuyas fibras emergan por el nervio Optico y pongan en marcha mecanismos reguladores.

Recientemente con la Trabeculoplastia (HONRUBIA, 1987) hemos descubierto que donde fotocoagulamos, impedimos el filtrado de humor acuoso, pero por la tracción producida por la

quemadura y la cicatriz rompemos la perfecta ordenación del trabeculum y abrimos vías falsas, más amplias, que evadiendo nuestras quemaduras compensan el trabeculum perdido para filtración y permiten incluso el descenso de la PIO.

Cada vez estamos más cerca del concepto de BARANY que consideraba que: " cuando un mecanismo regulador de la PIO comienza a fallar, es como una ficha de dominó que hace caer a las demás".

Si observamos un ojo, existe un material que se repite y llena grandes espacios con funciones no conocidas. Los mucopolisacaridos llenan y son el componente fundamental del vítreo, ejercen como un filtro en la malla trabecular capaz de explicar -hasta el 75% de la resistencia de salida al canal de SCHLEMM- (CARRERAS-EGANA, J., 1987) y representan un elemento de union entre retina sensorial y epitelio pigmentario.

En cualquier modelo sobre la PIO, no sería difícil imaginar que los mucopolisacaridos obstruyen el paso de humor acuoso con sus cargas moleculares y deben estar como filtro selectivo; ausentes en camara posterior y anterior (para no obstruir el paso de humor acuoso) y presentes en vítreo para evitar que este actúe como una esponja, y con secreciones infimas de humor acuoso mantener un control activo de la PIO. Esto se correlaciona con los hallazgos clínicos de GALVEZ-MONTES (1963) que tras dos inyecciones de hialuronidasa intravítrea en conejo, la presión intraocular desciende a cada nueva inyección con una caída superior al 70%, encontrando la PIO

normal en el ojo contralateral, lo que sugiere una respuesta local a la desaparición de mucopolisacaridos del vitreo y del angulo de filtración.

Pero las respuesta faciles comienzan a complicarse, si se realiza afaquia intracapsular del 30 al 90% de los mucopolisacaridos escapan del vitreo por camara anterior (OSTERLIN, 1971), y no se observa perdida en caso de afaquia extracapsular. Esto podría explicar que 1 mes despues de la cirugía, la PIO postoperatoria sea igual que la preoperatoria (NOGUERAS-LOPEZ 1986) y a más largo plazo descienda de 0'5 a 1 mmHg, hecho que no que no sucede en los ojos con cirugía extracapsular.

Respecto al filtro osmotico en camara anterior, encontramos a favor que en los pacientes respondedores a los esteroides, sin disminuir el flujo de humor acuoso tras la administración de Dexametasona al 0'1% (4veces/día) la PIO se eleva hasta 18'8 mmHg (ANSELMI 1968), al evitar los esteroides la liberación de enzimas lisosomiales y por tanto la degradación de los mucopolisacaridos en el angulo. En 14 pacientes operados de desprendimiento de retina, que se restableció el tono ocular con embolos de 0'8 a 4 ml de HEALON intravítreo, en 5 de los que se elevó la PIO hasta 45 mmHg -3 de ellos eran afaquicos intracapsulares- (GNAD 1983, OVERSKOTT 1986).

Pero las IRGE nos plantean nuevas interrogantes, si introducimos un volumen de 0'6 ml de SF6 intravítreo, sin drenar líquido

subretiniano, y al día siguiente las PIO se han normalizado hemos de reconocer con DIECKERT (1986) que se produce una pérdida progresiva del volumen vítreo y si aceptamos la poca distensibilidad de las cubiertas esclerales, ¿hacia donde va este volumen vítreo? (es pérdida de agua o pérdida de vitreo completo con componentes estructurales).

La burbuja se va expandiendo y cada vez va ocupando más volumen vítreo. Si admitimos pérdida de agua solamente cuando la burbuja vaya desapareciendo, el vitreo con la hidratación se restituirá. Si admitimos pérdida estructural de vitreo (ALIO, 1987) habría que preguntarse si se volverá a recuperar, como y en que medida, cual sería el proceso de síntesis.

Si como dice CARLSONN (1987) cuando se eleva la PIO el flujo acuoso disminuye discretamente y no se incrementa la facilidad de salida. La pérdida de volumen vítreo se realiza a través de la vía uveoescleral, pero aquí encontramos el trabajo de PEDERSEN (1982) que refiere que esta vía es independiente de presión, entonces ¿de que modo actúa la elevación de la PIO ayudando a la reabsorción del líquido subretiniano? como postula FOULDS (1985).

Pero si aceptamos la pérdida de ese volumen vítreo y empezó a pensar en él mismo, como con el tejido óseo (no como un tejido muerto sino como un reservorio activo de intercambio mineral).

Si la vía de drenaje uveoescleral es importante pero insuficiente, y el flujo de humor

acuoso es independiente de la PIO esto puede explicar la patogenia del glaucoma maligno. El humor acuoso escapa de camara anterior y posterior confinandose en una bolsa intravítrea, su salida brusca determina ausencia del mismo en camara anterior y gran presión vítrea lo que lleva al cierre angular. El humor acuoso que se produzca escapara por vía uveoescleral, pero esta de por sí es insuficiente para reabsorber los 3 microlitros de flujo de humor acuoso, por lo que la PIO se va elevando llegando en el glaucoma maligno a establecerse un nivel como pueden ser 60 o 70 mmHg, en el que la discreta disminución de flujo de humor acuoso y el aumento de escape uveoescleral determinan un equilibrio a Alta Tensión con resultado funesto para el ojo.

Los tratamientos que a veces reducen el cuadro anterior son los midriaticos y su efecto es doblemente beneficioso, van a permitir vías más amplias de escape de este humor acuoso hacia camara anterior y abriran las mallas uveoesclerales; facilitando la salida posterior y por tanto un equilibrio a más baja tensión con retrodesplazamiento ligero del iris que permitira entrar en funcionamiento tambien la malla trabecular y todo comienza a ir bien.

Si esta patogenia es cierta, quizás los glaucomas malignos debieran tratarse inicialmente como hace DOBBIE (1985) con desprendimientos de retina totales y sinequias posteriores de 360º, con : grandes dosis de Acetazolamida (250 mgrs, 4 veces/día) -para disminuir aún más la producción de humor acuoso- y con Atropina repetidas veces para abrir esta malla uveoescleral.

Ante lo que anteriormente he postulado, pero en lo que no creó, solo me lleva a una reflexión "el vítreo no puede adoptar un papel tan pasivo, y quizá actúe como reservorio, como tampon o como una esponja que permita al ojo adaptarse en cierta medida a los cambios de presión".

En el futuro cuando los mecanismos que determinan la presión intraocular sean mejor conocidos, espero que alguien reelabore mis datos y obtenga conclusiones nuevas; y anhelo que más autores repitan mi trabajo en las mismas condiciones, pues la gran diferencia de resultados entre autores no permite conocer aún donde esta la certeza clínica donde han de dirigirse los trabajos fisiopatológicos.

Sobre hipótesis y errores fundamentales se inventan vías de drenaje, como la del nervio Óptico, creandose trabajos estadísticos y fisiológicos acomodados a ella que no presentan correspondencia con la clínica diaria.

VI. CONCLUSIONES

-1) La presión intraocular preoperatoria media del ojo desprendido es significativamente menor que la del ojo sano contralateral. A su vez, la presión intraocular preoperatoria de los ojos desprendidos es significativamente menor en afaquicos intracapsulares que en no afaquicos.

-2) Los ojos operados de desprendimiento de retina, que quedan con presiones intraoculares intraoperatorias OPTIMAS entre 11 y 36 mmHg, se aplican significativamente más que aquellos que abandonan el quirófano con mayor hipotonía o hipertonia.

-3) En los ojos operados de desprendimiento de retina que presentaban vítreoretinopatía proliferativa ocurrió que a) en aquellos en que la retina se aplicó, la presión intraocular postoperatoria se normalizó; b) en aquellos en que la retina permaneció desprendida, la presión permaneció baja. Esta presión intraocular postoperatoria no se correlaciona ni con el tipo de cirugía practicada, ni con la extensión de la crioterapia.

-4) Los factores que, estudiados aisladamente, están asociados con un menor porcentaje de reaplicación retiniana, tras la primera intervención de desprendimiento de retina, son los siguientes: edad elevada, desprendimientos de retina extensos, mala agudeza visual preoperatoria y postoperatoria, y presión intraocular preoperatoria baja.

-5) Para la obtención de un modelo multivariante que permita predecir la aplicación anatomica retiniana, las variables que más influyen son, en orden decreciente, las siguientes: edad, levantamiento macular, antigüedad y extensión en cuadrantes.

VII. BIBLIOGRAFIA

- AABERG, T.M., PAWLOWSKY, G.J.: Exudative retinal detachment following scleral buckling with cryotherapy. *Am. J. Ophthalmol.* 74: 245-251, 1972.
- AGUIRREBENA-OLMOS, A.; SAORNIZ-ALVAREZ, M.A.; GIRALDO-ARGUELLO, A.; PASTOR-JIMENO, J.C.: Incidencia de la vitreorretinopatía proliferante en el desprendimiento de retina regmatógeno. *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 51: 229-234, 1986.
- AKHMETELI, L.M.; KASAVINA, B.S.; PETROPAULOVSKAJA G.A.: Biochemical investigation of the subretinal fluid. *Brit. J. Ophthalmol.* 59: 70-77, 1975.
- ALEZZANDRINI, A.A.: "Anomalías congénitas de la papila. Patología óptica. Patología clínica e interpretación angiofluoresceinográfica. 1ª ed. Medica Panamericana. Buenos Aires. 45-109, 1985.
- ALIO, J.L.; MORENO DE VEGA, M.T.; GUINALDO, V.; FRANCO, A.; GALERA, J.A.; URRUTIA, M.; BARAHONA, J.M.: Significación y correlación de los parametros exploratorios en la valoración del resultado funcional del tratamiento del desprendimiento de retina. *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 49: 327-338, 1985.
- ALIO, J.L.; MORENO DE VEGA, M.T.; GUINALDO, V.; MARCOS, M.; URRUTIA, M.; BARAHONA, J.M.: Modelo predictivo del resultado funcional del tratamiento del desprendimiento de retina a partir de parametros clínicos y quirúrgicos. *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 49: 271-286, 1985.
- ALIO, J.L.; SANCHEZ, A.; LUDEÑA, M.D.; GARCIA, S.; PARRA, C.: Toxicidad retiniana del hexafluoruro de azufre (S F6). *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 53: 421-430, 1987.

- ANDERSON, D.H.; STERN, W.H.; FISHER, S.K.; ERICKSON, P.A.; BORGULA, G.A.: Retinal detachment in the cat: The pigment epithelial-photoreceptor interface. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 24: 906-26, 1983
- ANDERSON D.H.; GUERIN, C.; ERICKSON, P.; STERN, W., FISHER, S.: Morfological Recovery in the reattached retina. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 27: 168-183, 1986.
- ANSELM, P.; BROWN, A.J.; MAURICE, D.M.: Actions of drugs on the aqueous flow in man measured by fluorophotometry. *Exp. Eye. Res.* 7: 487-496, 1968.
- ARCINIEGAS, A.; AMAYA, L.E.: Factores físicos que modifican el valor de la presión intraocular obtenido con el tonómetro de Goldmann. *Glaucoma.* 78-81, nº 3, 1987.
- ARMALY, M.F.: On the distribution of appplanation pressure. I. Statistical features and the effect of Age, Sex, and Family History of glaucoma. *Arch. Ophthalmol.* 73: 11-18, 1965.
- ARMITAGE, P.: *Statistical Methods in Medical Research.* 1ª ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1971.
- ARLT, F., Von: *Injuries of the eye and their medico-legal aspect.* Claxton Remsen Happelfinger. Philadelphia. 21-23, 1878.
- ARRUGA, H.: Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina. *Acta XIV Concilium Ophthalmologicum, Hispania, 1933.* Blass. Vol. 2: 5-191, 1933.
- ARRUGA, H.: *Über die Ruhigstellung des Augapfels in der Behandlung der Netzhautablosung.* *Klin. Mbl. Augenheilk.* 93: 52-67, 1934.
- ARRUGA, H.: *L'air intravitré dans le décollement de la rétine.* *Bull. Soc. Franc. Ophthal.* 49: 288-294, 1936.

- ARRUGA, H.: Detachment of the retina : Pathologic and therapeutic considerations. Arch. Ophthalmol. 36: 531-536, 1946.
- ARRUGA, H.: Cirugía Ocular. 1ª ed. Salvat. Barcelona. 545-638, 1946.
- ARRUGA, H.: Modalidades técnicas recientes de las operaciones del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. Hisp. Amer. 18:55-65, 1958.
- ARRUGA, H.: Quoted after: STALLARD, H.B.: Eye surgery. 1ª ed. Wright. Bristol. 703-715, 1965.
- ARRUGA, H.: Comentarios sobre mil operaciones de "cerclaje" en desprendimiento de retina. Arch. Soc. Oftal. Hisp. Amer. 29: 996-1007, 1969.
- ASHRAFZADEH, M.T.; SCHEPENS, C.L.; ELZENEING, I.I.; MOURA, R.; MORSE, P.; KRANSHAR, M.F.: Aphakic and phakic retinal detachment. I. preoperative findings. Arch. Ophthalmol. 89: 476-483, 1973.
- ATCHENSON, J.B.; TYLER, F.H.: Circadian Rhythm: Man and Animals. In: Greep, R.O.; Astwood, F.B. (eds.). Handbook of Physiology. Vol. VI, section 7, 127, Washington, D.C. American Physiological Society. 127-143, 1975.
- BASTIDA, A.G.; ROBLES, J.; SANCHEZ, M.; MONTANES, C.: Anestesia para cirugía experimental oftalmologica. Arch. Soc. Esp. Oftal. 41: 1271-1276, 1981.
- BASTIDA, A.G.: La presión ocular en el desprendimiento retina experimental. Tesis doctoral. Cadiz. 1987.
- BEC, P.; RAVALT, M.; ARNE, J.L.; TREPSAT, C.: La périphérie du fond d'oeil. Ed. Masson. Paris. 1980
- BECKER, B.; SHAFFER, R.N.: Diagnosis and therapy of the Glaucomas. 1ª ed. C.V. Mosby Co., 105-107, 1961.

- BECKER, B.: In discussion, SMITH, J.L.: Retinal detachment and glaucoma. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 67: 731-731, 1963.
- BELMONTE, J.: El dibujo como ayuda en el diagnostico y tratamiento del desprendimiento de retina. Stud. Ophthalmol. 1:199-205, 1979.
- BELMONTE, J.; REZOLA, A.: Estudio tonografico del ojo operado de desprendimiento de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. 45: 43-50, 1983.
- BERMAN, E.R.: The biosynthesis of mucopolysaccharides and glycoproteins in pigment epithelial cells of bovine retina. Biochim. biophys. Acta. 83: 371-383, 1964.
- BERMAN, E.R.: Mucopolysaccharides (glycosaminoglycans) of the retina: identification, distribution and possible biological role. Mod. Probl. Ophthalmol. 8: 5-17, 1969.
- BETTREMIEX, P. : Die Einfache Sklerektomie bei der Netzhautablosung. Klin. Mbl. Augenheilk. 48: 694-710, 1910.
- BILL, A.: The aqueous humor drainage mechanism in the cynomolgus monkey (Macaca irus) with evidence for unconventional routes. Invest. Ophthalmol. 4: 911-919, 1965.
- BILL, A.: Further studies on the influence of the intraocular pressure on aqueous humor dynamic in cynomolgus monkeys. Invest. Ophthalmol. 6: 364-375, 1967.
- BILL, A.: Circulación Ocular. ADLER. Fisiología del ojo. Aplicación clínica. 1ª ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 202-221, 1980.
- BILL, A.: Circulation in the eye. Handbook of Physiology- The Cardiovascular Sistem IV. 1ª ed. Ed. C.V. Mosby Company, Saint Louis. 1001-1034, 1984.

