

Momentos Estelares del Desprendimiento de la Retina (2)

# Una etapa llena de controversias

Prof. Antonio Piñero Bustamante

**En esta segunda entrega del trabajo 'Momentos Estelares de la Retina', el Prof. Antonio Piñero pone el foco en la actividad y avances desarrollados en la segunda parte del siglo XIX y principios del XX. Se centra así en los pensamientos, investigaciones y controvertidas técnicas desplegadas por los profesionales más conocidos y precursores de la época, entre los que cita a Albert Von Graefe, Theodor Karl Gustav von Leber y De Wecker.**

TRAS la invención del oftalmoscopio por Helmholtz, en 1850, la oftalmología clínica se desarrolló a una admirable velocidad. Gracias a clínicos como Graefe, Donders, Bowman, Arlt y Liebreich, que hicieron que la Oftalmología fuera una especialidad clínica independiente. La enorme cantidad de enfermedades detectadas con el oftalmoscopio fue tan abrumadora que los oftalmólogos estuvieron muy ocupados durante la primera década de la moderna Oftalmología. Por supuesto, un observador con ingenio como era Albert von Graefe se dio cuenta que el conocimiento básico en el que se basaban sus decisiones no era suficiente. Tras esta afirmación de von Graefe en 1869, un año antes de su muerte, se puede explicar el fracaso de los primeros intentos terapéuticos para curar el desprendimiento de la retina, realizados a «ciegas», en los que también Von Graefe participó.

### PRIMEROS INTENTOS TERAPÉUTICOS

Todas las medidas terapéuticas para el desprendimiento de la retina de esta época obedecen al concepto patogénico de la exudación contenida, y es natural que fueran dirigidas a la reabsorción del líquido que desprendía la retina, y ante el fracaso de todas las medidas utilizadas para la reabsorción –la eserinia en 1876 por **Mohr**, la atropina en 1866 por **Hirschman**, los masajes de **Gradenigo** en 1894–, surge la punción, defendida por **Albert Von Graefe**, patriarca de la Oftalmología de entonces.

En 1863, **Von Graefe** pensó que perforando la retina pasaría el líquido subretiniano a la cavidad vítrea y se podría aplicar de nuevo la retina. Hacía punciones y contrapunciones en el espacio subretiniano; más adelante punciones en el centro del D.R., siempre con el cuchillito que el diseñó para la catarata. Esta primera idea terapéutica quirúrgica fue un fracaso del autor, de muy graves consecuencias, por la influencia que su enorme personalidad tenía entre los oftalmólogos de su época.



Dr. Albrecht Von Graefe (1828-1870). Memorial en el hospital Charite, Berlín.

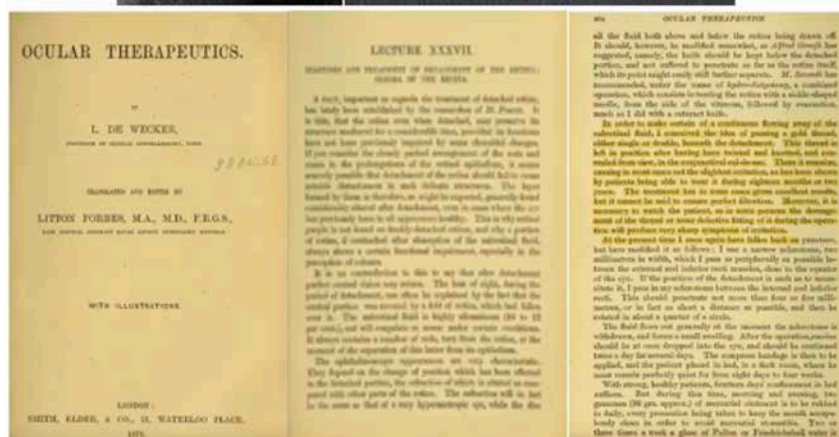
Piénsese que, a los 26 años, **von Graefe** fue cofundador con **Arlt** y **Donders** de los Archiv für Ophthalmologie en 1854, que desde 1870 hasta la actualidad lleva su nombre. A los 28 años fue profesor en Berlín y ya había descubierto el tratamiento del glaucoma agudo por la iridectomía, que sigue siendo el tratamiento de elección hoy día para esta patología. Murió tuberculoso a los 42 años, en 1870, con 45 trabajos publicados de capital importancia. Alguien ha dicho que «cuando los maestros se equivocan prolongan sus errores durante la vida de sus discípulos».

Este año de la muerte de **von Graefe**, **De Wecker** y **De Jaeger**, en su tratado sobre las enfermedades del fondo de ojo ('Traite des maladies du



Fig. 19. — Ophthalmoscope de Galezowski.

