

Resúmenes comentados

Coordinador:

Rafel Alcubierre

Hospital Moisès Broggi. Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

R. Alcubierre, A. Filloy, V. Martin, M. Morales, J. Tellez

Incidence, risk factors and management of intractable diplopia

Newsham D, O'Connor AR, Harrad RA.

Br J Ophthalmol 2017;0:1–5.

doi:10.1136/bjophthalmol-2017-310454

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28659388>

Estudio prospectivo multicéntrico, realizado en Reino Unido, de la incidencia y el manejo de la diplopía intratable, condición poco frecuente consistente en la presencia de diplopía binocular que únicamente puede resolverse mediante la oclusión de uno de los dos ojos. Se describe una incidencia anual de 53 casos en la población británica, siendo el principal factor la cirugía de realineamiento ocular (1/3 de los casos), seguida de otros tipos de cirugía ocular, eventos de sistema nervioso central (principalmente traumatismos craneoencefálicos graves), y la aparición espontánea sin causa conocida. Respecto a la cirugía de estrabismo, se estima una incidencia de 1 caso cada 494 cirugías. En cuanto al tratamiento de la diplopía, los resultados son generalmente malos. Los pacientes recibieron de 1 a 4 opciones terapéuticas, que incluyen toxina botulínica, cirugía de estrabismo, prismas, oclusión en gafa, filtros de Bangerter o penalizaciones, lente de contacto oclusiva y lente intraocular opaca. Entre ellas, sólo las dos últimas muestran un alto porcentaje de supresión de la diplopía (un 50 y un 86% respectivamente). En la discusión del artículo se destaca la ausencia de casos secundarios a tratamientos de ambliopía,

a pesar de la incidencia descrita en otros trabajos, y se advierte del riesgo de inducir su aparición con tratamientos emergentes enfocados a eliminar la supresión.

Optic Disc Hemorrhage in Health and Disease

Razeghinejad MR, Nowroozzadeh MH.

Surv Ophthalmol. 2017 Apr 8. pii: S0039-6257(16)30279-X. doi: 10.1016/j.survophthal.2017.04.001. [Epub ahead of print]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28400276>

Extensa revisión centrada en las hemorragias de nervio óptico, muy completa en su enfoque, principalmente centrado en la patología glaucomatosa. Aunque la incidencia en población sana es mucho menor que en glaucoma/hipertensión ocular, la relativa baja frecuencia del glaucoma conlleva que la mayoría de hemorragias se encuentren en sujetos inicialmente sanos. Se explican diversas teorías, mecánicas y vasculares, que podrían justificar el origen de las hemorragias, que sigue siendo incierto. Morfológicamente, se describen 2 tipos: en astilla o llama y en mancha, siendo éstas más típicas en población no glaucomatosa. El cuadrante inferotemporal es la localización más habitual, en 2/3 de los casos glaucomatosos, mientras que en sanos la distribución es variable. En glaucoma, las hemorragias son transitorias y recurrentes, más frecuentes en los normotensivos (19,4% a 35,3%)

que en los primarios de ángulo abierto (4,2% a 17,6%), y que en el glaucoma por cierre angular (1,1% a 5,7%). Se realiza también una amplia descripción de patologías no glaucomatosas que pueden presentar hemorragias del nervio: retinianas, cerebrales o de nervio óptico, traumáticas o sistémicas (hipertensión arterial, diabetes, patología hematológica, migraña, medicación antiagregante). En cuanto a su relevancia, se destaca un probable mayor riesgo de progresión glaucomatosa, principalmente de rápido deterioro en el área localizada; y se recomienda intensificar el tratamiento hipotensor. En sujetos sanos, debe considerarse como un signo de alarma de patología ocular o sistémica subyacente, y se recomienda un seguimiento a largo plazo dada la posibilidad de desarrollar glaucoma. La excepción es el recién nacido, donde las hemorragias secundarias al parto son benignas y no requieren tratamiento, sin olvidar el diagnóstico diferencial del niño maltratado.

Safety of Intravitreal Dexamethasone Implant (Ozurdex): The SAFODEX study. Incidence and Risk Factors of Ocular Hypertension

Malclès A, Dot C, Voirin N, et al.