- BONAVOLONTA, A.: Chirurgica del distacco di retina. G. Ital. Oftal. 10: 257-269, 1957.
- BONNIN, P.: Hypertonie oculaire et décollement de la retina. Thèse. Hôpitaux aux Quinze-Vingts. Paris, 1964.
- BROCKHURST, R.C.; SCHEPENS, C.L.: Uveitis IV. Peripheral uveitis: the complications of retinal detachment. Arch. Ophthalmol, 80: 747-752, 1968.
- BROWN, J.A.; ZADNNAISKY, J.A.: Ion Coupled fluid movement across the bull from retinal pigment epithelium. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 22: 102-120, 1982.
- BRUBAKER, R.F.; SERAFANO, D.M.: Intraocular pressure after optic nerve transection. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 17: 68-71, 1978.
- BRYAN, J.A.; CAMPOCHIARO, P.A.: A retinal pigment epithelial cell-derived growth factor. Arch. Ophthalmol. 104: 422-425, 1986.
- BURTON, T.C.: Preoperative factors influencing anatomic succes rates following retinal detachment surgery. Ophthalmology. 83: 499-505, 1977.
- BURTON, T.C.; NOUR-IDDINT, T.A.; PHELPS, CH.: Intraocular pressure in retinal detachment. Int. Ophthal. 1,3: 147-152, 1979.
- BYER, N.E.: Changes and prognosis of lattice degeneration of the retina. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 78: 114-125, 1974.
- BYER, N.E.: Prognosis of asymptomatic retinal breaks. Arch. Ophthalmol. 92: 208-210, 1974.
- BYER, N.E.: The natural history of senile retinoschisis. Mod. Probl. Ophthalmol. 18: 304-311, 1977.
- BYER, N.E.: Lattice degeneration of the retina. Surv. Ophthalmol. 23: 213-248, 1979.
- CAIRNS, J.E.: Glaucoma. 1^a ed. Grune Stratton Ltd. London. 622-623, 1986.

- CAMBIAGGI, A.: Myopia and retinal detachment : Statistical study of some of their relationships. Am. J. Ophthalmol. 58: 642-650, 1964.
- CAMPBELL, D.G.: Iris retraction associated with rhegmatogenous retinal detachment syndrome and hypotony. A new explanation. Arch. Ophthalmol. 102: 1457-1463, 1984.
- CAMPOCHIARO, P.A.; JORDAN, J.A.; GLASER, B.M.; CARDIN, A.; MICHELS, G.R.: Vitreous aspirates from patients with proliferative vitreoretinopathy stimulate retinal pigment epithelial cell migration. Arch. Ophthalmol. 103, 1403-1405, 1985.
- CAMPOCHIARO, P.A.; BRYANT III, J.A.; CONWAY, B.P.; JACCOMA, E.H.: Intravitreal chemotactic and mitogenic activity. Implication of Blood-retinal Breakdown. Arch. Ophthalmol. 104: 1685-1687, 1986.
- CANTRIL, H.L.; PEDERSON, J.E.: Experimental retinal detachment. III. Vitreous fluorophotometry. Arch. Ophthalmol. 100: 1810-1813, 1982.
- CANTRILL, H.L.; PEDERSON, J.E.: Experimental retinal detachment. VI. The permeability of the Blood-Retinal Barrier. Arch. Ophthalmol. 102: 747-751, 1984.
- CAPEANS-TOME, M.C.; SIERRA-LINAN, V.; MOHAMED, M.; ACOSTA-BUESA, J.; ALVAREZ-MARTINEZ, E.; SANCHEZ-SALORIO, M.: Tratamiento del desprendimiento de la retina mediante inyecciones repetidas de gas expandible. Primeros resultados. Arch. Soc. Esp. Oftal. 53: 403-410, 1987.
- CAPEANS-TOME, M. C.; MOHAMED, M.: Dos años de experiencia en el tratamiento del desprendimiento de retina con inyecciones repetidas de S F6. Comunicación presentada al 63 Congreso Nacional de la S.E. Oftal. Oviedo, 1987.

- CAPPER, S.A.; LEOPOLD, I.H.: Mechanism of serous choroidal detachment; a review and experimental study. Arch. Ophthalmol. 55: 101-113, 1956.
- CARLSON, K.H.; MCLAREN, J.W.; TAPPER, J.E.; BRUBAKER, R.F.: Effect of body position on intraocular pressure and aqueous flow. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 28: 1346-1352, 1987.
- CARRERAS-EGANA, B.; LOPEZ-MARIN, PEREZ, I.: Tratamiento de los desprendimientos de retina con agujero macular mediante la implantación de amnios en el polo posterior. Arch. Soc. Esp. Oftal. 40: 923-930, 1980.
- CARRERAS-EGANA, B.: Referencia personal (no publicada) 1987.
- CARRERAS-EGANA, F.J.: Mucopolisacáridos en las cámaras anterior y posterior en el hombre. Consideraciones fisiológicas. Comunicación presentada en el LXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oftalmología. Oviedo 1987.
- CARRERAS-MATAS, B.: comunicación personal (no publicada) 1986.
- CASANOVAS, R.; CORCOSTEGUI, G.: Técnica de obtención y preparación de duramadre humana liofilizada para implantes esclerales. Comunicación presentada al LI Congreso de la Soc. Esp. Oftal. Valladolid, 1973.
- CASTELLANOS, L.; ARA, M.; NAVARRO, T.; PINERO, A.: Consideraciones sobre el desprendimiento de retina en el afaquico. Arch. Soc. Esp. Oftal. 49: 261-266, 1985.
- CLEARY, P.E.; MINCKLER, D.S.; RYAN, S.J.: Ultrastructure of traction retinal detachment in rhesus monkey eyes after a posterior penetrating ocular injury. Am. J. Ophthalmol. 90: 829-845, 1980.

- CORGOSTEGUI, G.C.; FERRO-MONTIU, J.: Cirugía del desprendimiento de la retina por taponaje interno con gas expansible y criopexia. Arch. Soc. Esp. Oftal. 53: 387-392, 1987.
- COSCAS, G.: Angiofluoresceingrafía y barrera hematorretiniana. Chi. Int. J. Ophthalmol. 2: 3-8, 1982.
- CUNHA-VAZ, J.G.; FARIA-DE ABREU, J.R.; CAMPOS, A.; et al: Early breakdown on the blood retinal barrier in diabetes. Br. j. Ophthalmol. 59: 649-653, 1975.
- CUNHA-VAZ, J.G.: Mecanismos de transporte en la barrera hematorretiniana. Chi. Int. J. Ophthalmol. 1: 13-22, 1984.
- CUSTODIS, E.: Bedeutet die Plombenaufnahme auf die Sklera einen Fortschritt in der operativen Behandlung der Netzhautablosung? Ber. dt. ophthalmol. Ges. 58: 102-109, 1953.
- CHANDLER, P.A.; MAUMENEE, A.E.: A major cause of hipotony. Trans. Amer. Acad. Ophthalm. Otolaryng. 65: 563-577, 1961.
- CHIGNELL, A.H.: Use of the Perkins hand-held applanation tonometer in retinal detachment surgery. Brit. J. Ophthalm. 55: 644-646, 1971.
- CHIGNELL, A.H.; CARRUTHERS, M.; RAHI, A.H.S.: Clinical, Biochemical, and immunoelectrophoretic study of subretinal fluid. Brit. J. Ophthalm. 55: 525-532, 1971.
- CHIGNELL, A.M.; WONG, D.: The role of induced choroidal adhesion in retinal detachment surgery. Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 105: 580-586, 1986.
- DAVID, R.; ZANGWILL, L.; STONE, D.; YASSUR, Y.: Epidemiology of intraocular pressure in a population screened for glaucoma. Br. J. Ophthalmol. 71: 766-771, 1987.

- DAICKER, B.: Die fleckige fettige degeneration der netzhaut. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 172: 581-583, 1978.
- DAVIDORF, F.H.: Retinal pigment epithelium glaucoma. Ophthalmol. Digest. 38: 11-16, 1976.
- DE LA MOTA, J.; GABARRO, I.: El desprendimiento de retina traumatico. Arch. Soc. Esp. Oftal. 49: 257-260, 1985.
- DELANEY, W.V.; OATES, R.P.: Retinal detachment in the second eye. Arch. Ophthalmol. 96: 629-634, 1978.
- DELORI, F.; POMERANTZEFF, O.; COX, M.S.: Deformation of the globe under high-speed impact: Its relation to contusion injuries. Invest. Ophthalmol. 8: 290-301, 1969.
- DIECKERT, J.P.; et all: Air travel and Intraocular Gas. Ophthalmology. 93: 642-645, 1986.
- DIAZ-ESTEVEZ, F.: Tratamiento incruento del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. 51: 135-140, 1986.
- DOBBIE, J.G.: A study of the intraocular fluid dynamics in retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 69: 159-164, 1963.
- DOMINGUEZ, A.: Cirugia precoz y ambulatoria del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. 48: 47-54, 1985.
- DOMINGUEZ, A.; CHABANI, J.; GOMEZ-MONTANA, J.; FONSECA, A.; JARENO, M.: Desprendimientos de retina producidos por roturas de polo posterior. I.- La experiencia del pasado. St. Ophthal. Vol. V, nº 2: 32-38, 1986.
- DOMINGUEZ, A.; FONSECA, A.; GOMEZ-MONTANA, J.: Insuflaciones repetidas de gas expansivo (IRGE) como tratamiento ambulatorio de determinados desprendimientos de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. 51: 145-154, 1986.

- DRAEGER, J.; GUTHOFF, R.; MOELLER, J.: Correlations between intraocular pressure and resulting scleral indentation after detachment surgery. *Ophthalmic. Res.* 14: 466-472, 1982.
- DUKE-ELDER, S.: *System of Ophthalmology*. Vol III. 1st ed. C.V. Mosby Company. 2886-2897, 1941.
- DUKE-ELDER, S.: *System of Ophthalmology*. vol. I. The eye in evolution. 2nd ed. Henry Kimpton, London. 429-508, 1958.
- DUKE-ELDER, S.: *System of Ophthalmology*. vol. X. Diseases of the retina. 2nd ed. C.V. Mosby Co. St. Louis. 150-152, 183, 408-445; 1967.
- DUMAS, J.; SCHEPENS, C.L.: Chorio-retinal lesions predisposing to retinal breaks. *Am. J. Ophthalmol.* 61: 620-630, 1966.
- DUNN, J.S.; BRUBAKER, R.F.: Perkins applanation tonometer. Clinical and laboratory evaluation. *Arch. Ophthalmol.* 89: 149-151, 1973.
- EISNER, G.: *Biomicroscopy of the peripheral fundus*, and atlas and textbook. Ed. Springer-Verlag, Berlin. 1973.
- FATT, I.; SHANTINATH, K.: Flow conductivity of retina and its role in retinal adhesion. *Exp. Eye. Res.* 12: 218-229, 1971.
- FAVRE, M.; GOLDMANN, H.: Zur genese der hinteren glaskorperabhebung. *Ophthalmologica.* 132: 87-97, 1956.
- FERRY, A.P.; FONT, R.L.: Carcinoma metastatic to the eye and orbit. I. A clinicopathologic study of 227 cases. *Arch. Ophthalmol.* 92: 276-286, 1974.

- FINE, B.S.: Retinal structure : light and electronmicroscopic observations. Mc Pherson, A.: New and controversial aspects of retinal detachment. 1st ed. Harper & Row Publishers, Hoeber Medical Division. New York. 1968.
- FITZGERALD, J.R.; McCARTHY, J.L.: Hereditary retinoschisis. Report of two cases occurring in a mother and son. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. 66: 765-773, 1962.
- FLAGE, T.: A defect in the Blood-Retina Barrier in the Optic Nerve. Head region in the rabbit and the monkey. Acta Ophthalmologica. 58:645-651, 1980.
- FLAGE, T.; RINGVOLD, A.: Demonstration of a diffusional pathway between the subretinal space and the juxtapapillary connective tissue. An in vitro Experiment using Horseradish Peroxidase as a Tracer. Acta Ophthalmologica. 58: 899-907, 1980.
- FLEISS, J.L.: Statistical Methods for rates and proportions . 2nd ed. John Wiley & Sons. New York, 1981.
- FOOS, R.Y.: Postoral peripheral retinal tears. Ann. Ophthalmol. 6: 679-687, 1979.
- FOULDS, W.S.; HEATH, H.; BECK, T.C.: Chemical composition of the subretinal fluid. Brit. J. Ophthalmol. 46: 385-393; 1962.
- FOULDS, W.S.: Experimental retinal detachment. Trans Ophthalmol. Soc. U.K.. 83: 153-170, 1963.
- FOULDS, W.S.: Experimental detachment of the retina and its effect on the intraocular fluid dynamics. Mod. Probl. Ophthalmol. 8: 51-63, 1969.
- FOULDS, W.S.: Aetiology of retinal detachment. Transactions of the Ophthalmological Society of the UK. 95: 118-128, 1975.
- FOULDS, W.S.: Factors influencing visual recovery in retinal detachment surgery. Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 100: 72-77, 1980.

- FOULDS, W.S.; ALLAN, D.; MOSELEY, H.; et all:
Effect of intravitreal hyaluronidase on the
clearance of tritiated water from the vitreous to
the coroid. Brit. J. Ophthalmol. 69: 529-532, 1985.
- FRAMBACH, D.A.; MARMOR, M.F.: The rate and route
of fluid resorption from the subretinal space of
the rabbit. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 22: 292-
302, 1982.
- FRANCOIS, J.; NEETENS, A.: Comparative Anatomy of
the vascular supply of the eye in vertebrates. The
eye. 1^a ed. Davson Academic Press Inc. London, 1962.
- FREILICH, D.B.; FREEMAN, H.M.: Experimental
retinal detachment. Arch. Ophtal. 59: 70-77, 1975.
- FUCH, E.: Spontane, Zerreiung der Netzhaut bei
ablosung denselben. Klin. Mbl. Augenheilk. 41:
459-462, 1903.
- GABARRO, I.; MARTI, R.; VIÑAS, R.:
Desprendimiento de retina juvenil y en adultos
jovenes. Arch. Soc. Esp. Oftal. 49: 251-256, 1985.
- GALVEZ-MONTES, J.: Acerca del pronostico
quirurgico del desprendimiento de retina
(resección escleral versus diatermocoagulación).
Arch. Soc. O. H.A. 22: 143-158, 1961.
- GALVEZ-MONTES, J.: Acerca del papel de los
mucopolisacaridos del vitreo y el angulo de la
camara anterior en la regulación de la Tensión
intraocular. Arch. Soc. O. H.A. 23: 915-919, 1963.
- GARCIA-CAMPOS, J., CILVETI, A., LAPEIRA, M.:
Estudio del árbol vascular retiniano en la rata
wistar adulta mediante la técnica HRP-
Tetrametilbencidina. St. Opthal. Vol. V/ Nº 2:
9-13, 1986.
- GARCIA-SANCHEZ, J.; RAMIREZ-SEBASTIAN, J.M.,
TRIVIÑO-CASADO, A.: Análisis de un modelo vascular
de disco óptico y su respuesta ante distintas
agresiones. Glaucoma. Vol. I/ Nº I: 3-9, 1986.

