

OBSTRUCCIONES VENOSAS *

(Su pronóstico y tratamiento)

Arturo A. Alezzandrini **

El advenimiento de la angio-fluoresceíno-grafía ha permitido un mejor conocimiento de la fisiopatología en las obstrucciones vasculares a nivel retiniano y muy especialmente determinar el grado de insuficiencia circulatoria.

Es así entonces que para las trombosis de la vena central de la retina o de sus ramas principales podemos diferenciar dos grupos o categorías distintas: aquellos casos que muestran dilatación capilar, con una perfusión vascular normal o ligeramente disminuida y marcada exudación (llamada por Hayreh "Retinopatía venosa de estasis") y luego un segundo grupo don-

de predominan las áreas de bloqueo circulatorio a nivel capilar, con isquemia retiniana por mala perfusión, abundantes hemorragias y tendencia rápida a la neovascularización.

En el primer grupo el pronóstico funcional es mejor y la agudeza visual puede llegar a límites razonablemente útiles; claro está que depende en todo caso del sitio de la obstrucción, de la edad del paciente (mejor en los sujetos más jóvenes), del estado macular previo al accidente obstructivo y del factor etiológico responsable (Figura 1).

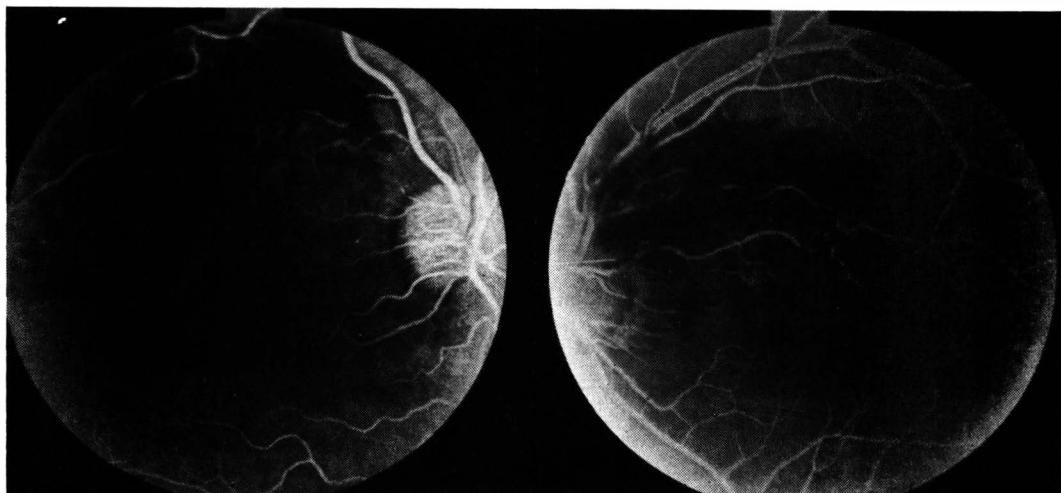


Fig. 1 — Trombosis de rama venosa con afectación precoz del área macular.

Las obstrucciones con bloqueo capilar son por lo general mucho más graves, evolucionan lentamente a la retinopatía proliferante con hemorragias recidivantes del cuerpo vitreo y glaucoma vascular. Desde sus estadios clínicos iniciales aparece una degeneración microquistica con edema de la mácula. En nuestra experiencia este tipo de trombosis acompaña a ciertas afeciones hematológicas (Disglobulinemias, leucosis agudas) o a enfermedades generales con gran participación vascular como la Diabetes o la Enfermedad esclero-hipertensiva (Figura 2).

Un factor muy importante a tener en cuenta es la presión arterial retiniana de perfusión, ya que aquellos casos que se acompañan de una hipotensión en el territorio de la arteria oftálmica (por ejemplo en las estenosis carotídeas) tienen un peor pronóstico y es indudable además, que en todo proceso obstructivo a nivel venoso participa también en mayor o menor grado el árbol arterial.

En resumen, el pronóstico depende entonces del estado de la circulación a nivel capilar y de la participación de la mácula en el proceso.

* Trabalho apresentado no Simpósio sobre Terapêutica Ocular do Centro de Estudos Prof. Ivo Corrêa Meyer, Porto Alegre, nov. 77.