Retina. 2017;37(7):1352-59

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27768641>

El implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex) tiene utilidad en el tratamiento del edema macular diabético, edema por trombosis venosa y uveítis posteriores no infecciosas entre otras patologías. El presente estudio ha analizado la incidencia, factores de riesgo y evolución de los cambios en la presión intraocular tras implante intravítreo de dexametasona. Se han incluido 421 ojos de 361 pacientes que se han estudiado retrospectivamente tras cinco años. La mayoría correspondían a oclusión venosa (34%) y edema macular diabético (30%). Tras 1000 inyecciones, la hipertensión ocular (aumento de la presión por encima de 25mm Hg o de más de 10mmHg de la presión basal) se ha detectado en el 28,5% de los casos. Un 31% de los ojos presentando hipertensión requirieron hipotensores oculares, y en 3 casos se indicó cirugía filtrante. La hipertensión fue normalmente transitoria. Los factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión ocular fueron: menor edad, sexo masculino, diabetes tipo 1, glaucoma preexistente necesitando dos o más fármacos e historia de oclusión venosa o uveítis ($p<0,05$). Estos factores de riesgo resultarían de utilidad a la hora de evaluar el riesgo-beneficio en estos pacientes.

Macular Atrophy in Neovascular Age-Related Macular Degeneration with Monthly versus Treat-and-Extend Ranibizumab:Findingsfromthe TREX-AMD Trial

Abdelfattah NS, Al-Sheikh M, Pitetta S, et al.

Ophthalmology. 2017;124(2):215-23

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27863845>

El protocolo de tratamiento "Treat and Extend" (T&E) para la DMAE exudativa (alargar progresivamente los intervalos de seguimiento/tratamiento sin dejar de tratar) está imponiéndose de forma general como tratamiento de elección de esta patología gracias a su predictibilidad y disminución de la carga de visitas e inyecciones que supone. Un inconveniente de la utilización de los fármacos antiVEGF es su probable efecto deletéreo sobre el epitelio pigmentario de la retina y la evolución a atrofia macular. Este estudio pretende analizar este fenómeno comparando la evolución de ojos en tratamiento con ranibizumab T&E y los de tratamiento mensual con la de ojos adelfos sin tratamiento. Tras 18 meses de seguimiento de 60 ojos, cuantificando la atrofia macular con autofluorescencia, los resultados arrojaron que no hay un aumento significativo de la aparición de atrofia macular en ojos con tratamiento con ranibizumab T&E o mensual respecto a los ojos contralaterales. Ésta sin embargo sí se relacionó con un menor grosor coroideo subfoveal, la presencia de hemorragias y el grosor de los desprendimientos de epitelio pigmentario.

Smoking is a Risk Factor for Proliferative Vitreoretinopathy after Traumatic Retinal Detachment

Elliott D, Stryjewski TP, Andreoli MT, et al.

Retina. 2017;37(7):1229-35

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27787448>

Este estudio analiza la incidencia de redesprendimiento de retina en pacientes con desprendimiento de retina traumático (con solución de continuidad) de forma retrospectiva a partir de 138 casos operados. Tras un año de la primera cirugía de desprendimiento de retina, un 47% de los casos habían presentado recidiva con proliferación vitreoretiniana (PVR), la mayoría en los tres primeros meses. Los pacientes fumadores presentaron una tasa de redesprendimiento

superior ($p=0,01$). Además, la presencia de PVR en el momento de la cirugía supuso un factor de riesgo independiente de recidiva (RR 2,13). El tratamiento asociado de vitrectomía + cerclaje tuvo mejores resultados que la vitrectomía sola ($p=0,04$). Los ojos que no se redesprendieron consiguieron una AV final de 0,1 o superior en un 44% de los casos, mientras que esta proporción fue de un 8% en los ojos con redesprendimiento. Así pues, el tabaquismo parece estar relacionado con el riesgo de proliferación vitreoretiniana en pacientes traumáticos. Los conocidos factores proinflamatorios del tabaco podrían guardar relación con este hecho.

Role of Tear Osmolarity in Dry Eye Symptoms After Cataract Surgery

González-Mesa A, Paz Moreno-Arrones J, Ferrari D, et al.

American Journal of Ophthalmology. 2016;170: 128-32

[http://www.ajo.com/article/S0002-9394\(16\)30374-9/pdf](http://www.ajo.com/article/S0002-9394(16)30374-9/pdf)

En este estudio se analizan los cambios en la osmolaridad lagrimal y en el test OSDI (*Ocular Surface Disease Index*) en pacientes intervenidos de cataratas. Se trata de un estudio prospectivo y observacional donde se incluyeron 55 pacientes intervenidos de catarata con buena recuperación visual tras la cirugía. Se excluyeron pacientes con algún tratamiento tópico crónico o con antecedentes de alguna cirugía ocular previa. Se examinaron los pacientes de manera preoperatoria, al mes y a los 3 meses de la cirugía de cataratas. En cada visita se les realizó una exploración ocular completa junto con test de osmolaridad lagrimal y cuestionario OSDI.