- GARCIA-SERRANO, J.L.; SERRANO, D.; GOMEZ-DIAZ, J.L.; GARCIA-GONZALEZ, M.F.; ROMERO, J.: Complicaciones en 612 extracciones intracapsulares de cristalino. Revista D'OR de Oftalmologia. 1º trimestre: 68-76, 1986.
- GARTNER, J.; SCHICKETANZ, K.H.; SINTERHAUF, K.; BOHM, G.: Jahreszeitliche Schwankungen im Vorkommen der idiopathischen Netzhautablosung und der Cortisolkonzentration in der subretinalen Flüssigkeit. Klin. Mbl. Augenheilk. 171: 506-519, 1977.
- GIRARD, P.; BOSCHER, C.; MERAD, I.; FOREST, A.: Desprendimiento de retina en el segundo ojo. J.Fr. Ophthalmol. 6: 975-979, 1983.
- GLOOR, B.P.; DAICKER, B.C.: Pathology of the vitreoretinal border structures. Trans. Ophthalm. Soc. U.K. 95: 387-398, 1975.
- GNAD, H.; KLEMEN, U.M.; RADDA, T.M.: Healon als innere Tamponade in der Netzhautchirurgie. Klin. Mbl. Augenheilk. 183: 184-186, 1983.
- GOFFSTEIN, R.; BURTON, T.C.: Differentiating traumatic from non traumatic retinal detachment. Ophthalmology. 89: 361-368, 1982.
- GOLDMANN, H.: Abflussdruck, Minutenvolumen und Widerstand der Kammerwasserströmung des Menschen. Doc. Ophthalmol. 278: 5-6, 1951.
- GOLDMANN, H.: The diagnostic value of biomicroscopy of the posterior parts of the eye. Brit. J. Ophthalm. 45: 449-461, 1961.
- GOLDMANN, H.: Seneszenz des Glaskörpers. Ophthalmologica (Basel). 143: 253-279, 1962.
- GOLDMANN, H.: Senile changes of the lens and the vitreous. Am. J. Ophthalmol. 57: 1-13, 1964.
- GONIN, J.: La Pathogénie du décollement spontané de la rétine. Ann. Ocul. 132: 30-55, 1904.

- GONIN, J.: Le traitement local du décollement rétinien. XIII Congrès International D' Opht. Amsterdam. 1929.
- GONIN, J.: L'hypotonie oculaire dans ses relations avec le décollement rétinien. Arch. d'Ophthalmologie. LI: 426-430, 1934.
- GONIN, J.: The evolution of ideas concerning retinal detachment within the last five year. Br. J. Ophthalmol. 17: 726-740, 1933.
- GONIN, J.: Le Décollement de la Rétine: Pathogénie -Traitement. Lausanne. 1^a Ed. Payot. 1934.
- GONZALEZ-TOMAS, J.: Desprendimiento de retina y tensión ocular. Arch. Soc. Esp. Oftal. 38: 815-822, 1978.
- GORDON, T.; GARST, C.C.: Coronary Heart Disease in Adults. United States. National Center for Health Statistics. Vital and Health Statistics. Series 11, Nº 10: 1960-1962, 1965.
- GOTTINGER, W.: Formation of basement membranes and collagenous fibrils in peripheral cystoid degeneration and retinoschisis. Dev. Ophthalm. Karger. Basilea. Vol. 2: 363-368, 1981.
- GOTTLIEB, F.: Combined choroidal and retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 88: 481-486, 1972.
- GRUPPOSO, S.S.: Visual acuity following surgery for retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 93: 327-331, 1975.
- GUERRA-GONZALEZ, A.; MANZANAS-LEAL, L.; GUIRALDO-ARGUELLO, A.; PASTOR-JIMENO, J.C.: Resultados de las inyecciones de S F6 como tratamiento del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. 53: 393-398, 1987.
- GUILLEBON, H.; ZAUBERMAN, H.: Experimental retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 87: 545-557, 1972.

- GUNDRY, M.F.; DAVIES, E.W.: Recovery of visual acuity after retinal detachment surgery. *Am. J. Ophthalmol.* 77: 310-315, 1974.
- HADDAD, H.M.: Sialic acid in human eyes. *Arch. Ophthalmol.* 67: 459-471, 1962.
- HAIMANN, M.H.; THOMAS, B.C.; BROWN, C.K.: Epidemiology of retinal detachment. *Arch. Ophthalmol.* 100: 289-292, 1982.
- HARBIN, T.S.; SHIRLEY, E.L.; JARRETT II, W.H.: Applanation-Schiotz disparity after retinal detachment surgery utilizing criopexy. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 86: 1609-1611, 1979.
- HAYREH, S.: The orbital vessels of Rhesus monkeys. *Exp. Eye Res.* 3: 16-30, 1964.
- HEATH, H.; BECK, T.C.; FOULDS, W.S.: Communications chemical composition of subretinal fluid. *Brit. J. Ophthalmol.* 46: 385-396, 1962.
- HENKIND, P.: Radial Peripapillary capillaries of retina. I. Anatomy: Human and Comparative. *Brit. J. Ophthalmol.* 51: 115-123, 1976.
- HEREDIA-GARCIA, C.D.; GARCIA-CALDERON, P.A.: Estudio de la permeabilidad de la barrera hemato-retiniana en pacientes con desprendimiento de retina. *Revista D'OR de Oftalmología* 3: 47-55, 1985.
- HERNANDEZ, M.A.; ROLDAN, M.: Relación vitreoretiniana en el adulto joven normal. *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 53: 79-86, 1987.
- HILTON G.F.; et all; THE RETINA SOCIETY TERMINOLOGY COMMITTEE: The classification of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. *Ophthalmology.* 90: 121-125, 1983.

- HILTON, G.F.; SANDERSON, W.: Pneumatic retinopexy. A two-step Outpatient Operation Without Conjunctival Incision. *Ophthalmology*. 93: 626-641, 1986.
- HILTON, G.F.; KELLY, N.E.; SALZANO, T.C.; TORNAMBE, P.E.; WELLS, J.W., WENDEL, R.T.: Pneumatic Retinopexy. A collaborative report of the first 100 cases. *Ophthalmology*. 94: 307-314, 1987.
- HIROSE, T.: Retinoschisis. En: 14th. Retinal detachment. Course, Boston, 1979.
- HOGAN, M.J.: Histology of the human eye. An Atlas and texbook. 1ª ed. Saunders Company. Philadelphia. 1971.
- HONRUBIA, F.M.: Conferencia Magistral sobre el laser ocular. S.E.Of. Oviedo. 1987.
- HUERKAMP, B.; BEHME, H.: Graefes Arch. Ophthal. 155: 433-442, 1955.
- HYAMS, S.W.; BIALIK, M.; NEUMANN, E.: Myopia-aphakia. I. Prevalence of retinal detachment. *Brit. J. Ophthalmol.* 59: 480-482, 1975.
- IANEZ, I.A.; GARCIA, A.C.; CARRERAS-EGANA, B.: Distribución de la presión intraocular en la provincia de Granada. *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 48: 201-206, 1985.
- JAFFE, N.S.: Complications of acute posterior vitreous detachment. *Arch. Ophthalmol.* 79: 568-571, 1968.
- JAFFE, N.S.; CLAYMAN, H.M.; JAFFE, M.S.: Retinal detachment in myopic eyes after intracapsular and extracapsular cataract extraction. *Am. J. Ophthalmol.* 97: 48-52, 1984.
- JALKH, A.E.; AVILA, M.P.; SCHEPENS, C. L.; AZZOLINI, C.; DUNCAN, J.E.; TREMPPE, C.L.: Surgical treatments of proliferative vitreoretinopathy. *Arch. Ophthalmol.* 102: 1135-1139, 1984.

- JOHNSON, N.F.; FOULDS, W.S.: Observations on the retinal pigment epithelium and retinal macrophages in experimental retinal detachment. Brit. J. Ophthal. 61: 564-572, 1977.
- JOHNSON, N.F.; IRIVINE, A.R.; WOOD, I.S.: Endolaser, cryopexy, and retinal reattachment in the air-filled eye. A clinicopathologic correlation. Arch. Ophthalmol. 105: 231-234, 1987.
- JONKERS, G.H.: Seasonal variation in the frequency of retinal detachments. Ophthalmologica. Basel. 374-387. 1952.
- JORDANO, J.: Recidiva del desprendimiento por detras del cerclaje. Arch. Soc. Esp. Oftal. 33: 141-150, 1973.
- JORDANO, J.; SANCHEZ-ORTEGA, R., CALVO, F.; ROBLES, J.; ABU-YAGHI, E.N.; CARRERAS, B.: Hallazgos preoperatorios en el desprendimiento de retina: I. Algunos Aspectos epidemiologicos. An. Soc. Ergof. Esp. 5: 335-352, 1974.
- JORDANO, J.; SANCHEZ-ORTEGA, R.; CALVO, F.; ROBLES, J.; ABU-YAGHI, E.N., CARRERAS, B.: Hallazgos preoperatorios en el desprendimiento de retina: II. Situación y extensión de la bolsa. An. Soc. Ergof. Esp. 5: 353-368, 1974.
- JORDANO, J.; SANCHEZ-ORTEGA, R.; CALVO, F.; ROBLES, J.; ABU-YAGHI, N.E.; CARRERAS, B.: Hallazgos preoperatorios en el desprendimiento de retina. III. Desgarros. An. Soc. Ergof. Esp. 5: 369-388, 1974.

- KAHN, H.A.: Letter. Invest Ophthalmol. 13: 634-635, 1974.
- KANSKI, J.J.: Complications of acute posterior vitreous detachment. Am. J. Ophthalmol. 80: 44-46, 1975.
- KANSKI, J.J.: Retinal detachment: a colour manual of diagnosis and treatment. 1st ed. Butterworth & Co. London. 1986.
- KILLEY, F.P.; EDELHAUSER, H.F.; AABERG, T.M.: Intraocular sulfur Hexafluoride and Octofluorocyclobutane. Arch. Ophthalmol. 96: 511-515, 1978.
- KLEINER, L.: Der intraokulare druck bei Netzhautablösung. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 129: 485-506, 1933.
- KNEPPER, P.A.; FARBMAN, A.I.; TELSER, A.G.: Exogenous Hyaluronidases and degradation Hyaluronic acid in the rabbit eye. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 25: 286-293, 1984.
- KRANIAS, G.; DOBBIE, J.G.: Amines in the subretinal fluid and aqueous. Am. J. Ophthalmol. 92: 672-675, 1981.
- KROLL, A.J.; MACHEMER, R.: Experimental retinal detachment and reattachment in the rhesus monkey. Am. J. Ophthalmol 68: 58-69, 1969.
- KROLL, A.J., MACHEMER, R.: Experimental retinal detachment and reattachment in the owl monkey. VIII. Photoreceptor protein renewal in early retinal reattachment. Am. J. Ophthalmol. 72: 356-364, 1971.
- KRUPIN, T.; PODOS, S.; BECKER, B.: Effect of optic nerve transection on osmotic alterations of intraocular pressure. Am. J. Ophthalmol. 70: 214-221, 1970.

- KRUPIN, T.; PODOS, S.; BECKER, B.: Alteration of intraocular pressure after third ventricle injections of osmotic agents. *Am. J. Ophthalmol.* 76: 948-960, 1973.
- LAGRANGE, F.: *du glaucome et de hypotonie*. 1^a ed. Paris. 1922.
- LANGHAM, M.E.; REGAN, C.D.J.: Circulatory changes associated with onset of primary retinal detachment. *Arch. Ophthalmol.* 81: 820-29, 1969.
- LAVERGNE, G.: *Ophthalmologie*. Basel. 138: 169-180, 1959.
- L'ESPERANCE, F.: *Ophthalmic lasers. Photocoagulation, Photoradiation, and surgery*. Ed. C.V. Mosby & Co. 1^a ed. St. Louis, 1983.
- LEAVER, P.K.; CHIGNELL, A.H.; FISON, L.G.; PYNE, J.R.; SAUNDERS, S.H.: Role of non drainage of subretinal fluid in re-operation for retinal detachment. *Brit. J. Ophthalmol.* 59: 252-256, 1975.
- LEBER, TH.: *Netzhautablosung*. In Graefe und Saemich: *Handbuch der Gesamten Augenh.* Leipzig. Vol. V. 694-695, 1877.
- LEBER, TH.: In Graefe-Saemisch-Hess: *Handbuch der gesamten Augenheilkunde*. Ed. Wilhelm Engelmann. Leipzig. Bd. VII. 2: 1416-1428, 1916.
- LESSELL, S.: Capillaries of Rat Optic Nerve. Relationship of Anomalies to Cyanid lesions. *Arch. Ophthalmol.* 91: 308-310, 1974.
- LEYDHECKER, W.: *Los glaucomas en la practica*. Ed. Toray. 4^a ed. Barcelona. 1984.
- LINCOFF, H.A.; BARAS, J.; McLEAN, J.: Modification to the Custodis procedure for retina detachment. *Arch. Ophthalmol.* 73: 160-166, 1965.

- LINCOFF, H.A.; KREISSIG, I.; PARVER, L.: Limits of Constriction in the treatment of Retinal Detachment. *Arch. Ophthalmol.* 94: 1473-1477, 1976.
- LINCOFF, H.A.; HAFT, D.; LIGGET, P.; REITER, C.: Intravitreal expansion of perfluorocarbon bubbles. *Arch. Ophthalmol.* 98: 1656-1657, 1980.
- LINCOFF, H.A.; KREISSIG, I.: Posterior lip traction caused by intravitreal gas. *Arch. Ophthalmol.* 99: 1367-1370, 1981.
- LINCOFF, H.A.; KREISSIG, I.: Application of Xenon gas to clinical Retinal Detachment. *Arch. Ophthalmol.* 100: 1083-1085, 1982.
- LINDNER, K.: Zur klinik des glaskorpers. III. Glaskorper und Netzhautabhebung. Albrecht von Graefes *Arch. Ophthalmol.* 137: 157-202, 1937.
- MACHEMER, R.: Experimental retinal detachment in the owl monkey. II. Histology of retina and pigment epithelium. *Am. J. Ophthalmol.* 66: 396-410, 1968.
- MACHEMER, R.: Experimental retinal detachment in the owl monkey. IV. The reattached retina. *Am. J. Ophthalmol.* 66: 1075-1088, 1968.
- MACHEMER, R.: Pathogenesis and classification of masive periretinal proliferation. *Brit. J. Ophthalmol.* 62: 737-747, 1978.
- MAC VICAR, J.E., WOLTER, J.R., PAYNE, W.C.: Retinal separation in pars planitis. *J. Ped. Ophthalmol.* 4: 24-26, 1967.
- MARMOR, M.F.: Mechanisms of retinal adhesion and the function of detached retina. In XXIII Concilium Ophthalmologicum. Shimizu K. ed. Excerpta Medica. Amsterdam. 712-713, 1979.
- MARMOR, M.F.; ABDUL-RAHIM, A.S.; COHEN, D.S.: The effect of metabolic inhibitors on retinal adhesion and subretinal fluid resorption. *Invest. Ophthalmol.* 19: 893-903, 1980.

