

Un caso de desprendimiento bilateral de la retina en una preecláptica

Clinica Primero de Mayo.

C. R. M. A. Carnet número 89.609, beneficiaria.

Primigestante. 31 años, natural de Bogotá, oficios domésticos; antecedentes hereditarios y personales, sin importancia.

Es vista por primera vez por nosotros el día 18 de agosto del presente año.

Aparato digestivo: epigastralgia.

Circulatorio: T. A. Mx. 21 mm. 13. Edemas discretos de los miembros inferiores.

Respiratorio: normal.

Genitourinario: exámenes de orina, julio 30, albúmina, sí hay. Píocitos. Agosto 13, albúmina, 4.32, píocitos, 1 por campo.

Locomotor: normal.

Endocrino: normal.

Sistema nervioso: normal.

Piel sana.

Organos de los sentidos: opacidades de la vista.

Examen obstétrico: Primigestante; altura uterina, 30 centímetros; menarquia, 14 años; ciclo, 28 3. Diámetros B. E. 26— B. C. 31— B. T. 34.5— C. E. 20. Cefálica izquierda móvil, ruidos fetales + última regla, 10 enero de 1952.

En junta médica con varios colegas, hicimos diagnóstico de preeclampsia, pedimos examen parcial de orina, azoemia, uricemia y fondo de ojo, instituímos la siguiente medicación:

Dextrosa al 33% 20 c. c. para aplicar 3 al día, por la mañana, al mediodía y por la tarde, vía endovenosa.

Solución dextrosada al 5% en agua 500 c. c. para aplicar gota gota endovenosa, cincuenta gotas por minuto, un frasco por la mañana y otro por la tarde.

Solución saturada de sulfato de magnesia, 250 c. c.

«Cucharadas» cada dos horas.

Gardenal comprimidos, un frasco.

Uno por la mañana y otro por la tarde.

La tensión debe vigilarse cada cuatro horas, medir la cantidad de orina emitida en 24 horas (esto no fue posible que se hiciera), dieta láctea exclusiva, la enferma debe hospitalizarse en un cuarto individual y ponerle una enfermera a permanencia. La tensión se mantuvo estacionaria con fluctuaciones hasta de $22\frac{1}{2} \times 15$, la sintomatología no se modificó.

El examen de orina del día 18 dió albúmina 2.80 sedimento normal. Azoemia y uricemia del día 19, 33.5 y 4.3.

Agosto 22 examen de fondo de ojo: O. D. 4/10-O. I. dedos. En ambos fondos de ojo se ve gran desprendimiento de las retinas y unas placas de retinitis que no son características de la retinitis albuminúrica pero que dados los resultados de laboratorio, pueden tomarse como tales. Diagnóstico:

desprendimiento bilateral de la retina. Retinitis albuminúrica? Se ordena posición semisentada reposo absoluto, tapar ambos ojos y atropina al 1%, 1 gota dos veces al día en ambos ojos.

Ante semejante gravedad se resuelve previa junta, intervenir inmediatamente, la cual se lleva a cabo sin ningún incidente, se obtuvo un niño de sexo femenino de 1.800 gramos de peso y 46 centímetros de talla, que se envía en seguida al servicio de prematuros, mientras la enferma permaneció en la clínica, nos informamos diariamente de la salud y progreso del prematuro, obteniendo siempre buena información al respecto, después de la salida de la enferma no volvimos a saber de la niña.

La paciente hizo un post-operatorio normal, se supuró un punto de la herida, se hicieron las curaciones correspondientes dándose de alta a la paciente el día 27 de octubre en buenas condiciones de salud. Se observó a todo lo largo de la estadía de la paciente en la clínica, la indicación del oftalmólogo, el último informe de éste dice: las retinas adosaron persistiendo la disminución de la agudeza visual. Aconsejamos a la enferma que volviera donde el especialista para su tratamiento ulterior. El estado renal se normalizó a los pocos días de la intervención, la tensión arterial se estacionó en 13 x 8.

Comentario.

En preeclampsia y eclampsia, el desprendimiento de la retina es ocasional, no conocemos ningún caso descrito en la literatura nacional ni en la bibliografía extranjera que hemos consultado.

Es más frecuente en las glomerulonefritis difusas, en esta enfermedad los cambios de la retina son debidos a la constricción arterial con estasis en los capilares retinianos y transudación de plasma en el tejido de la retina. El fluido gravita en el espacio subretiniano y el desprendimiento se forma. Al relajarse la constricción arterial el transudado se reabsorbe y la retina se adosa, la agudeza visual vuelve a la normal si el desprendimiento no ha sido muy largo, sólo un ligero disturbio pigmentario se hace estacionario.

BIBLIOGRAFIA

- Argañaráz Raúl**—Manual Práctico de Oftalmología, Tercera edición, 1942.
- Arruga H.**—Cirugía Ocular. Segunda edición, 1950.
- Balza J. F. y García Querol**—Signos de alarma oculares en la gestosis. *Revista Médico Quirúrgica de Patología Femenina*, página 235 número 4. Vol. XXII octubre 1943.
- Davis Carl Henry**—Gynecology and Obstetrics.
- De Lee Greenhill**—Principios y Práctica de Obstetricia, 1947.
- Dubrisay Jeanin**—Precis d'acouchement.
- Elwyn Hermann**—Diseases of the Retina, página 526.
- Moragas Bernat**—Clínica Obstétrica.
- Ribemont**—Precis d'obstetrique.
- Vignes H.**—Eclampsie et eclamsisme.
- Year Book of Obstetric and Gynecology**, 1945.
- Nader Demetrio**—Retinoscopia y Angioscopia retiniana durante la intoxicación gravídica, tesis de Bogotá, 1936.