No se encontraron diferencias significativas en la osmolaridad lagrimal de pacientes con una osmolaridad previa a la cirugía menor a 312mOsm/l pero sí que se encontró un aumento en la osmolaridad y peor puntuación en la escala OSDI en pacientes que previamente a la cirugía ya tenían una osmolaridad lagrimal por encima de 312mOsm/l.

Descemetorhexis Without Grafting for Fuchs Endothelial Dystrophy- Supplementation With Topical Ripasudil

Moloney G, Petsoglou C, Ball M, et al.

Cornea. 2017;36(6):642-8

http://journals.lww.com/corneajnl/Abstract/2017/06000/Desemetorhexis_Without_Grafting_for_Fuchs.2.aspx

En este estudio se evalúa la eficacia y seguridad de la realización de una descemetorrexis temprana de pequeño diámetro en pacientes con Distrofia de Fuchs como tratamiento de esta patología. Para los casos dónde no se obtienen buenos resultados tras el empleo de esta técnica se usó colirio de Ripasudil (ROCK inhibidor) de rescate.

En el estudio se incluyeron 12 ojos de 11 pacientes con distrofia de Fuchs, a los cuales se les realizó una descemetorrexis central menor de 4mm. Se excluyeron los pacientes con un contejo de células endoteliales periféricas inferior a 1000 y pacientes con edema corneal central severo. Se evaluaron los pacientes de manera mensual durante 6 meses. Se consideraron casos fallidos los que no presentaban mejoría de su edema corneal en los primeros 2 meses. A estos casos se les realizó un tratamiento con Ripasudil tópico con una posología de 6 veces al día durante 2 semanas.

Resultados: 9 de los 12 ojos tratados mediante descemetorrexis mejoraron la transparencia corneal durante los 2 primeros meses postratamiento. En un ojo se produjo un fallo tardío del tratamiento a los 5 meses precisando de queratoplastia endotelial con buenos resultados, en los dos casos restantes donde no se obtuvieron buenos resultados con la descemetorrexis se usó el colirio de ripasudil con buenos resultados finales.

Conclusiones: En pacientes con una distrofia de Fuchs leve - moderada con afectación sobre todo central, la realización de una descemetorrexis de pequeño diámetro puede ser un procedimiento a tener en cuenta.

Efficacy and adverse effects of atropine in childhood myopia. A meta-analysis

Gong Q, Janowski M, Luo M, et al.

JAMA Ophthalmol. 2017;135(6):624-30

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28494063>

En este meta análisis se pretende estudiar la eficacia de la atropina en reducir la progresión de miopía en niños comparado con un grupo control, así como los efectos secundarios dependiendo de la dosis utilizada. Este meta análisis está basado en 90 estudios con 3137 niños.

La diferencia media de progresión de miopía entre el grupo de atropina a bajas dosis versus el grupo control es de 0,50D por año,

en el grupo de atropina a dosis medias de 0,57D, y en el de alta dosis de 0,62D. Por tanto, el uso de atropina es eficaz en detener la progresión de miopía, y es independiente de la dosis.

En cuanto a los efectos secundarios, altas dosis de atropina se relacionaron con un 43% de incidencia de fotofobia comparado con un 6% en el grupo de bajas dosis. No se encontraron diferencias entre los pacientes de raza asiática y los pacientes de raza blanca.

Se recomienda usar por tanto atropina al 0,01% como terapia, aunque se necesitan más estudios clínicos.

Quality of life and functional vision in children with glaucoma

Dahlmann-Noor A, Tailor V, Bunce C, et al.

Ophthalmology. 2017;124:1048-55

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28385300>

El objetivo de este trabajo es valorar el efecto del glaucoma infantil en la capacidad visual funcional (utilidad de su visión en las actividades diarias), calidad de vida (impresión subjetiva de distintos aspectos de la vida, sociales, escolares, físicos...) y salud. La valoración se realiza tanto en los niños como en los padres mediante tests.