- MARMOR, M.F., MARTIN, L.J.; THARPE, S.: Osmotically induced retinal detachment in the rabbit and primate. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 19: 1016-1029, 1980.
- MARTIN-ANDRES, A.; BOLANOS-CARMONA, M.J.; LUNA DEL CASTILLO, J.D.; SANCHEZ-CANTALEJO, E.: *Bioestadística*. ed. Luz. Granada 1986.
- MASUDA, Y.; HORI, Y.: Uveitis associated with annular peripheral retinal detachment. *J. Clin. Ophthalmol.* 24: 1081-1085, 1970.
- MEHRA, K.S.; GUPTA, M.K.: Retinal detachment and glaucoma. *Brit. J. Ophthal.* 46: 756-757, 1962.
- MEYER-SCHWICKERATH, G.; FRIED, M.: Prophylaxis of retinal detachment. *Trans. Ophthal. Soc. U.K.* 100: 56-65, 1980.
- MICHAELSON, I.C.; STEIN, R.; NEUMAN, E.; HYAMS, S.A.: National cooperative study in the prevention of retinal detachment. In Pruett, R.C., and Regan, C.D.J. Eds. *Retina Congress*. New York, Appleton-Century-Crofts. 661-667, 1974.
- MICHAELSON, I.C.: *Textbook of the fundus of the eye*. 1^a ed. Churchill & Livingstone. London. 1980.
- MIYAKE, T.: The intraocular pressure changings due to periocular encirclement. *Ac. Soc. Ophthal. Jap.* 74: 187-195, 1970.
- MOSELEY, H.; FOULDS, W.S.; ALLAN, D.; KYLE, P.M.: Routes of clearance of radioactive water from the rabbit vitreous. *Brit. J. Ophthalmol.* 68: 145-151, 1984.
- MORENO-LUPIAÑEZ, E.: *Reducción diatérmica del globo ocular*. Tesis doctoral. Granada. 1956.
- MORENO-MONTAÑES, J.; BENITO-RUESCA, R.: Estudio nefelométrico de Ig G y Albumina en humor acuoso en el desprendimiento de retina. Comunicación presentada al LXIII Congreso de la S.E.O. Oviedo, 1987.

- MORTADA, A.: Circulatory changes in the retinal detachment. *Br. J. Ophthalmol.* 57: 275-283, 1973.
- MUINGS-SIMON, A.: Cirugía del vítreo. 1ª ed. Jims. Barcelona. 153-204, 1982.
- MULLER, L.: Ein neue operative Behandlung der Netzhautablosung. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 41: 425-431, 1903.
- MULLER, S.S.: Cyclic AMP modulated transport in retinal pigment epithelium. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 22: 13-20, 1982.
- MUTLU, F., LEOPOLD, I.: "Estructure of retinal vascular system of cat and rabbit". *Amer. J. Ophthalmol.* 57/5: 804-814, 1966.
- NAKAMURA, S.: Studies on experimental retinal detachment. Morphological observations. Part 2. Further observations of experimentally detached retina as well as observations of reattached retina. *Acta Societatis Ophthalmologica Japonicae.* 71: 520-532, 1967.
- NAVARRO-PIERA, E.; MARTINEZ-NADAL, E.; GONZALEZ-TOMAS, J.; MONLEON, A.; MARCO, V.P.; PASCUAL, S.J.: Resultados anatomicos y funcionales en la cirugía del desprendimiento de retina. *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 51: 129-134, 1986.
- NEGI, A.; MARMOR, M.F.: Experimental serous retinal detachment and focal pigment epithelial damage. *Arch. Ophthalmol.* 102: 445-449, 1984.
- NEGI, A.; MARMOR, M.F.: Mechanisms of subretinal fluid resorption in the cat eye. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 27: 1560-1563, 1986.
- NOGUERAS-LOPEZ, F.J.; GARCIA-SERRANO, J.L.; SERRANO, D.: Estudio de la variación tensional postoperatoria tras la extracción intracapsular de cristalino. *Revista D'OR de Oftalmología.* Vol. 16, nº 4: 63-66, 1986.

- NORDESON, E.: Die-Netzbaubiosung. Wiesbaden. 174-176, 1887.
- NORTON, E.W.D.: Intraocular gas in the management of selected retinal detachment XXIX Edward Jackson Memorial Lecture 1972. Trans. Am. Acad. of Ophth. and Otolaryngol. 77: 85-98, 1973.
- NOVAK, M.A.; WELCH, R.B.: Complications of acute symptomatic posterior vitreous detachment. Am. J. Ophthalmol. 97: 308-314, 1964.
- OFFRET, G.: Embriologie et Tératologie de L'Oeil. 1^a Ed. Masson. Paris. 1986.
- OKAMURA. Citado por GRIGNOLO, A.: Ophthalmoscopy and others methods of examination. En : SCHEPENS, C.L. Eds. Regan, C.J.P.: Controversial aspects of the management of retinal detachment. Little Brown and Co. Boston. 3-28, 1965.
- OKINAMI, S.; OHKUMA, M.; TSUKAHARA, I.: Kuhnt intermediary tissue as a barrier between the optic nerve and retina. Albrecht Graefes Arch. Klin. exp. Ophthal. 201: 57-67, 1976.
- ORELLANA-RAMOS, F.: Asociación en la clínica de degeneraciones retinianas periféricas. Clasificación histológica. Comunicación a la XV Reunión de Cátedras Andaluzas de Oftalmología. Torremolinos, marzo, 1977.
- ORELLANA-RAMOS, F.; PINERO-BUSTAMANTE, A.: Desprendimientos de la retina traumáticos. An. Soc. Ergof. Esp. 6: 341-354, 1978.
- ORELLANA-RAMOS, F.; ORTIZ-GARCIA, R.; PINERO-BUSTAMANTE, A.: Profilaxis del desprendimiento de la retina. II. Criterios etiopatogénicos (Comunicación presentada al LIV Congreso de la S.E.O., Valencia, 1977. Arch. Soc. Esp. Oftal. 38: 607-612, 1978.

- ORELLANA-RAMOS, F.: Estudio de la retina periférica (lesiones predisponentes al desprendimiento de retina). Tesis doctoral. Sevilla, 1979.
- ORELLANA-RAMOS, F.; PEREZ-HICK, A.; RODRIGUEZ-RUBIO, S.; PINERO-BUSTAMANTE, A.: La degeneración en empalizada. Estudio clínico en 1000 ojos. Arch. Soc. Esp. Oftal. 39: 368-378, 1979.
- ORELLANA-RAMOS, F.: Degeneraciones de la periferia retiniana. Clasificación anatomopatológica. Comunicación al IV Congreso Luso Hispano Brasileiro de Oftalmología, mayo, 1980.
- ORR, G.; GOODNIGHT, R.; LEAN, J.S.: Relative permeability of retina and retinal pigment epithelium to the diffusion of tritiated water from vitreous to choroid. Arch. Ophthalmol. 104: 1678-1680, 1986.
- ORTIZ-URDIAIN, G., DIAZ-FLORES, I.: Histología del ojo y sus anejos. 1ª ed. A.G. Cusco. Barcelona. 134-136, 1977.
- OSTERLIN, S.: Changes in the macromolecular composition of the vitreous produced by removal of the lens. In Solanes MP (ed): XXI Concilium Ophthalmologicum, Mexico, 1970, Acta. Excerpta Medica. Amsterdam. 1620-1621, 1971.
- OVERSKOTT, H.V.; SYRDALEN, P.: The use of sodium hyaluronate (Healon) in the treatment of complicated cases of retinal detachment. Acta Ophthalmologica. 64: 169-172, 1986.
- PACKER, A.J.; MAGGIANO, J.M.; AABERG, T.M.; MEREDITH, T.A.; REESER, F.H.: Choroidal detachment after retinal detachment surgery. Arch. Ophthalmol. 101: 1221-1224, 1983.
- PAPE, L.G.; FORBES, M.: Retinal detachment and miotic therapy. Am. J. Ophthalmol. 85: 558-566, 1978.

-PAUFIQUE, L., AUDIBERT, J.; CHARLEUX, J.; DURAND, L.; SPIRA, C.: Indications et technique de la poche sclérale rapportée dans le traitement chirurgical du décollement de la rétine. *Ann. Oculist.* 199: 931-942, 1966.

-PEDERSON, J. E.; MACLELLAN, H. M.: Experimental retinal detachment. I. Effect of subretinal fluid Composition on reabsorption rate and intraocular pressure. *Arch. Ophthalmol.* 100: 1150-1154, 1982.

-PEDERSON, J.E.; CANTRILL, H.L.; CAMERON, J.D.: Experimental retinal detachment. II. Role of the vitreous. *Arch. Ophthalmol.* 100: 1155-1159, 1982.

-PEDERSON, J.E.; CANTRILL, H.L.: Experimental retinal detachment. IV. Aqueous humor dynamics in Rhegmatogenous detachments. *Arch. Ophthalmol.* 100: 1814-1816, 1982.

-PEDERSON, J.E.; CANTRILL, H.L.: Experimental retinal detachment. V. Fluid movement through the retinal hole. *Arch. Ophthalmol.* 102: 136-139, 1984.

-PEDERSON, J.E.: Hypotony. Duane. Vol. III. Chap. 58. Harper & Row Publishers. Philadelphia. 1985.

-PEDERSON, J.E.; TORIS, C.B.: Experimental retinal detachment. IX. Aqueous, Vitreous, and Subretinal Proteins Concentrations. *Arch. Ophthalmol.* 103: 835-836, 1985.

-PEMBERTON, J.W.: Schiötz-applanation disparity following retinal detachment surgery. *Arch. Ophthalmol.* 81: 534-537, 1969.

-PHELPS, C.D.; BURTON, T.C.: Glaucoma and retinal detachment. *Arch. Ophthalmol.* 95: 418-422, 1977.

-PINERO-BUSTAMANTE, A.; ORELLANA-RAMOS, F.; PEREZ-HICK, A.: Consideraciones sobre la evolución de los traumatismos retinianos. *An. Soc. Ergof. Esp.* 8: 155-160, 1979.

- PINERO-BUSTAMANTE, A.; PINERO-CARRION, A.; ORELLANA-RAMOS, F.: Etiología y consideraciones en los desprendimientos de retina de origen traumático. Comunicación al XII. Pan. American. Congress of Ophthalmology. Miami. 1979.
- PINERO-BUSTAMANTE, A.; ORTIZ-GARCIA, R.; ORELLANA-RAMOS, F.: Profilaxis del desprendimiento de la retina. III. Medios terapéuticos. Arch. Soc. Esp. Oftal. 39: 178-189, 1979.
- PINERO-BUSTAMANTE, A.; ORTIZ-GARCIA, R.; PEREZ-HICK, A.; PINERO-CARRION, A.: La périphérie du fond d'oeil. Prophylaxie du décollement de la rétine. Bull. Mem. Soc. Fr. Ophthalmol. 92: 81-88, 1981.
- PINERO-BUSTAMANTE, A.: La retina periferica. Prevención del desprendimiento. 1ª ed. Scriba S.A. 1983.
- PINERO-CARRION, A.: Catorce casos operados con el lazo de Arruga. Arch. Soc. Oftal. Hisp. Amer. 23: 780-791, 1963.
- PINERO-CARRION, A.: El tratamiento del desprendimiento de retina. Ponencia Oficial al LII Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Cordoba. Noviembre. 1974.
- PISCHEL, D.K.; ATKINS, R.E.; ROTH, D.F.: Results in cataract extraction after retinal detachment surgery. Mod. Probl. Ophthalmol. 18: 489-493, 1977.
- PODOS, S.; KRUPIN, T.; BECKER, B.: Optic nerve transection and intraocular pressure response to various drugs. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 9: 492-497, 1970.
- POLINER, L.S.; SCHOCH, L.H.: Intraocular pressure assessment in gas-filled eyes following vitrectomy. Arch. Ophthalmol. 105: 200-202, 1987.

- PURCELL, E.F.; LEVER, L.H., KINSEY, V.E.: Arch. Ophthalmol. 51: 1-20, 1954.
- RAMIREZ-SEBASTIAN, J.M., TRIVIÑO-CASADO, A., GARCIA-SANCHEZ, J.: "Análisis de las técnicas empleadas para el estudio de la vascularización del globo ocular y las vías de evacuación del humor acuoso. St. Ophthal. Vol. IV/ Nº 3: 7-15, 1985.
- REGAN, C.D.; ROUSSEAU, A.P.: The intraocular dynamics of eyes with retinal detachment. Am. J. Ophthal. 61: 696-702, 1966.
- RINGVOLD, A.: Evidence that hipotony in retinal detachment is due to subretinal juxtapapillary fluid drainage. Acta Ophthalmologica. 58: 652-658, 1980.
- ROBERTSON, D.M.; NORTON, E.W.D.: Long-term follow up of treated retinal breaks. Am. J. Ophthalmol. 75: 395-414, 1973.
- ROBINSON, M.R.; STREETEN, B.W.: The surface morphology of retinal breaks and lattice retinal degeneration. A Scanning Electron Microscopic Study. Ophthalmology. 93: 237-246, 1986.
- ROBLES, J.: Celulas pigmentadas en el ojo de los vertebrados. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Granada, 1978.
- ROBLES, J.; HIDALGO-HURTADO, J.M.; RODRIGUEZ-ESCOBAR, J.: Indicaciones, técnica y resultados del bolsillo escleral añadido de duramadre homóloga liofilizada en el tratamiento del desprendimiento de retina. Arch. Soc. Esp. Oftal. 49: 287-292, 1985.
- ROBLES, J.: Observación clínica personal (no publicada). 1986.
- ROBLES, J.: Observación clínica personal (no publicada). 1987.

- RODRIGUEZ-ESCOBAR, J.J.: La presión intraocular y su relación con la refracción. Tesina. Universidad de Granada. 1975.
- RODRIGUEZ-ESCOBAR, J.J.; LOPEZ-MARIN, PEREZ, I.: Desgarros retinianos sin desprendimiento de retina. Nuestra experiencia en el tratamiento preventivo con laser de Argon. Arch. Soc. Esp. Oftal. 49: 387-392, 1985.
- RODRIGUEZ-ESCOBAR, J.J.: Estudio clínico e histopatológico de un modelo experimental de uveitis inmunogénica. Tesis doctoral. Granada, 1986.
- ROLDAN, M.; TOLENTINO, F.; ALBERT, D.; KRAFT, J.; NASSIF, J.; CHAN, I.: Vitreorretinopatía proliferativa residual: Estudio ultraestructural. Arch. Soc. Esp. Oftal. 49: 225-230, 1985.
- ROLDAN, M.; SERRANO, J.M.: Lente de El Bayadi-Kajiura y biomicroscopia vitreorretiniana. Arch. Soc. Esp. Oftal. 53:103-106, 1987.
- ROLDAN, M.; TOLENTINO, F.I.: Comunicación personal. 63 Congreso Soc. Esp. Oftal. Oviedo 1987.
- ROSEMAN, R.L.; OLK, R.J.; ARRIBA, N.P.; OKUN, E.; JOHNSTON, G.P.; et al.: Limited retinal detachment. A retrospective analysis of treatment with transconjuntival retinocryopexy. Ophthalmology. 93: 216-223, 1986.
- ROY, F.H.: Ocular diferencial diagnosis. 1ª ed. Lea & Febiger. Philadelphia. 404-405, 1977.
- RUTNIN, U.; SCHEPENS, C.L.: Fundus appearance in normal eyes. IV. Retinal breaks and others findings. Am. J. Ophthalmol. 64: 1063-1078, 1967.
- SANCHEZ-SALORIO, M.: Curso sobre Inyecciones repetidas de gas expansivo. Madrid. Noviembre 1987.
- SANTOS-INSUA, L.; MAREY, J.: Enfermedad proliferativa intraocular. Comunicación libre. LXIII Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Oviedo. 1987.