El Polaco Dr. Ksawery Galezowski y su oftalmoscopio. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1755-3768.2009.01856.x>)



Dr. L. De Wecker. Oftalmoscopio del Dr. De Wecker. Descripción de la técnica con «hilo de oro» para dar salida al líquido en el DR. En el libro de L. De Wecker. 1879.

fond de l'oeil et atlas d'Ophtalmoscopie'. Adrien Delahaye. París), nos habla de la frecuencia de los desgarros en el desprendimiento, sin poder explicar por qué se producen y lo que significan y critican duramente la doctrina de la exudación. Y proponen para el tratamiento que las punciones sean esclerales.

Surgen entonces una gran cantidad de variaciones en el procedimiento: incisiones esclerales a 8 o 12 mm del limbo por **Wolfe**, en 1883; a 15 mm por **Coppez**, en 1887; el mismo **von Graefe**, introduciendo su cuchillito a más de un cm. de profundidad para perforar a las tres membranas: trepanaciones esclerales; transfixiones de la conjuntiva por **Galezowski**; iridectomías y punciones ecuatoriales por **Wiener**; ciclodialisis separando esclera y coroides y perforando esta última, siendo ésta la primitiva punción.

Luego surgen múltiples operaciones para evacuar el líquido dejando drenajes: el asa de filtración de **Ribard**; el hilo de oro de **Galezowski y De Wecker**; el hilo de seda de **Martin**; o la crin de caballo de **Evers**.

En 1915, **Thomson Edgar** describe un nuevo método: incisión de 8 o 10 mm. en la cápsula de Tenon y una trepanación de 2 mm. tan atrás como le es posible: bajo control oftalmoscópico, introduce una jeringa de record en el polo posterior bajo el D.R. y aspira el líquido cuantas veces puede, y cuando queda el ojo colapsado repone la conjuntiva y le indica al paciente 8 o 10 días en cama.

**Jules Gonin**, hablando de esa época, nos dice «que nunca estuvieron los dominios de la Medicina tan separados de los criterios de teóricos y terapéuticos».

Estamos por lo tanto en el momento en que eran capaces de «ver» los desgarros retinianos, pero estos no eran valorados como un fenómeno esencial en el desprendimiento de la retina, a pesar de haber descrito, en 1858, **Heinrich Müller** (Müller H. Arch F Ophtalmol 1858. 4:363) que la tracción sobre la retina podía ejercer la retracción completa del vítreo, y en 1869 **Iwanoff** (Iwanoff A y Rollet A. Arch F Ophtalmol 1869. 15:17) había descrito lo que conocemos como desprendimiento posterior el vítreo. Seguían bajo el error conceptual mantenido por Von Graefe, la teoría de la exudación.

Por otro lado, en 1875, **Samelsohn** preconiza el reposo en cama en decúbito supino y vendaje compresivo, que se convierte en la cura clásica, llamada conservadora, cura pacífica, cura de reposo o cura mecánica (friedliche medikation) del desprendimiento de la retina y que fue defendida por el maestro **Fuchs**, de Viena. Muchos son los que ya entonces critican, también, este procedimiento por las complicaciones que origina: iris trémo-



Theodor Karl Gustav von Leber (1840-1917).

lo, dilatación pupilar rígida, ojos rojos con reacción ciliar, cámaras demasiado profundas, etc.

#### LEBER Y SU FALTA DE FE

Por esta razón no solo Graefe, sino todos los participantes en el Congreso de la Sociedad Oftalmológica de Heidelberg, en septiembre de 1864, quedaron fascinados por la conferencia de un joven hombre, completamente desconocido, de 24 años, que disertó sobre «Durchblutung des Auges» (circulación de la sangre en el ojo). Este joven era Theodor Leber.

Tuvieron que pasar 20 años para que **Leber**, en 1882, tras dos años de observaciones clínicas, presentara en el Congreso de la Sociedad Alemana de Oftalmología, en Heildeberg, su trabajo «Uber die Enstdtehung der netzhautablösung» (sobre el origen del desprendimiento de la retina), y afirmara que todo desprendimiento súbito reconocible al oftalmoscopio es producido por un desgarro de la retina, producido por una tracción vítea, y es el víteo el que pasa a través de la rotura, ocupa el espacio subretiniano y levanta la retina. Pero, no le hicieron caso; su doctrina de la tracción no tuvo mucha aceptación. Solo sus tres discípulos la siguen: **Norderson, Deutschmann y Von Hippel**.

Ante las críticas, **Leber** recapitula y rectifica y en 1908, en la Sociedad Oftalmológica de Heildeberg, da su nueva versión sobre la patogénia del D.R.; luego la publica en el gran tratado de Oftalmología de Graefe-Saemish (1916). Mantiene ahora la teoría de que las membranas epiteliales que recubren la superficie de la retina, confirmadas histológicamente, se contraen y producen pliegues y el desprendimiento. Por lo tanto, desaparece la teoría de la tracción y el desgarro. La tracción ya no es la causa primaria del D.R. Ahora el desgarro no es la causa de las membranas, es la consecuencia.

Durante estos años en los que, en palabras de **Sánchez Salorio**, se produjo la lucha «Leber contra Leber», los conceptos patogénicos eran los mismos y la idea obsesiva del vaciamiento del líquido, de la derivación, se mantiene.