El glaucoma infantil y todo el tratamiento a largo plazo con múltiples intervenciones y gotas tienen un impacto importante en la vida de estos niños. La puntuación en aspectos psicosociales fue peor que en los físicos, y los niños mayores se sentían menos impedidos que los más pequeños. Los padres sienten peor impacto en la enfermedad de sus hijos de lo que sienten los niños mismos.

Los niños con glaucoma tienen puntuaciones parecidas a los niños con defectos cardíacos graves, trasplante de hígado o leucemias. Esta valoración es importante como parte de la terapia multidisciplinar que deben recibir estos pacientes.

Structural and Functional Progression in the Early Manifest Glaucoma Trial

Öhnell H, Heijl A, Brenner L, et al.

Ophthalmology. 2016 Jun;123(6):1173-80

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26949119>

Este trabajo analiza el material de EMGT (Early Manifest Glaucoma Trial) para comparar si la detección de progresión es más precoz

en campos visuales o en retinografía monoscópica del disco en los diferentes estadios de glaucoma manifiesto. Conviene recordar que EMGT es un ensayo randomizado, prospectivo, basado en screening, con un largo seguimiento y que aportó gran documentación acerca de campos y discos. Se evalúan 306 ojos de 249 pacientes con GPAA incluidos en EMGT. La progresión se estudia a través de series de retinografías de disco y campos visuales, usando los mapas de probabilidad de cambios descritos en el propio ensayo. 3 expertos juzgan la progresión en las fotos de manera enmascarada. El estadio de glaucoma viene dado por GGS (Glaucoma Grading Score). También analizan los resultados con rangos de 3 dB hasta 12 dB.

Entre los pacientes que exhiben progresión, dicha progresión fue detectada primero por el campo visual en 80%, 79% y 100% para los estadios temprano, moderado y avanzado, respectivamente.

Concluyen que en el material de EMGT con GPAA manifiesto, la progresión fue detectada primero con mucha más frecuencia mediante campo visual en todos los estadios de la enfermedad.

La fuerza del presente trabajo radica en estar basado en material EMGT, su largo seguimiento y la alta sensibilidad demostrada por el criterio de progresión tanto de campos como de retinografías. Entre sus puntos débiles se cuentan el escaso número de glaucomas avanzados, el empleo de fotografías mono y no estereoscópicas, y no introducir nuevas modalidades de análisis estructural como OCT.

Entonces, ¿se produce antes la progresión estructural o la funcional?. Dependerá de los métodos usados para detectar cambios anatómicos y funcionales, del estadio de glaucoma en la población de estudio y del período de seguimiento.

Pseudophakic Macular Edema in Primary Open-Angle Glaucoma: A Prospective Study Using Spectral-Domain Optical Coherence Tomography

Lee KM, Lee EJ, Kim TW, Kim H.

Am J Ophthalmol. 2017 Jul;179:97-109

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28499706>

Estudio de cohorte, prospectivo y comparativo que tiene como objetivo determinar la incidencia y los factores de riesgo de edema macular pseudofáquico (EMP) después de cirugía de catarata no complicada en GPAA usando OCT spectral-domain (SDOCT).

El grosor macular fue evaluado mediante SDOCT previo a la cirugía y en diferentes puntos post-cirugía. Se consideró EMP significativo si el aumento del grosor medio excedía la media + 3DS del incremento mostrado en las muestras piloto (43 sujetos sanos).

Se encontró EMP significativo en 44% de GPAA y 21% en controles; la mayor extensión de EMP ocurrió en el mes 3 y va disminuyendo hasta el mes 12; el riesgo mayor de EMP lo tienen los usuarios de prostaglandinas y los jóvenes.

Su incidencia de EMP es más alta que la previamente reportada después de facoemulsificación no complicada. Concluyen destacando la mayor incidencia de EMP en GPAA, principalmente a expensas del uso perioperatorio de prostaglandinas.

Entre sus puntos fuertes está el haber compensado el aumento fisiológico del grosor macular tras facoemulsificación mediante muestras piloto de sujetos sanos. Entre los débiles, el bajo número de la muestra y la escasa representatividad de la población general.

Curiosamente, no encuentran diferencias en la incidencia de EMP entre los usuarios de prostaglandinas que las abandonan y los que las continúan durante el primer mes post-operatorio, aunque los subgrupos son muy pequeños para extraer conclusiones. Tendremos que esperar una mayor evidencia para saber si es útil retirar la prostaglandina durante el primer mes postoperatorio.