- SBORGIA, C.; MONTRONE, F.; SANTORO, S.; MICELLI, F.T.: Influenza del cerchiaggio sul tono oculare. Boll. Soc. It. Biol. Sper. LX: 205-209, 1984.
- SCHEIE, H.G.; MORSE, P.H.: The incidence of retinal detachment following cataract extraction. Arch. Ophthalmol. 89: 293-295, 1973.
- SCHEPENS, C.L.: Subclinical retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 47: 571-590, 1952.
- SCHEPENS, C.L.; BROCKURST, R.; REGAN, J.: Sclera buckling procedure. IV. Synthetic sutures and silicone implants. Arch. Ophthalmol. 64: 868-879, 1960.
- SCHEPENS, C.L.: Scleral buckling with circling element (Symposium: Present status of retinal detachment surgery). Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 68: 959-979, 1964.
- SCHEPENS, C. L.: Vitreous detachment. En : TOLENTINO, F.I.; SCHEPENS, C.L.; FREEMAN, H.M.: Vitreoretinal disorders. Diagnosis and management. 1^a ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia. 1976.
- SCHEPENS, C.L.: Retinal Detachment. Vol. I. 1^a ed. W.B. SAUNDERS COMPANY. Philadelphia. 1983.
- SCHNABEL, J.: Ueber Glaucomund Iridectomie. Arch. Augenheilkd 5: 80-89, 1876.
- SCHWARTZ, A.: Chronic open-angle glaucoma secondary to rhegmatogenous retinal detachment. Am. J. Ophthalmol. 75: 205-211, 1973.
- SEARS, M.L.: The aqueous. En ADLER'S Physiology of the eye. 6^a ed. Mosby. C.V. Mosby Co. St. Louis. 232-245, 1975.
- SEBESTYN, J.C.; SCHEPENS, C.L.; ROSENTHAL, L.: Retinal detachment and glaucoma - I = Tonometric and gonioscopic study of 160 cases. Arch. Ophthalmol. 67: 736-745, 1962.

- SEDAN, J.: Ann. Oculist. 165: 582-587, 1928.
- SEELLENFREUND, M.H.; KRANSHAR, M.F.; SCHEPENS, C. L.; FREILICH, D.B.: Choroidal detachment associated with primary retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 91: 254-258, 1974.
- SERAFANO, D.M.; BRUBAKER, R.F.: Intraocular pressure after optic nerve transection. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 17: 68-71, 1978.
- SERRANO, D.: Comunicación personal (no publicada) 1987.
- SHAFFER, R.N.: A Suggested anatomic classification to define the pupillary block glaucomas. Invest. Ophthalmol. 12: 540-556, 1973.
- SHAMMAS, H.F.; HALASA, A.H.; FARIS, B.M.: Intraocular pressure, cup-disc ratio, and steroid responsiveness in retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 94: 1108-1109, 1976.
- SHEA, M.; SCHEPENS, C.L.; VON PIRQUET, S.R.: Retinoschisis. I. Senyle tipe: a clinical report of one hundred seven cases. Arch. Ophthalmol. 63: 1-9, 1960.
- SILVERSTONE, B.Z.; ZYLBERMANN, D.R.; BERSON, D.; SEELLENFREUND, M.H.: Glaucoma primario de ángulo abierto asociado a desprendimiento de retina en la raza negra. Glaucoma. Vol. I: 17-20, 1986.
- SMITH, P.W.; STARK, W.J.; MAUMENEE, A.E.; ENGER, C.L.; MICHELS, R.G.; GLASER, B.M.; BONHAM, R.D.: Retinal detachment after extracapsular cataract extraction with posterior chamber intraocular lens. Ophthalmology. 94: 495-504, 1987.
- SMITH, R.E.; NOZIK, R.A.: Uveitis. A clinical approach to diagnosis and management. 1ª ed. Williams & Wilkins. Baltimore. 144-146, 1983.

- SOLBERG, T.; YTREHUS, T.; RINGVOLD, A.: Hypotony and retinal detachment. *Acta Ophthalmologica*. 64: 26-32, 1986.
- STARK, W.J.; WORTHEN, D.; HOLLADAY, J.T.; MURRAY, G.: Neodimium: YAG lasers. *Ophthalmology* 92: 209-212, 1985.
- STELLWAG, von Carion: Carl Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde. Viena. . .-32, 1861.
- STRAATSMA, B.R.; FOOS, R.Y.: Typical and reticular degenerative retinoschisis. *Am. J. Ophthalmol.* 7: 551-575, 1973.
- STREBEN, B.W.; BELKOWITZ, M.: Experimental hypotony with silastic. *Arch. Ophthalm.* 78: 503-511, 1967.
- SWANN, D.A.; CONSTABLE, I.J.: Vitreous structure: II. Role of hyaluronate. *Invest. Ophthalmol.* 11: 164-168, 1972.
- SWEENEY, D.B.; BALAZS, E.A.; KARLIN, D.B.: A study of macromolecular components of subretinal fluid. *Invest. Ophthalm.* 1: 427-438, 1962.
- SYRDALEN, P.: Intraocular pressure and ocular rigidity in patients with retinal detachment. I preoperative study. *Acta Ophthalmologica* 48: 1024-1035, 1970.
- TANI, P.; ROBERTSON, D.M.; LANGWORTHY, A.: Prognosis for central vision and anatomic reattachment in rhegmatogenous retinal detachment with macula detached. *Am. J. Ophthalmol.* 92: 611-620, 1981.
- TARRANT, D.: Poster sobre Degeneraciones perifericas de la retina. Lab. Alcon. 1983.
- TASMAN, W.S.: Posterior vitreous detachment and peripheral retinal breaks. *Trans. Am. Acad. Ophthalm. Otolaryng.* 72: 217-224, 1968.

- TENG, C.C.; CHI, H.H.: Vitreous changes and the mechanism of retinal detachment. *Amer. J. Ophthalmol.* 44: 335-340, 1957.
- TOLENTINO, F.I.; DONOVAN, R.H.; FREEMAN, H.M.: Biomicroscopy of the vitreous in collie dogs with fundus abnormalities. *Arch. Ophthalmol.* 73: 700-717, 1965.
- TOLENTINO, F.I.; SCHEPENS, C.L.; FREEMAN, H.M.: Vitreoretinal disorders. Diagnosis and management. 1st ed. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1976.
- TONI, P.; ROBERTSON, D.M.; LANGWORTHY, A.: Prognosis for central vision and anatomic reattachment in rhegmatogenous retinal detachment with macula detached. *Am. J. Ophthalmol.* 92: 611-620, 1981.
- TORIS, C.B.; PEDERSON, J.E.: Experimental retinal detachment. VII. Intravenous Horseradish Peroxidase diffusion across the Blood-Retinal Barrier. *Arch. Ophthalmol.* 102: 752-756, 1984.
- TORIS, C.B.; PEDERSON, J.E.: Experimental retinal detachment. VIII. Retinochoroidal Horseradish Peroxidase Diffusion across the Blood-Retinal barrier. *Arch. Ophthalmol.* 103: 266-269, 1985.
- TORIS, C.B.; PEDERSON, J.E.: Aqueous humor dynamics in experimental iridocyclitis. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 28: 477-481, 1987.
- TORNQUIST, T.: Diagnosis and pronostic problems of retinoschisis. *Acta Ophthalm. KGH.* 42: 438-443, 1964.
- TORNQUIST, R.; STENKULA, S.; TORNQUIST, P.: Retinal detachment. A study of a population based patient material in Sweden 1971-1981. I. Epidemiology. *Acta Ophthalmologica.* 65: 213-222, 1987.

- TORNSQUIST, R.; TORNSQUIST, P.; STENKULA, S.: Retinal detachment. A study of a population based patient material in Sweden 1971-1981. II. Preoperative findings. *Acta Ophthalmologica*. 65: 223-230, 1987.
- TSUBOI, S.; FUJIMOTO, T.; UCHIHORI, Y.; EMI, K.; LIZUKA, S.; et al: Measurement of retinal permeability to sodium fluorescein in vitro. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 25: 1146-1150, 1984.
- URRETS-ZAVALIA, A.: *Le décollement de la rétine*. 1^a ed. Masson & Cie. Paris. 1968.
- URRETS-ZAVALIA, A.: Les lésions predisposant dans décollement de la rétine. *Année Théor Clin Ophthal. mol.* 11-34, 1969.
- UTHOFF, K.: Kasuistischer Beitrage zur prognose der Netzhautablosung. *Jahresbericht der Scholeschen Augenklinik*. Berlin 48. 1880.
- VIDAURRI-LEAL, J.; HOHMAN, R.; GLASER, B.M.: Effect of vitreous on morphologic characteristics of retinal pigment epithelial cells. A new approach to the study of proliferative vitreoretinopathy. *Arch. Ophthalmol.* 102: 1220-1223, 1984.
- VOGT, A.: *Die operative Therapie und die Pathogenese der Netzhautablosung*. 1^a ed. Enke. Stuttgart. 1936.
- WATSON, P.: "Diseases of the esclera and epiesclera". *External Diseases*. DUANE IV. 1^a ed. Harper & Row Publishers. Philadelphia. Chap. 23: 17-18, 1980.
- WATZKE, R.C.: The ophthalmoscopic sign "whithe with pressure"; a clinicopathologic correlation. *Arch. Ophthalmol.* 66: 812-823, 1961.

- WEBKERS, R.; DELMARCELLE, Y.: hypotonie oculaire par réduction du débit de l' humeur aqueuse. *Ophthalmologica*. 125: 425-437, 1953.
- WEIDENTHAL, D.T.; SCHEPENS, C.L.: Periferal fundus changes associated with ocular contusion. *Am. J. Ophthalmol.* 62: 465-477, 1966.
- WHITTY, H.P.: Use of Perkins and Haag-Streit tonometer in retinal detachment surgery. *Brit. J. Ophthal.* 55: 644-646, 1971.
- WOLF, E., HIROSE, T.: Visual sensitivity studies in primari retinal detachment and in the fellow eye. In Pruett, R.C., and Regan, C. D. J. Eds. *Retina Congress*. Appleton-Century-Crofts. New-York. 79-90, 1974.
- YTTEBORG, J.: The effect of intraocular pressure on rigidity coefficient in human eye. *Acta Ophthal. (Kbh.)* 38: 548-561, 1960.
- ZAUBERMAN, H.: Tensile strength of chorioretinal lesions produced by photocoagulation, diathermy and criopexy. *Brit. J. Ophthal.* 53: 749-752, 1969.
- ZAUBERMAN, H.; Guillebon, H.: Retinal traction in vivo and postmortem. *Arch. Ophthalmol.* 87: 549-561, 1972.
- ZEPPA, R.: The reattachment in the retinal detachment. *Ann. Ottal.* 76: 144-155, 1950.
- ZIMMERMAN, L.E.; EASTHAM, A.B.: Acid mucopolysaccharides in the retinal pigment epithelium and visual cell layers of the developping mouse eye. *Am. J. Ophthal.* 47: 488-499, 1959.
- ZINN, K.M.; FIELD, R.; SCHEPENS, C.L.: Role of cardiovascular disease in the pathogenesis of rhegmatogenous retinal detachment. *Trans. Ophthalmol. Soc. U.K.* 98: 134-141, 1978.

"ESTUDIO DE LA PRESION INTRAOCULAR EN EL ENFERMO
CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA. ESTUDIO
PREOPERATORIO, INTRA Y POSTOPERATORIO"

TESIS PRESENTADA PARA ASPIRAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUGIA POR:

D. JOSE LUIS GARCIA SERRANO

REALIZADA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA
BAJO LA CODIRECCION DEL DOCTOR D. JOSE ROBLES
GARZON Y EL PROFESOR D. MANUEL JORGE BOLANOS
CARMONA.

EL NUMERO DE ORDEN QUE SIGUEN PROTOCOLOS Y GRAFICOS
es el siguiente:

PRIMER ACTO QUIRURGICO O FOTOCOAGULACION:

Retina aplicada 6 meses despues de la 1ª
intervencion: Nº 1 al Nº 77.

Retina desprendida tras la 1ª intervencion: Nº 101
al Nº 129.

Retina aplicada 6 meses despues de reposo + laser:
Nº 201 al Nº 205.

REINTERVENCION EN NUESTRO SERVICIO:

Retina aplicada 6 meses despues de la 2ª
intervencion: Nº 215 al Nº 224.

Retina desprendida tras la 2ª intervencion: Nº 231
al Nº 235.

RETINA APLICADA 6 MESES DESPUES DE LA 3ª
INTERVENCION: Nº 241.

DESPRENDIMIENTOS DE RETINA NO OPERADOS: Nº 701 al
Nº 722

PROCOLOS

Nº DE ORDEN: 001
 NOMBRE Y APELLIDOS: NCS
 EDAD: 58 años
 SEXO: Varon
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 10 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No

AFAQUIA: Intracapsular en ambos ojos, 17 meses antes.
 ANTECEDENTES: Glaucoma crónico simple en tratamiento médico.
 Intervenido de desprendimiento de retina en el mismo ojo hace 1 año.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	03 mmHg	22 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	24 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:
 Al ingreso: 0'013
 Al Alta : 0'8

INTERVENCION REALIZADA: Hilo de Arruga. Crioterapia de 11 a 1 horas. Punción diatermica perforante a 10 horas de la que surge abundante líquido subretiniano. Inyección de 1 ml de BSS intravítreo. Queratocentesis evacuadora a 9 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 85 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 002
 NOMBRE Y APELLIDOS: TRS
 EDAD: 15 años
 SEXO: varon
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 4
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	27 mmHg	19 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	17 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'125

Al Alta : 0'267

INTERVENCION REALIZADA: Banda de silastic de 2'5 mms. extra-
 escleral. Crioterapia sobre empalizada de 7 a 9
 horas. Punción diatermica perforante a 7 horas
 de la que surge escaso líquido subretiniano.

TIEMPO DE INTERVENCION: 85 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 003
 NOMBRE Y APELLIDOS: PCM
 EDAD: 34 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	13 mmHg	40 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	17 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'6

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7,5 mm a 2,30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 35 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 004
 NOMBRE Y APELLIDOS: EFR
 EDAD: 51 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 3
 TIEMPO DE REPOSO: 8 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	24 mmHg	17 mmHg
OJO SAÑO	17 mmHg	15 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'1

Al Alta : 0'533

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 1'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 005
 NOMBRE Y APELLIDOS: COS
 EDAD: 67 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 14
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia intracapsular en ambos ojos hace 1 año
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DE	07 mmHg	04 mmHg	23 mmHg
OJO SANO	10 mmHg	40 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'533

INTERVENCION REALIZADA: Explante con banda de silastic de 2 mm postecuatorial. Criopexia de 11 a 3 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 35 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 006
 NOMBRE Y APELLIDOS: MRM
 EDAD: 64 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Glaucoma crónico simple en tratamiento médico

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	07 mmHg	09 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	07 mmHg	10 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'25

Al Alta : 0'125

INTERVENCION PEALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre
 relleno de duramadre de 11 a 2 horas. Punción
 diatérmica perforante a 10 horas, de la que
 surge un líquido subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 90 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 007
 NOMBRE Y APELLIDOS: ALP
 EDAD: 72 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Catarata nuclear densa en ojo izquierdo, con amaurosis del mismo por glaucoma absoluto

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	20 mmHg	20 mmHg	18 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	20 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'033

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Explante con cerclaje de silastic de 2 mm a nivel ecuatorial. Criopexia por delante de la banda de 1 a 10 horas. Punción diatérmica perforante a 7 horas, de la que surge un líquido subretiniano amarillento.