** Professor Titular Oftalmologia UNBA.

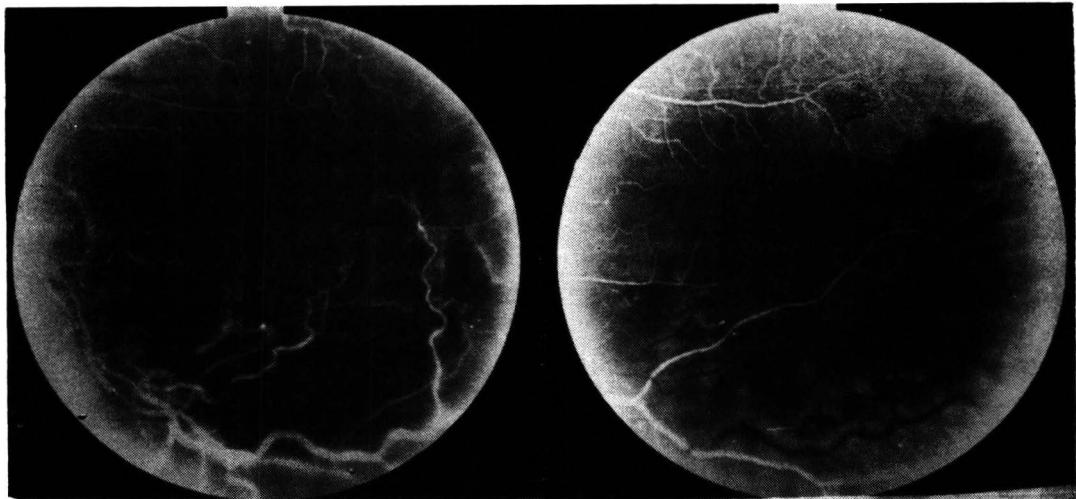


Fig. 2 — Grave trombosis de vena temporal inferior con bloqueo circulatorio a nivel capilar. Su fotocoagulación con Laser mejora enormemente la dinámica circulatoria.

Hechas estas consideraciones clínicas nos corresponde referirnos al tratamiento. Este debe ir dirigido fundamentalmente a mejorar la circulación y además, si es posible, a prevenir o curar las complicaciones.

1) TRATAMIENTOS DESTINADOS A MEJORAR LA CIRCULACION

A) Fibrinolíticos (Uroquinasa — Estreptoquinasa etc.)

A pesar de que hace unos años se depositaron en ellos grandes esperanzas y de la tremenda difusión que se encuentra en la literatura médica, en general su eficacia no es muy grande. No mejoran la agudeza visual ni tienen una eficacia angiográficamente comprobada.

B) Medicación anti-agregación plaquetaria (Aspirina — Persantin)

Actuarían en ciertos casos sobre el factor etiológico provocando una hemodilución, pero de ninguna manera tienen una acción local sobre el área trombosada.

C) Anticoagulantes clásicos (Sintrom-Tromexan-Heparina). Asociados o no a los anti-inflamatorios y a los corticoesteroides.

Para algunos autores serían de utilidad en las trombosis totales y en ciertas formas subagudas para facilitar el desarrollo de vías de derivación retrociliares. Nosotros no hemos visto mejorías significativas en los casos en que los empleamos como único tratamiento.

D) Protectores capilares (Rutina-Hesperidina-Vitamina C)

Outros medicamentos: Dobexilate de calcio, Clorfibrate.

En general no tienen un efecto directo sobre la circulación a nivel capilar ni mejoran la perfusión de oxígeno a la neuroretina.

En realidad, todos estos medicamentos por sobre su acción terapéutica directa permiten, mientras son administrados, que el paciente salga de su periodo agudo inicial y que comience el proceso de recanalización o se instale una circulación colateral suficiente. Si esto ocurre, la mejoría clínica será evidente con reabsorción de las hemorragias y restitución paulatina de la capacidad funcional.

2) TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Las complicaciones principales son tres; una que puede ser inmediata o tardía y que obliga al uso precoz de la fotocoagulación, y es el edema o la degeneración microquistica de la mácula. La otras dos son siempre tardías y consecuencia de la anoxia a nivel capilar: la neovascularización o proliferación conectivo vascular y las hemorragias de vitreo.

FOTOCOAGULACION

El medio físico a emplear puede ser cualquiera (Xenón o Radiación Laser), nosotros preferimos por múltiples razones esta última.

El empleo en las trombosis totales de la vena central no es tan eficaz como en las trombosis de rama, especialmente si hay edema macular. En el primero de los casos la técnica a seguir es la de fotocoagulación