#### LA ACCIÓN DIRECTA LLEVA AL ESCEPTICISMO

En este «*laberinto de ideas y de hechos*», como **Gonin** le llama, surgen las acciones directas en inyecciones subconjuntivales, que se adoptan en todas las clínicas y casi como único tratamiento del desprendimiento.

Inyecciones subconjuntivales o intratenonianas de soluciones hipertónicas a las que le añadían un 3% de gelatina o víteo de buey para aumentar la irritación local y la diapédesis. La practica por vez primera **De Wecker**, en 1867, y surgen luego otras muchas: **Grossman, Mallinger y Dor** utilizan hasta un 30% de concentración; **Maitland Ramsay**, en 1906, utiliza tres soluciones: cloruro sódico, de dionina y otra que denomina fluido de Dor, compuesta por cloruro, carbonato, fosfato sódico y sulfato potásico; **Staerkle** las aconseja de manera repetida y frecuentes; y **Darier**, en 1898, inyecta cloruro sódico, dionina, hiposulfito sódico y cianuro mercurio, defendiendo que estos agentes originan una coroiditis en el lugar del D.R.-.

Y, como era lógico, aquellos años la tuberculosis, enfermedad casi endémica en Europa, fue también considerada como causa del D.R. En 1905, **Dor** afirma «*que no es más que una modalidad de tuberculosis*», es «*un síntoma, como la ascitis o el hidrocele*» y los trata con tuberculina; le siguen en esta idea etiológica Von Hippel, en 1912, y Carl Emmanuel, en 1914.

**Lagrange**, en 1898, propone la «opoterapia», que consistía en las inyecciones subcutáneas de «oculina», que no era nada más que un extracto de cuerpo ciliar y de cuerpo víteo.

Pero surge el escepticismo entre los oftalmólogos, en 1887; habían pasado mas de 20 años desde el descubrimiento del oftalmoscopio y seguían sin entender lo que pasaba.

Ante este panorama, **Gorecki** llega a decirnos así: «*yo estoy absolutamente persuadido de que el término desprendimiento de retina se aplica a un cierto número de estados patológicos muy diferentes; no tengo que citar como prueba la discusión que tuvo lugar hace dos años: un cierto número de nuestros colegas declararon haber visto curar en algunos días un número de desprendimientos por la iridectomía, los puntos de fuego, etc., etc.; otros declararon su absoluta impotencia; y yo me pregunto qué debemos decir ante esta divergencia*».

El mismo año, **Poncet** hace una encuesta a los miembros de la sociedad francesa con un resultado que no es precisamente un grito de victoria: la mayoría están descontentos, pese a que han surgido tantas nuevas técnicas y la conclusión de la encuesta es desilusionante: «*Todo método operatorio, además de no curar, puede dañar y conducir a la atrofia del globo; la regla debe ser la abstención quirúrgica en el tratamiento del desprendimiento de la retina*».

Ese mismo año, **De Wecker** escribe unas irónicas líneas: «*Por lo visto, señores, una vez evacuado el líquido, drenado o aspirado, a la retina no le queda otra cosa que hacer, que recostarse dulcemente otra vez en su sitio*».

Este mismo autor, desilusionado, escribe a uno de sus discípulos, el brasileño el **Dr. José Cardoso de Moura Brazil**, el 13 de mayo de 1888, una carta enviándole unas letras para ser publicadas, que titula: «*¿Qué objeto debe perseguir el tratamiento del desprendimiento de la retina?*».

El **Dr. Hermenegildo Arruga** consideró este documento a Moura Brazil «*histórico en relación con el desprendimiento de la retina*». Comenzaba diciendo que los fracasos son muchos porque se piensa sólo en la evacuación del líquido subretiniano, olvidando que la alteración del víteo es la base anatómica que hace evolucionar el D.R. Asegura, después que todas las tentativas hasta entonces puestas en práctica olvidan esta afirmación. Más adelante, pone de manifiesto que los desprendimientos de víteo pueden existir largo tiempo sin que entrañen D.R.

“

**La enorme cantidad de enfermedades detectadas con el oftalmoscopio fue tan abrumadora que los oftalmólogos estuvieron muy ocupados durante la primera década de la moderna Oftalmología**

”

**De Wecker** sigue en este histórico documento diciendo: la adhesión en la zona ecuatorial es más íntima entre víteo y retina y es en esta zona donde se establece una lucha entre ambos que acaba por desgarrarla. Por último, afirma en este documento que, una vez desgarrada y desprendida, la membrana retiniana sigue al víteo en sus movimientos de progresión y avance. Termina el documento diciendo que ha renunciado a toda operación destinada a remediar el desprendimiento de la retina por punciones o incisiones, que las considera perjudiciales y agravan la enfermedad.



Dr. José Cardoso de Moura Brazil (1849-1928). Brasileño formado en Europa con De Wecker y Galezowski. Presidió la Academia Nacional de Medicina de su país.