TIEMPO DE INTERVENCION: 90 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 008
 NOMBRE Y APELLIDOS: JRL
 EDAD: 70 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 3
 TIEMPO DE REPOSO: 8 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrante
 LOCALIZACION : Nasal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia extracapsular no planeada hace 2 años
 ANTECEDENTES: Operado de Desprendimiento de retina hace 1 año

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	08 mmHg	20 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	14 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'1

Al Alta : 0'267

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2 mm a nivel preecuatorial. Explante de Lincoff de 7'5 mm en periferia retiniana. Criopexia a 12 horas. Punción diatérmica perforante a 7 horas, líquido subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 009
NOMBRE Y APELLIDOS: AGR
EDAD: 59 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1985
DIAS DE ANTIGUEDAD: 45
TIEMPO DE REPOSO: 18 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No

AFAQUIA: Afaquia intracapsular ojo contralateral hace 4 años
ANTECEDENTES: Catarata subcapsular densa en ojo del desprendimiento. En ojo contralateral tras la afaquia 3 meses después desprendimiento de retina y tras 3 intervenciones; amaurosis final.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	11 mmHg	16 mmHg	07 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	16 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'033

Al Alta : 0'033

INTERVENCION REALIZADA: Cerciaje de Arruga a nivel ecuatorial. Punción diatérmica perforante a 6 horas de la que la que surge escaso líquido subretiniano; da la sensación de vaciamiento de bolsa incompleto.

TIEMPO DE INTERVENCION: 90 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Hemorragia de vítreo

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 010
 NOMBRE Y APELLIDOS: MRO
 EDAD: 37 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Glaucoma pigmentario en ambos ojos.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	11 mmHg	16 mmHg	07 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	16 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'033

Al Alta : 0'033

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje banda de silastic de 2 mm a nivel postecuatorial. Crioterapia de 12 a 4 horas. Tres punciones diatermicas perforantes de 2 a 4 horas, 2 utiles y una no útil.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 011
 NOMBRE Y APELLIDOS: ARM
 EDAD: 72 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 9
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Nasal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	08 mmHg	20 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	13 mmHg	17 mmHg	19 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 1'0
 Al Alta : 0'25

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 12 horas
 Crioterapia de 11 a 12horas. Punción diatérmica
 perforante a 9 horas, el líquido subretiniano es de
 color claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 012
 NOMBRE Y APELLIDOS: MQS
 EDAD: 57 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	12 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	20 mmHg	24 mmHg	24 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'1

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 3 horas,
 presionado por banda de silastic de 2 mm extraescleral
 a nivel ecuatorial. Crioterapia de 2 a 4 horas.
 Punción diatérmica perforante a 5 horas, líquido
 subretiniano es de color rosa palido.

TIEMPO DE INTERVENCION: 50 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Hemorragia vitreoretiniana inferior

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 013
NOMBRE Y APELLIDOS: JCV
EDAD: 48 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 6
TIEMPO DE REPOSO: 9 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal y Nasal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Glaucoma secundario a Uveítis hipertensiva, con presencia de abundantes sinquias posteriores.

PIO PREOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR	11 mmHg	51 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	14 mmHg	21 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 8'013

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescleral. Criotropia de 1 a 2 horas. Vaciamiento de bolsa con 2 punciones diatérmicas perforantes a 1 y 3 horas. Ojo hipotónico. Se inyectan 0'5 ml de BSS intravítreo.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Hemorragia vítreoretiniana.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 014
 NOMBRE Y APELLIDOS: FDV
 EDAD: 34 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSIÓN DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACIÓN: Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	18 mmHg	17 mmHg
OJO IZQ	21 mmHg	13 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al Ingreso: 0'25

Al Alta : 0'12

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2 mm
 Crioterapia de 8 a 11 horas. Vaciamiento de bolsa
 con 2 punciones diatérmicas perforantes a 7 y 7'30
 horas, de la que surge un líquido xantocrónico an-
 tigo de más de un mes.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Hemorragia de vítreo e Isquemia de polo Anterior.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada.

Nº DE ORDEN: 015
 NOMBRE Y APELLIDOS: GFR
 EDAD: 63 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 91
 TIEMPO DE REPOSO: 12 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Cardiopatía isquémica.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	13 mmHg	17 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	10 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'133

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescleral. Explante de Amnios en área macular.

TIEMPO DE INTERVENCION: 70 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 016
 NOMBRE Y APELLIDOS: PAR
 EDAD: 45 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 36
 TIEMPO DE REPOSO: 5 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	08 mmHg	04 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	08 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'15

Al Alta : 0'15

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre relleno de duramadre, formando una escotadura que evita desinsertar recto externo. Criopexia de 8 a 11 horas. Diatermia perforante a 5 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 017
NOMBRE Y APELLIDOS: ACO
EDAD: 73 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 6
TIEMPO DE REPOSO: 8 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION: Temporal y Nasal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Diez años antes, desprendimiento de retina del mismo ojo que se aplicó tras intervención.

PIO PREOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR	10 mmHg	11 mmHg	12 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	10 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'017

Al Alta : 0'133

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de elastic de 2'5 mm extraescleral. Crioterapia de 9 a 11 horas. Punción diatérmica perforante a 7 horas, apareciendo líquido subretiniano rosado.

TIEMPO DE INTERVENCION: 65 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 018
NOMBRE Y APELLIDOS: INR
EDAD: 18 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 2
TIEMPO DE REPOSO: 1 día
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Temporal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: Si
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Hemorragia de vítreo en éste ojo 2 meses antes de la aparición del desprendimiento.

PIO PREOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR	17 mmHg	15 mmHg	11 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	15 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'07

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 7 horas
Crioterapia de 6 a 7'30 horas. Punción diatérmica perforante a 6 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 019
NOMBRE Y APELLIDOS: ATV
EDAD: 16 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 365
TIEMPO DE REPOSO: 7 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Traumatismo ocular en éste ojo hace 1 año.
Intervenida de desprendimiento de retina hace 1 año

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	37 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	13 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'533

INTERVENCION REALIZADA: Se coloca un nuevo cerclaje extraescleral de silastic preecuatorial. Crioterapia de 6 a 9 horas. Punción diatérmica perforante a 5 horas, de la que surge abundante líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 020
NOMBRE Y APELLIDOS: MBA
EDAD: 27 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 90
TIEMPO DE REPOSO: 5 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Traumatismo ocular en éste ojo hace 3 meses.

PIO PREOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR	13 mmHg	27 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	22 mmHg	37 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alt. : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 1 horas.
Ojo hipertónico. Queratocentesis evacuadora a 3 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 30 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 021
 NOMBRE Y APELLIDOS: DCR
 EDAD: 67 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
 TIEMPO DE REPOSO: 12 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	20 mmHg	27 mmHg	18 mmHg
OJO SAÑO	20 mmHg	16 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'25

Al Alta : 0'25

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 10'30 horas; al dar el segundo punto se perfora la esclera accidentalmente, saliendo abundante líquido subretiniano. Crioterapia de 10 a 11 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 20 minutos

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: Hemorragia de vítreo tras perforación accidental de esclera.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 022
 NOMBRE Y APELLIDOS: EPV
 EDAD: 65 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 120
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógano
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
 Temporal Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Catarata nuclear y subcapsular posterior densa
 en el ojo del desprendimiento.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	21 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	17 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'02

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 2'30
 horas; presionado por cerclaje con banda de silas-
 tic de 2 mm. Crioterapia de 2 a 3 horas. Punción
 diatérmica perforante a 5 horas, de la que sale un
 líquido subretiniano muy amarillento.

TIEMPO DE INTERVENCION: 55 minutos

COMPLICACIONES INTRA O' POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 023
 NOMBRE Y APELLIDOS: RSV
 EDAD: 27 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Desprendimiento de retina en el mismo ojo hace 2 años que se reapió tras intervención quirúrgica.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	09 mmHg	23 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	10 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'533

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 2 horas.
 Crioterapia de 2 a 3 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 024
 NOMBRE Y APELLIDOS: APR
 EDAD: 60 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	07 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	21 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Bolsillo de duramadre de 9 a 12 horas.
 Crioterapia de 10 a 11 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 025
NOMBRE Y APELLIDOS: MJP
EDAD: 68 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
TIEMPO DE F. POSO: 9 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrante
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: Afaquia intracapsular ojo desprendido hace 1 año.
ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	03 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	05 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje de Arruga postecuatorial.

Crioterapia de 1 a 6 horas. Cuatro punciones diatérmicas perforantes, una no util y las tres restantes sí, de la que surge un líquido subretiniano muy xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Perforación accidental de esclera

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 026
NOMBRE Y APELLIDOS: CPG
EDAD: 36 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
TIEMPO DE REPOSO: 4 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Temporal Superior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: Intervenida de Desprendimiento de retina contralateral hace 4 años.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	13 mmHg	11 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	08 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'167

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 5'5 mms. a 1 hora.
Crioterapia de 12'30 a 1'30 horas. Queratocentesis
evacuadora a 1 hora.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Hemorragia de vitreo

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 027
 NOMBRE Y APELLIDOS: ESP
 EDAD: 20 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 105
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Glaucoma pigmentario.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	22 mmHg	37 mmHg	30 mmHg
OJO SANC	17 mmHg	17 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 1'0

Al Alta : 0'33

INTERVENCION REALIZADA: Bolsillo de duramadre relleno de duramadre de 4 a 8 horas. Criopexia de 5 a 7 horas. Punción perforante a 5 horas con vaciamiento de líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 028
NOMBRE Y APELLIDOS: JTJ
EDAD: 70 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 12
TIEMPO DE REPOSO: 4 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
Temporal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	32 mmHg	19 mmHg
OJO SANO	20 mmHg	19 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'267

Al Alta : 0'15

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 2 horas.
Criopexia de 1'30 a 2'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 55 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 029
NOMBRE Y APELLIDOS: JBL
EDAD: 59 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
TIEMPO DE REPOSO: 1 día
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: Hemorragia de vitreo en el ojo del desprendimiento,
10 días antes.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	13 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	43 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 1'0

Al Alta : 1'0

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 1 horas.
Criopexia de 12'30 a 1'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 45 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 030
 NOMBRE Y APELLIDOS: CRG
 EDAD: 63 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Julio de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 14
 TIEMPO DE REPOSO: 12 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	51 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	17 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'25

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 11'30 horas. Criopexia de 11 a 1 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 20 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 031
 NOMBRE Y APELLIDOS: JHS
 EDAD: 56 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Julio de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 20
 TIEMPO DE REPOSO: 11 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Superior.
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	09 mmHg	37 mmHg	10 mmHg
OJO SANO	13 mmHg	17 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'2

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 11'30 horas. Se realiza punción diatérmica perforante a 1 horas. Sale abundante líquido subretiniano. Se inyectan 4 cc de aire intravítreo.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 032
 NOMBRE Y APELLIDOS: APH
 EDAD: 64 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 92
 TIEMPO DE REPOSO: 8 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Nasal Superior.
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	13 mmHg	04 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	17 mmHg	11 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'6

Al Alta : 0'6

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 11 horas
 Crioterapia de 10'30 a 11'30 horas. Punción diatérmica perforante a 9'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 50 minutos

COMPLICACIONES, INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 033
 NOMBRE Y APELLIDOS: APR
 EDAD: 40 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Agosto de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 6
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	14 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	14 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje por banda de silastic extraescleral de 2'30 horas. Explante de silastic extraescleral de 7'5 mm de 1 a 3 horas. Criopexia de 10'30 a 11'30 horas y de 1'30 a 2'30 horas

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 034
NOMBRE Y APELLIDOS: FLR
EDAD: 69 años
SEXO: Varón
MRS DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
TIEMPO DE REPOSO: 21 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Temporal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	24 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	15 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'125

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 5 mm a 7'30 horas.
Crioterapia de 6 a 7 horas. Al intervenir se aprecia que el agujero macular era lamelar; por lo que no se trata quirurgicamente.

TIEMPO DE INTERVENCION: 15 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 035
NOMBRE Y APELLIDOS: MMN
EDAD: 48 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 16
TIEMPO DE REPOSO: 10 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: Si

ANTECEDENTES: Luxación de cristalino bilateral. Afaquia intra-
capsular en ambos ojos 11 meses antes.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	19 mmHg	27 mmHg	19 mmHg
OJO SANO	23 mmHg	16 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'167

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescler-
al de 2'5 mm. Crioterapia a 6 horas. Una punción
diatérmica perforante a 7 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 30 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 036
NOMBRE Y APELLIDOS: DAR
EDAD: 17 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
TIEMPO DE REPOSO: 5 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: Si
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Intervenido de desprendimiento de retina contralateral en dos ocasiones hace 1 año.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	14 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	10 mmHg	13 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'02

Al Alta : 0'07

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescleral de 2'5 mm, a nivel preecuatorial. Criopexia de 9 12 horas. Punción diatérmica perforante a 8 horas, de la que surge un líquido subretiniano rosado.

TIEMPO DE INTERVENCION: 26 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 037
NOMBRE Y APELLIDOS: APR
EDAD: 66 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
TIEMPO DE REPOSO: 15 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
Temporal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAFILA: Si
MIOPIA MAGNA: No

AFAQUIA: Afaquia intracapsular en ambos ojos, sin complicaciones hace 5 meses.

ANTECEDENTES: Cardiopatía con Extrasístoles ventriculares múltiples.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	13 mmHg	51 mmHg	22 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	29 mmHg	19 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'267

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescleral de 2'5 mm, a nivel preecuatorial. Criopexia de 9 11 horas y de 1 a 3 horas. Punción diatérmica perforante a 6 horas. Inyección de 1 cc de BSS intravítreo

TIEMPO DE INTERVENCION: 25 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Desprendimiento de coroides

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 038
NOMBRE Y APELLIDOS: FSC
EDAD: 70 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1936
DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
TIEMPO DE REPOSO: 18 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: Cardiopatía isquémica.

	PIO PRBOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	11 mmHg	07 mmHg	11 mmHg
OJO SANO	13 mmHg	19 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'1

Al Alta 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 5 mms. a 3 horas.
Criopexia de 2'30 a 3'30 horas. Punción perforante
a 3 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 18 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Punción perforante accidental
al dar un punto de esclera.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 039
 NOMBRE Y APELLIDOS: CAG
 EDAD: 68 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
 TIEMPO DE REPOSO: 16 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	18 mmHg	43 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	16 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VIS' AL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'07

INTERVENCION REALIZADA: Se descubre intraoperatoriamente nuevo desgarro a 4 horas. Bolsillo de la madre de 3'30 a 6'30 horas. Criopexia de 4 a 6 horas. Dos punciones diatermicas perforantes con vaciamiento de bolsa a 5 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 27 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 040
 NOMBRE Y APELLIDOS: RMV
 EDAD: 82 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 45
 TIEMPO DE REPOSO: 14 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Afaquia quirúrgica intracapsular, bilateral de 10 años de antigüedad.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	10 mmHg	03 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	16 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'16

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con hilo de Arruga preecuatorial. Crioterapia a 4 y 7 horas. Una punción diatérmica perforante no útil a 5 horas, otra útil a 7 horas de la que surge un líquido subretiniano amarillento.

TIEMPO DE INTERVENCION: 19 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 041
NOMBRE Y APELLIDOS: KGM
EDAD: 14 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 21
TIEMPO DE REPOSO: 3 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y
Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: Si
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Intervenido de desprendimiento de retina en este
mismo ojo hace 1 mes, en otro centro.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	20 mmHg	15 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	15 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'1

Al Alta : 0'25

INTERVENCION REALIZADA: Bolsillo de duramadre relleno de duramadre de 3'30 a 8'30 horas. Crioterapia de 3 a 4 horas, y de 8 a 9 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 45 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 042
 NOMBRE Y APELLIDOS: JMC
 EDAD: 53 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Afaquia quirúrgica intracapsular bilateral hace 30 meses. Ojo contralateral perdido por desprendimiento de retina. Ojo Derecho intervenido 5 veces de desprendimiento de retina la última vez hace 14 meses.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	43 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	23 mmHg	21 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'06

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mm extraescleral. Se intenta vaciar bolsa con 2 punciones diatérmicas a 6 y 7 horas, sin éxito. Se inyecta 0'2 cc de aire intravítreo.