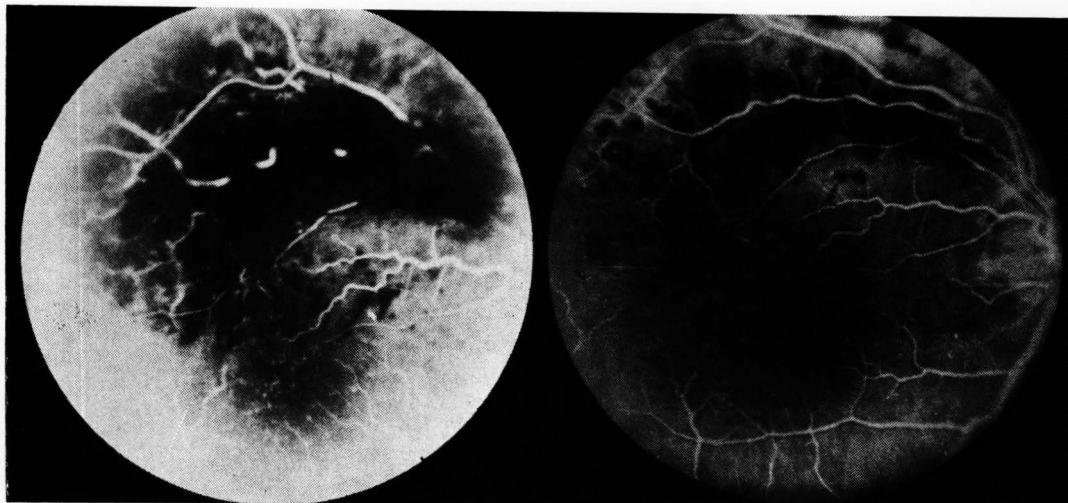


Fig. 3 — Trombosis de rama venosa con abundantes hemorragias y edema sobre la zona macular. Al poco tiempo de su fotocoagulación la mayoría circulatoria y funcional es bien evidente.

pan retiniana, comenzando por la periferia. Co ello mejora el edema retiniano y se evita e gran parte la neovascularización (Figura 3).

En la trombosis de rama la fotocoagulación puede ser empleada como barrera para proteger la mácula o de lo contrario para destruir áreas de bloqueo capilar. Debe cuidarse siempre de no destruir con la fotocoagulación los Shunts o vasos de circulación sanguínea que la angiografía demuestre como útiles para evaluar áreas ocluidas.

Si el edema macular es precoz, una vez que éste es diagnosticado practicamos la fotocoagulación en anillo perimacular.

CIRURGIA DE LAS OBSTRUCCIONES VENOSAS

No queremos terminar esta presentación sin hacer un breve comentario sobre la técnica preconizada por Vasco Posada de la esfinterectomía del canal escleral en la papila y a cielo abierto para los casos de obstrucción total o de rama de la vena central. Su posible acción terapéutica, desde un punto de vista teórico, es correcta: mejorar la hemodinamia retiniana facilitando el drenaje venoso.

Los resultados obtenidos no son constantes, nosotros hemos operado varios casos y si bien en alguno de ellos la reabsorción de las hemorragias es mucho más rápida, la mejoría funcional no es tan evidente. Creemos que su indicación fundamental sería la de aquellos casos donde aparece una verdadera tromboembolia de

los vasos centrales, donde a la obstrucción venosa se agrega espasmo en la obstrucción arterial con edema fluoresceínico de papila y hemorragias pequeñas y distribuidas en todo el polo posterior.

BIBLIOGRAFIA

1. CLEMENTS, D. B. — Retinal vein occlusion. Comparative study of factors affecting the prognosis, including a therapeutic trial of Atromid S in this condition. *Brit. J. Ophthalm.* 52: 111-116, 1968.
2. HILLS, D. W. and GRIFFITHS, D. D. — The prognosis of retinal vein thrombosis. *Trans. Ophthalm. Soc. U. K.* 90: 303-322, 1970.
3. CLEMENTT, R. S.; KOHNER, E. M. and HAMILTON, A. M. — The visual prognosis in retinal branch vein occlusion. *Trans. Ophthalm. Soc. U. K.* 93: 523-535, 1973.
4. HAYREH, S. S. — Occlusion of the central retinal vessels. *Brit. J. Ophthalm.* 49: 626-645, 1965.
5. HAYREH, S. S. — Pathogenesis of occlusion of the central retinal vessels. *Am. J. Ophth.* 72: 998-1011, 1971.
6. GAASS, J. M. D. — A fluorescein angiographic study of macular dysfunction secondary to retinal vascular disease: Retinal vein obstruction. *Arch. Ophthalm.* 80: 550-568, 1968.
7. WETZIG, P. C. and THATCHER, D. B. — The treatment of acute and chronic central venous obstruction by photo coagulation. *Mod. Probl. Ophthalm.* 12: 247-253, 1974.
8. ZWENG, H. Ch. and Col. Argon Laser photo-coagulation in the treatment of retinal vein occlusion. *Mod. Probl. Ophthalm.* 12: 261-270, 1974.
9. VASCO POSADA, J. — Revascularización del segmento anterior y posterior del ojo. *XXI Consilium Ophthalm. (México) II, 1961-1969*, 1970.
10. VENTOLA, E. — Diagnóstico precoz de las obstrucciones venosas retinianas. *Actas Xº Congreso de Oftalmología*, 242-246, 1975.

Dirección del autor
AYACUCHO 307, 1º
1025, Buenos Aires
REPÚBLICA ARGENTINA