TIEMPO DE INTERVENCION: 105 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Hemorragia coriorretiniana

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 043
 NOMBRE Y APELLIDOS: VDO
 EDAD: 10 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Inferior y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	14 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	14 mmHg	15 mmHg
AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:			
	Al ingreso: 0'02		
	Al Alta : 0'1		

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 5 mas a 2'30 horas.
 Crioterapia de 2 a 3 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 45 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 044
NOMBRE Y APELLIDOS: AMH
EDAD: 73 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
TIEMPO DE REPOSO: 10 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Inferior y Nasal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Operado de desprendimiento de retina en el ojo
contralateral en Diciembre de 1985.

PIO PRBOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR	09 mmHg	43 mmHg	10 mmHg
OJO SANO	11 mmHg	12 mmHg	11 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'25

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 7 horas.
Crioterapia de 6'30 a 7'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 14 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 045
NOMBRE Y APELLIDOS: MHB
EDAD: 17 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
TIEMPO DE REPOCO: 5 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Nasal inferior
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: Si
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Operado de desprendimiento de retina en el ojo del desprendimiento en Junio de 1981; explante de amnios y cerclaje posecuatorial, aplicada hasta hoy.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	19 mmHg	15 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	15 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'33

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 3 horas.
Crioterapia de 3 a 4 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 25 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 046
NOMBRE Y APELLIDOS: FFC
EDAD: 57 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
TIEMPO DE REPOSO: 3 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal superior e Inferior y
Masal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: Intervenido de Afaquia quirurgica intracapsular en
ambos ojos hace 2 años.

ANTECEDENTES: Infarto agudo de miocardio hace 1 año.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	10 mmHg	43 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	16 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'2

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mms
Crioterapia de 3 a 9 horas. Vaciamiento de liquido
subretiniano con una punción diatermica a 4'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 047
NOMBRE Y APELLIDOS: FFD
EDAD: 56 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 9
TIEMPO DE REPOSO: 3 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal y Nasal inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: Intervenido de áfaquia quirúrgica intracapsular en
ambos ojos hace 2 años.

ANTECEDENTES: Infarto agudo de miocardio hace 1 año.

PIO PREOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR 13 mmHg 28 mmHg 18 mmHg

OJO SANO 15 mmHg 16 mmHg 18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'8

Al Alta : 0'7

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mm
Crioterapia de 2 a 8 horas. Punción diatérmica per-
forante a 5 horas, el líquido subretiniano es claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 048
 NOMBRE Y APELLIDOS: BAM
 EDAD: 48 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 5 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREGP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	29 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	12 mmHg	16 mmHg
AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:			
	Al ingreso: 0'05		
	Al Alta : 0'1		

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre, relleno de duramadre de 3'30 a 6'30 horas. Criopexia de 3'30 a 6'30 horas

TIEMPO DE INTERVENCION: 32 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 049
 NOMBRE Y APELLIDOS: LRL
 EDAD: 57 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 15
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	13 mmHg	11 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	14 mmHg	13 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'33

Al Alta : 0'17

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre, relleno de duramadre de 3'30 a 5'30 horas. Criopexia de 3 a 6 horas

TIEMPO DE INTERVENCION: 18 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 050
 NOMBRE Y APELLIDOS: MMR
 EDAD: 47 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 8 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	09 mmHg	14 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	19 mmHg	16 mmHg
AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:			
	Al ingreso: 0'27		
	Al Alta : 0'3		

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre, relleno de duramadre de 12 a 3 horas. Criopexia de 12'30 a 2'30 horas. Punción diatérmica perforante a 12 horas
TIEMPO DE INTERVENCION: 49 minutos
COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 051
NOMBRE Y APELLIDOS: MVM
EDAD: 16 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 40
TIEMPO DE REPOSO: 8 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Contusión ocular por balón de fútbol y aparición de hemorragia de vítreo. Al reabsorberse ésta se aprecia el desprendimiento de retina subyacente.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	10 mmHg	13 mmHg	11 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	06 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 1'0

Al Alta : 0'8

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre, relleno de duramadre de 12 a 3 horas. Criopexia de 12'30 a 2'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 17 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 052
NOMBRE Y APELLIDOS: MGC
EDAD: 65 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
TIEMPO DE REPOSO: días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	07 mmHg	11 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	17 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'017

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescleral de 2'0 mms. Explante de Lincoff de 7'5 mms a 11 horas bajo la banda. Punción diatérmica perforante a 10 horas, de la que surge un líquido subretiniano claro como "cristal de roca".

TIEMPO DE INTERVENCION: 64 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 053
 NOMBRE Y APELLIDOS: VDC
 EDAD: 10 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	55 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	13 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'25

Al Alta : 0'25

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre extraclearal relleno de duramadre de 12 a 2 horas. Criopexia de 12 a 2 horas sobre degeneración en empalizada.

TIEMPO DE INTERVENCION: 50 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 054
NOMBRE Y APELLIDOS: ATM
EDAD: 16 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 12
TIEMPO DE REPOSO: 15 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Contusión ocular con hifema en este ojo 1 año antes.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	20 mmHg	22 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	17 mmHg	19 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'1

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Se aplica criopexia en zona de desgarro, gran bolsa de desprendimiento que impide la llegada del frio a la retina. Se realiza bolsillo de duramadre relleno de duramadre y posterior punción del líquido subretiniano. A la punción surgen dos perlas de vítreo y al observar con el binocular no bolsa y retina aplicada. Se piensa que este drenó a vítreo por ruptura de la hialoides anterior.

TIEMPO DE INTERVENCION: 45 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 055
NOMBRE Y APELLIDOS: ASA
EDAD: 74 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 2
TIEMPO DE REPOSO: 7 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
Temporal superior.
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: Afaquia quirurgica no complicada en ambos ojos hace
3 meses.

ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
GJO DR	14 mmHg	10 mmHg	18 mmHg
OJO SANO	20 mmHg	15 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'533

Al Alta : 0'8

INTERVENCION REALIZADA: Banda de silastic de 2'5 mm a nivel
postecuatorial. Crioterapia de 11 a 2 horas. Punción
diatérmica perforante a 5 horas de la que surge abundante
líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 65 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 056
NOMBRE Y APELLIDOS: JLC
EDAD: 31 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Diciembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 3
TIEMPO DE REPOSO: 3 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Traumatismo ocular 2 meses antes, presentando hemorragia vítrea, al reabsorberse se descubre desprendimiento de retina y cuerpo extraño metálico.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	37 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	17 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'067

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Se extrae el cuerpo extraño metálico con electroimán a 6 horas. Criopexia de 5 a 7 horas. Ex-
plante de Lincoff de 5'5 mms a 6 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 50 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 057
NOMBRE Y APELLIDOS: AFM
EDAD: 53 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 15
TIEMPO DE REPOSO: 5 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
Temporal Superior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAFILA: Si
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Traumatismo ocular en este ojo hace 12 años.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	18 mmHg	16 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	32 mmHg	16 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'033

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje por banda de silastic extraescleral de 2'5 mms, a nivel ecuatorial. Explante de silastic de 7'5 mms, cogido por la banda de 10 a 1'30 horas. Dos punciones diatérmicas utiles a 2 y 8 horas. Drena líquido subretiniano claro y sangre del borde de la lesión. Inyección de 1 cc de aire intravítreo.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Desprendimiento de coroides.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 058
NOMBRE Y APELLIDOS: MMG
EDAD: 39 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 25
TIEMPO DE REPOSO: 7 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Hace 25 días traumatismo craneoencefalico en región parieto-occipital.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	18 mmHg	20 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	21 mmHg	17 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'12

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre, relleno de duramadre de 3 a 9 horas. Crioterpia de 4'30 a 7'30 horas. Punción perforante al dar un punto en esclera.

TIEMPO DE INTERVENCION: 80 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Perforación accidental de esclera.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 059
 NOMBRE Y APELLIDOS: APR
 EDAD: 55 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
 TIEMPO DE REPOSO: 14 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	23 mmHg	12 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	20 mmHg	43 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'07

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Explante por bolsillo de duramadre relleno de duramadre de 11'30 a 4 horas, con dos escotaduras que eviten la desinserción de recto superior y externo. Crioterapia de 12 a 3'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 060
NOMBRE Y APELLIDOS: VVE
EDAD: 65 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 15
TIEMPO DE REPOSO: 2 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Temporal Superior
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: Si
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Hemorragia vítrea en este ojo hace 3 meses, y nueva hemorragia 3 días antes del desprendimiento.
Ambliopía en ojo del desprendimiento.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	12 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	35 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'4

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Crioterapia de 10'30 a 11'30 horas. Inyección de 0'5 cc de Hexafluoruro de Azufre a 4 mms de pars-plana y a 10 horas. Tres días despues se rodea el desgarro con laser de Argon, en una sesión.

TIEMPO DE INTERVENCION: 8 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 061
NOMBRE Y APELLIDOS: AMP
EDAD: 32 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
TIEMPO DE REPOSO: 7 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: Si
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Contusión ocular en este ojo hace 2 meses, que motivó rotura del esfínter pupilar y opacidad subcapsular anterior del cristalino a 6 horas y hemorragia de vítreo.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	51 mmHg	24 mmHg
OJO SANO	21 mmHg	21 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Bolsillo de duramadre relleno de duramadre de 5'30 a 9'30 horas. Crioterapia de 6'30 a 9'30 horas. Punción diatérmica perforante a 6 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 062
 NOMBRE Y APELLIDOS: JPC
 EDAD: 35 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 90
 TIEMPO DE REPOSO: 2 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Contusión ocular en este ojo hace 3 meses, y posible
 pars planitis posterior en este ojo.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	43 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	12 mmHg	19 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'2

Al Alta : 0'267

INTERVENCION REALIZADA: Bolsillo de duramadre relleno de duramadre
 de 5'30 a 7'30 horas. Crioterapia de 5'30 a 7 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 35 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 063
 NOMBRE Y APELLIDOS: APC
 EDAD: 56 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Intervenida de desprendimiento de retina en este ojo hace 5 años, que ha permanecido aplicado.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	03 mmHg	40 mmHg	09 mmHg
OJO SANO	12 mmHg	07 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'2

Al Alta : 0'16

INTERVENCION REALIZADA: Banda de silastic de 2'5 mms a nivel preecuatorial, cogiendo a explante de silastic de 7'5 mms
 Crioterapia de 1 a 7 horas. Punción diatérmica perforante drenando un líquido subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Desprendimiento de coroides.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 064
NOMBRE Y APELLIDOS: JRH
EDAD: 13 años
SEXO: Var
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 183
TIEMPO DE REPOSO: 4 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Traccional
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Nasal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Contusión en ojo derecho producida hace 6 meses y ocasionado por un puñetazo.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	24 mmHg	21 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	05 mmHg	12 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Explante con bolsillo de duramadre relleno de duramadre de 4 a 8 horas. Crioterapia de 4 a 8 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 065
 NOMBRE Y APELLIDOS: FRV
 EDAD: 55 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia quirurgica intracapsular en ojo contralateral
 hace 6 años.
 ANTECEDENTES: Catarata nuclear incipiente en ojo desprendido.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	17 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	43 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'017

Al Alta : 0'2

INTERVENCION RBALIZADA: Se inyecta 0'5 cc. de hexafluoruro de azufre a 4 mms. del limbo y a 9 horas. Crioterapia de 11 a 12 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 10 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 066
 NOMBRE Y APELLIDOS: EBE
 EDAD: 41 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 3
 TIEMPO DE REPOSO: 1 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Glaucoma crónico simple, no esta en tratamiento.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	20 mmHg	41 mmHg	25 mmHg
OJO SANO	25 mmHg	24 mmHg	25 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'017

Al Alta : 0'08

INTERVENCION REALIZADA: Se inyecta 0'5 cc. de hexafluoruro de azufre a 4 mms. del limbo y a 9 horas. Crioterapia de 1 a 2 horas. A los dos minutos de introducir el gas la retina estaba aplicada, se veían 2 burbujas grandes.

TIEMPO DE INTERVENCION: 5 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 067
 NOMBRE Y APELLIDOS: VBG
 EDAD: 25 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 17 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y
 Nasal Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Hace 1 año, desprendimiento de retina en el ojo con-
 contralateral que se reaplicó tras intervención.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	06 mmHg	05 mmHg	10 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	16 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'067

Al Alta : 0'067

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic extraescle-
 ral de 2'5 mms preecuatorial. Area de criopexia de
 9 a 11 horas. Punción diatérmica perforante a 6 horas
 drenando un líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 068
NOMBRE Y APELLIDOS: ANG
EDAD: 47 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 2
TIEMPO DE REPOSO: 11 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Tras hemorragia de vítreo, 5 meses antes del desprendimiento, se aprecia desgarro a 12 horas que se rodea de impactos de laser.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	17 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	37 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Explante de duramadre relleno de duramadre de 5'30 a 7'30 horas. Criopexia de 6 a 8 horas. Se observa que no late la arteria central de la retina en 2 minutos y se realiza queratocentesis evacuadora a 9 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 30 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 069
 NOMBRE Y APELLIDOS: PPS
 EDAD: 70 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
 TIEMPO DE REPOSO: 10 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HACIA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Intervenida de desprendimiento de retina en el ojo
 contralateral hace 6 años, reaplicandose la retina.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	23 mmHg	12 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	17 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'017

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Inyección intravítrea de 0'6 cc de Hexa-
 fluoruro de Azufre a 4 horas. Criopexia de 1 a 2
 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 30 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATGRIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 070
 NOMBRE Y APELLIDOS: LBG
 EDAD: 25 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Febrero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 180
 TIEMPO DE REPOSO: 17 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	38 mmHg	12 mmHg
OJO SAN0	16 mmHg	15 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Explante de duramadre relleno de duramadre de 5 a 7 horas. Criopexia de 5'30 a 6'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 27 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 071
 NOMBRE Y APELLIDOS: FRV
 EDAD: 65 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 2
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Cardiopatía isquémica

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	07 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	15 mmHg	19 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'2

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje por banda de silastic de 2'5
 mms. extraescleral. Crioterapia de 12 a 3 horas.
 Punción diatérmica perforante a 9 horas, apare-
 ciendo un líquido subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 072
 NOMBRE Y APELLIDOS: FCS
 EDAD: 57 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 55
 TIEMPO DE REPOSO: 12 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior e
 Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Cardiopatía isquémica

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	18 mmHg	07 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	22 mmHg	16 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'015

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje por banda de silastic de 2'5
 mms. extraescleral. Explante de silicona de 7'30
 mms. de 5 a 10'30 horas. Dos punciones diatérmicas,
 la primera no útil a 8 horas y la segunda a 6 horas
 produce vaciamiento de bolsa.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 073
 NOMBRE Y APELLIDOS: CGP
 EDAD: 70 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia quirúrgica intracapsular ojo contralateral
 hace 9 años.
 ANTECEDENTES: Desprendimiento de retina en el mismo ojo, hace 4
 años, que se aplicó tras intervención.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	07 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	17 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje por banda de silastic de 2 mms.
 Criopexia de 5 a 7 horas. Punción diatérmica per-
 forante a 6'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 80 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 074
 NOMBRE Y APELLIDOS: CTS
 EDAD: 64 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Abril de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 2
 TIEMPO DE REPOSO: 12 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
 Temporal Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	12 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	16 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'4

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje por banda de silastic de 2 mms.
 preecuatorial. Crioterapia de 12 a 1 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 55 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 075
 NOMBRE Y APELLIDOS: JPR
 EDAD: 24 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 13
 TIEMPO DE REPOSO: 18 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	05 mmHg	16 mmHg	16 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	17 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'02

INTERVENCION REALIZADA: Explante de duramadre relleno de duramadre de 11 a 1 horas. El desgarro inferior no se confirma en quirófano. Crioterapia de 11 a 1 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 80 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 076
 NOMBRE Y APELLIDOS: JAM
 EDAD: 58 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
 TIEMPO DE REPOSO: 6 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia quirurgica intracapsular no complicada en
 ojo del desprendimiento hace 2 años.
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	09 mmHg	16 mmHg	11 mmHg
OJO SANO	11 mmHg	15 mmHg	11 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'5

Al Alta : 0'6

INTERVENCION REALIZADA: Explante de duramadre relleno de duramadre de 10 a 11'30 horas. Crioterapia de 10'30 a 11'30 horas. Punción diatérmica perforante a 9'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 105 minutos

COMPLICACION INTRAOPERATORIA: Hemorragia coriorretiniana.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 077
NOMBRE Y APELLIDOS: JHG
EDAD: 61 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1987
DIAS DE ANTIGUEDAD: 20
TIEMPO DE REPOSO: 8 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
Temporal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No

AFAQUIA: Afaquia intracapsular ojo Derecho hace 2 años
ANTECEDENTES: Tres meses despues operado de desprendimiento de retina es este que se reaplicó hasta hoy.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	08 mmHg	16 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	12 mmHg	17 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'2

Al Alta : 0'3

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2 mm preecuatorial. Crioterapia de 1'30 a 2'30 horas. Punción diatérmica perforante a 6 horas. Inyección intravítrea de 0'5 cc de BSS.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina aplicada

Nº DE ORDEN: 101
 NOMBRE Y APELLIDOS: COT
 EDAD: 67 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 92
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
 Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: Afaquia intracapsular en ambos ojos hace 1 año.
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	09 mmHg	04 mmHg	23 mmHg
OJO SANO	10 mmHg	40 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al Ingreso: 0'013

Al Alta : 0'013

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2 mm preecuatorial. Crioterapia de 11'30 a 12'30 horas y de 1'30 a 2'30 horas. Punción diatérmica perforante a 4 horas drenando un líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 102
NOMBRE Y APELLIDOS: JLL
EDAD: 82 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 21
TIEMPO DE REPOSO: 2 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No

AFAQUIA: Afaquia intracapsular ojo de desprendimiento
hace 9 años.

ANTECEDENTES: Amaurosis de ojo izquierdo perdido hace 30 años
en un accidente.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	32 mmHg	08 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	17 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al Ingreso: 0'013

Al Alta : 0'013

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje de Arruga 5 mm posterior al
ecuador. Crioterapia de 11 a 12 horas. Punción dia-
térmica perforante a 4 horas drenando un líquido
subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 45 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Hemorragia de vítreo

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 103
 NOMBRE Y APELLIDOS: CPP
 EDAD: 64 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 15
 TIEMPO DE REPOSO: 5 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
 Temporal Superior e Inferior.
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Glaucoma crónico simple en tratamiento médico.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	04 mmHg	37 mmHg	05 mmHg
OJO SANO	41 mmHg	41 mmHg	34 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'01

INTERVENCION REALIZADA: El desgarro representado en la gráfica quedaba a nivel ecuatorial. Cerclaje de Arruga post-ecuatorial, al indentar se produce hemorragia subretiniana. Crioterapia de 8'30 a 9'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos

COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIA: Hemorragia subretiniana y desprendimiento de coroides.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 104
 NOMBRE Y APELLIDOS: JVI
 EDAD: 62 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 92
 TIEMPO DE REPOSO: 10 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.°	PIO POSTOP.
OJO DR	18 mmHg	10 mmHg	07 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	08 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'025

Al Alta : 0'013

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mms. a 5 horas
 Crioterapia de 4 a 6 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Celulitis orbitaria.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 105
NOMBRE Y APELLIDOS: EMG
EDAD: 53 años
SEXO: Hembra
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 5
TIEMPO DE REPOSO: 7 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: Afaquia quirúrgica intracapsular ojo contralateral
hace un año.

ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	07 mmHg	27 mmHg	18 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	17 mmHg	14 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'015

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mms.
Explante de Lincoff de 7'5 mms. a 9'30 horas presio-
nado por la banda. Punción diatérmica perforante a
5 horas de la que surge vítreo, se aplica crioterapia
en la misma y se sutura Punción diatérmica útil a
7'30 horas drenando abundantes líquido xantocrómico.
Inyección de 4 cc. de aire intravítreo

TIEMPO DE INTERVENCION: 85 minutos

COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 106
 NOMBRE Y APELLIDOS: FVR
 EDAD: 76 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Agosto de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Catarata en ambos ojos.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	14 mmHg	37 mmHg	18 mmHg
OJO SANO	21 mmHg	05 mmHg	18 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'01

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mms.
 Tres punciones diatérmicas no útiles, la última a 5 horas drena abundante sangre. Crioterapia de 6 a 10 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Desprendimiento de coroides hemorrágico

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 107
 NOMBRE Y APELLIDOS: APC
 EDAD: 61 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Marzo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 120
 TIEMPO DE REPOSO: 9 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Cardiopatía Isquemica.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	37 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	17 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'07

INTERVENCION REALIZADA: Explante de duramadre relleno de duramadre de 6'30 a 10'30 horas. Crioterapia de 5'30 a 10'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 50 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Celulitis orbitaria.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 108
NOMBRE Y APELLIDOS: JFT
EDAD: 59 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
TIEMPO DE REPOSO: 10 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y Nasal Inferior.
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: Si
MIOPIA MAGNA: No

AFAQUIA: Hace 6 meses, afaquia intracapsular no complicada en ojo del desprendimiento.

ANTECEDENTES: Afaquia intracapsular ojo contralateral hace 3 años, con posterior desprendimiento de retina y amaurosis final. Alteraciones de la repolarización del tipo de isquemia subepicardica lateral e Inferior.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	06 mmHg	12 mmHg
OJO SANO	24 mmHg	30 mmHg	25 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'013

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje de Arruga a nivel ecuatorial. Crioterapia de 7 a 9 horas. Punción diatérmica perforante a 5 horas de la que drena abundante líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 20 minutos

COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS: No

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 109
 NOMBRE Y APELLIDOS: CLR
 EDAD: 63 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 3
 TIEMPO DE REPOSO: 6 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Cardiopatía Isquemica.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	14 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	06 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'05

INTERVENCION REALIZADA: Se aplica crioterapia de 1 a 2 horas a nivel del estafiloma en polo posterior. Cerclaje de Arruga a nivel postecuatorial. Al dar un punto escleral para pasar el cerclaje se perfora esclera, drenando un líquido subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos

COMPLICACION POSTOPERATORIA: Hemorragia de vítreo.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 110
NOMBRE Y APELLIDOS: JSC
EDAD: 50 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 15
TIEMPO DE REPOSO: 6 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
LOCALIZACION : Temporal Superior
MACULA DESPRENDIDA: Si
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: Un mes anterior a la aparición del desprendimiento de retina, Coriorretinitis que no se pudo filiar.
PIO PREOP. PIO INTRAOP. PIO POSTOP.

OJO DR	12 mmHg	10 mmHg	10 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	14 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'05

Al Alta : 0'05

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Amnios en area macular. Explante de Lincoff de 5 mms a 3 horas. Crioterapia de 2 a 4 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 64 minutos

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Hemorragia de vítreo y desprendimiento de coroides.

RESULTADO FINAL A 6 MESES DEL POSTOPERATORIO: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 111
 NOMBRE Y APELLIDOS: JOR
 EDAD: 65 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 1
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Desprendimiento de retina en ojo contralateral
 hace 3 años, intervenido y retina aplicada.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	33 mmHg	18 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	14 mmHg	15 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al Ingreso: 0'015

Al Alta : 0'2

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mms a 1 horas.
 Crioterapia de 12'30 a 1'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 80 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 112
 NOMBRE Y APELLIDOS: JRG
 EDAD: 65 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 31
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: Hace 3 años desprendimiento de retina en ojo con-
 tralateral.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	20 mmHg	37 mmHg	22 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	17 mmHg	22 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'4
 Al Alta : 0'017

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mm a 4
 horas. Crioterapia de 3'30 a 4'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos
COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 113
 NOMBRE Y APELLIDOS: CAC
 EDAD: 65 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
 TIEMPO DE REPOSO: 5 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Sí
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia intracapsular en ambos ojos 15 meses anterior a la aparición del desprendimiento.
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	10 mmHg	13 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	15 mmHg	23 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:
 Al ingreso: 0'01
 Al Alta : 0'01

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje de Arruga a nivel ecuatorial.
 Punción diatérmica perforante a 7 horas, drenando un líquido subretiniano amarillento.

TIEMPO DE INTERVENCION: 30 minutos
COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 114
 NOMBRE Y APELLIDOS: JRR
 EDAD: 51 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 12
 TIEMPO DE REPOSO: 12 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOF.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	16 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	17 mmHg	17 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mms a 10 horas
 El desgarro a 11'30 horas no se confirma. Criopexia de 9'30 a 12 horas. Queratocentesis evacuadora a 9 horas, al comprobar ausencia de pulsación durante 2 minutos de la arteria central de la retina.

TIEMPO DE INTERVENCION: 60 minutos
COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 115
 NOMBRE Y APELLIDOS: ELC
 EDAD: 66 años
 SEXO: Hembra
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Mayo de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 25
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal Superior e Inferior y
 Temporal Superior.
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 NIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Intervención combinada afaquia intracapsular y tra-
 beculectomía en ambos ojos hace 2 años.
 ANTECEDENTES: Glaucoma crónico simple en ambos ojos.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	10 mmHg	07 mmHg	19 mmHg
OJO SANO	15 mmHg	17 mmHg	23 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mms a 3 horas
 Criopexia de 2'30 a 3'30 horas. Punción diatérmica
 perforante a 4 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 75 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 116
 NOMBRE Y APELLIDOS: LSG
 EDAD: 71 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 4 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No

ANTECEDENTES: Intervenido de trabeculectomía en ambos ojos hace 7 años por padecimiento de glaucoma crónico simple, actualmente precisa medicación adicional.

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	03 mmHg	07 mmHg	17 mmHg
OJO SANO	35 mmHg	51 mmHg	34 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'07

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 7'5 mms a 6 horas
 Crioterapia de 5'30 a 6'30 horas. Punción diatérmica perforante a 7 horas de la que surge un líquido sub-retiniano claro como "cristal de roca".

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos
COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 117
 NOMBRE Y APELLIDOS: JFG
 EDAD: 51 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Junio de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 1 cuadrante
 LOCALIZACION : Nasal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: No
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	22 mmHg	20 mmHg	20 mmHg
OJO SANO	22 mmHg	20 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 1'0

Al Alta : 1'0

INTERVENCION REALIZADA: Explante de Lincoff de 5'5 mms a 12'30 horas
 Crioterapia de 12 a 1 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 118
 NOMBRE Y APELLIDOS: ELR
 EDAD: 59 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 7 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 3 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior y
 Nasal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	13 mmHg	43 mmHg	12 mmHg
OJO SANO	19 mmHg	10 mmHg	20 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'015

Al Alta : 0'1

INTERVENCION REALIZADA: Explante con Bolsillo de duramadre relleno de duramadre de 2 a 5 horas. Crioterapia de 2'30 a 3'30 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 70 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 119
 NOMBRE Y APELLIDOS: ESA
 EDAD: 54 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Octubre de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 10
 TIEMPO DE REPOSO: 1 día
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Nasal y Temporal Superior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: No
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	15 mmHg	42 mmHg	14 mmHg
OJO SANO	13 mmHg	08 mmHg	12 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'013

Al Alta : 0'17

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mms.
 Dos explantes de Lincoff de 7'5 mms a 11 y 1 horas.
 Criopexia de 10 a 2 horas. Punción diatérnica perforante a 3 horas de la que drena un líquido subretiniano claro.

TIEMPO DE INTERVENCION:

100 minutos

COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS:

No

RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION:

Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 120
 NOMBRE Y APELLIDOS: LLC
 EDAD: 61 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1987
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 60
 TIEMPO DE REPOSO: 8 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: Afaquia intracapsular no complicada en ojo de
 desprendimiento hace 7 años.
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	17 mmHg	11 mmHg	15 mmHg
OJO SANO	18 mmHg	17 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'017

Al Alta : 0'02

INTERVENCION REALIZADA: Banda de silastic extraescleral de 2'5
 mm a nivel ecuatorial. Criopexia de 5'30 a 9'30
 horas. Punción diatérmica perforante a 7 horas de
 la que surge un líquido subretiniano xantocrónico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 40 minutos
 COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
 RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 121
 NOMBRE Y APELLIDOS: ALR
 EDAD: 64 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Enero de 1986
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 45
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: Si
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	10 mmHg	17 mmHg	10 mmHg
OJO SANO	12 mmHg	17 mmHg	13 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'05

INTERVENCION REALIZADA: Inyección intravítrea de 0'25 cc de Hexafluoruro de Azufre a 10 horas, aparecen varias burbujas. Crioterapia de 10'30 a 11'00 horas.

TIEMPO DE INTERVENCION: 5 minutos
COMPLICACIONES INTRA O POSTOPERATORIAS: No
RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 122
NOMBRE Y APELLIDOS: MCM
EDAD: 77 años
SEXO: Varón
MES DEL DESPRENDIMIENTO: Septiembre de 1986
DIAS DE ANTIGUEDAD: 7
TIEMPO DE REPOSO: 6 días
TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 2 cuadrantes
LOCALIZACION : Temporal Superior e Inferior
MACULA DESPRENDIDA: No
AVANZA HASTA PAPILA: No
MIOPIA MAGNA: No
AFAQUIA: No
ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	16 mmHg	07 mmHg	09 mmHg
OJO SANO	16 mmHg	12 mmHg	16 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'017

Al Alta : 0'01

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mms.
Explante con placa de silastic de 7'5 mms. Crioterapia de 8 a 1 horas. Punción diatérmica perforante a 10'30 horas, de la que drena un líquido subretiniano amarillento.

TIEMPO DE INTERVENCION: 80 minutos

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Desprendimiento de coroides. Vítreorretinopatía proliferativa grado D-2, despues de aplicación inicial de la retina.

RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida

Nº DE ORDEN: 123
 NOMBRE Y APELLIDOS: FMI
 EDAD: 62 años
 SEXO: Varón
 MES DEL DESPRENDIMIENTO: Noviembre de 1985
 DIAS DE ANTIGUEDAD: 30
 TIEMPO DE REPOSO: 3 días
 TIPO DE DESPRENDIMIENTO: Regmatógeno
 EXTENSION DEL DESPRENDIMIENTO: 4 cuadrantes
 LOCALIZACION : Temporal y Nasal Superior e Inferior
 MACULA DESPRENDIDA: Si
 AVANZA HASTA PAPILA: Si
 MIOPIA MAGNA: No
 AFAQUIA: No
 ANTECEDENTES: No

	PIO PREOP.	PIO INTRAOP.	PIO POSTOP.
OJO DR	12 mmHg	43 mmHg	08 mmHg
OJO SANO	14 mmHg	11 mmHg	17 mmHg

AGUDEZA VISUAL CON SU CORRECCION:

Al ingreso: 0'01

Al Alta : 0'01

INTERVENCION REALIZADA: Cerclaje con banda de silastic de 2'5 mms.
 Explante con placa de silastic de 7'5 mms. Crioterapia de 10'30 a 11'30 horas y de 1'30 a 2'30 horas.
 Punción diatérmica perforante de la que drena un líquido subretiniano xantocrómico.

TIEMPO DE INTERVENCION: 90 minutos

COMPLICACIONE POSTOPERATORIA: Vitreorretinopatía proliferativa grado D-3, despues de la reabsorción parcial de la Hemorragia de vítreo.

RESULTADO FINAL DE LA INTERVENCION: Retina desprendida