

## Resúmenes de artículos publicados recientemente en otras revistas

J. Català  
X. Corretger  
M. Morales  
S. Muñoz  
L. Sararols

### Chemoreduction for retinoblastoma. Analysis of tumor control and risks for recurrence in 457 tumors

Shields CL, Mashayekhi A, Cater J, Shelil A, Meadows AT, Shields JA  
*Am J Ophthalmol* 2004;138:329-37

Se presenta un estudio prospectivo en el que se valora la evolución de los retinoblastomas tratados mediante quimioterapia (vincristina, etopóxido, carboplatino) como monoterapia o bien como tratamiento asociado a termoterapia, crioterapia o ambas.

Durante un mínimo de 7 años han seguido 457 tumores en 193 ojos de 125 pacientes y concluyen que el tratamiento con quimioterapia sola o asociada a tratamientos focales consigue controlar hasta un 78% de los tumores retinianos sin necesidad de radioterapia externa o enucleación. Los tumores con mayor riesgo de recurrencia son los tumores más grandes y los localizados en la zona macular. Las recurrencias suceden con mayor frecuencia en el primer año tras el tratamiento y no se registran recurrencias más allá de los cuatro años post-tratamiento. Entre las limitaciones del estudio está el hecho de que no se ha realizado una randomización de los tratamientos, sino que se ha asignado cada tratamiento según las características específicas de cada tumor y de cada paciente. Por otra parte sólo se evalúa la respuesta "retiniana" del retinoblastoma sin valorar la aparición de siembras vítreas o subretinianas.

### Melanocytoma of the optic disc in 115 cases

Shields JA, Demirci H, Mashayekhi A, Shields CL  
*Ophthalmology* 2004;111:1739-46

El melanocitoma del nervio óptico se considera una lesión estacionaria que muy raramente provoca com-

plicaciones oculares. En este estudio se valora retrospectivamente la evolución de 116 melanocitomas de 115 pacientes. Se ha observado edema de papila en un 25% de los casos y con menor frecuencia edema de retina, fluido subretiniano, exudados y hemorragias retinianas y hasta siembras vítreas. 3 pacientes presentaron obstrucciones venosas, un 11% de los melanocitomas muestran crecimiento a lo largo del seguimiento y entre un 1 y un 2% pueden sufrir transformación en melanoma maligno. Los autores recomiendan el seguimiento de estos pacientes mediante fotografía de fondo de ojo y examen oftalmológico cada 1 a 2 años.

### Ptosis after laser in situ keratomileusis

Cheng ACK, Young AL, Law RWK, Lam DSC  
*J Cataract Refract Surg* 2004;30:1572-4

Se han descrito ptosis postoperatorias en pacientes tras cirugía de catarata o de glaucoma. En este estudio se presenta una paciente asiática, con fisura palpebral estrecha y miope magna que desarrolló una ptosis palpebral unilateral tras un procedimiento de LASIK en su ojo izquierdo. El queratomo utilizado fue el Chiron Automated Corneal Shaper (Bausch&Lomb) y debido a la imposibilidad de colocar el anillo de succión se forzó la apertura palpebral con el blefarostato, provocando dolor en la paciente y una ptosis de 2 mm con función máxima del elevador normal que no desapareció en el postoperatorio.

En la discusión los autores analizan las causas de la ptosis y como evitarla: 1. La apertura forzada de la pequeña hendidura palpebral provoca la dehiscencia de la aponeurosis del elevador y la ptosis palpebral. La exposición corneal mejora con un brazo horizontal del blefarostato menor (13 mm) que el utilizado en esta ocasión (17 mm), 2. Es importante la elección de un microqueratomo que facilite el paso del carril por el blefarostato. En el ojo contralateral se utilizó el Hansatome (Bausch&Lomb) sin complica-

ciones 3. Una maniobra que facilita la exposición ocular es la presión del blefarostato hacia abajo antes de forzar su apertura en el plano horizontal, para aumentar la presión retrobulbar y provocar la proptosis del ojo y de esta manera su exposición. 4. En los casos con fisuras palpebrales extremadamente pequeñas conviene valorar otras opciones refractivas como PRK o LASEK. Estos casos abundan más en países asiáticos y no en nuestro medio.

### Cosmetic extraocular implant

Melles G, Ververs B, Van der Linden JW  
*J Cataract Refract Surg* 2004;30:1595-6

Curioso artículo que pretende iniciar una discusión y un debate en la comunidad oftalmológica. Los autores presentan a 5 pacientes, mujeres de una edad media de 31 años a las que se insertó un implante cosmético extraocular (ICE) subconjuntival. Preoperatoriamente se marcó en la conjuntiva la posición deseada del implante. Se realizó un túnel subconjuntival en el área temporal inferior y se insertó el ICE de 3.5 mm de platino y curvo (Jewell-Eye, Hippocratech Inc.) a través de ese túnel sin suturar finalmente la conjuntiva. Durante las dos primeras semanas desaparecieron las hemorragias conjuntivales y la incisión cicatrizó sin problemas. Al mes de la intervención las pacientes tan sólo relataron una leve irritación ocular durante los primeros días, sin otros cambios en su función visual. Todas las pacientes recomendarían el implante a otras personas. Finalmente los autores especulan acerca del riesgo de aparición de infecciones, lesiones a los tejidos circundantes por contacto directo o reacciones de hipersensibilidad, afirmando que en su estudio los ICE están completamente cubiertos por tejido conjuntival, rodeados de tejidos elásticos y blandos y que están fabricados de materiales que son bien tolerados por el cuerpo humano, minimizando los riesgos citados anteriormente.

### Scleral penetrations and perforations in strabismus surgery and associated risk factors

Dang Y, Racu C, Sherwin JI  
*JAAPOS* 2004;8:325-31

Se trata de un estudio prospectivo para identificar la incidencia y los factores de riesgo de las penetraciones y perforaciones esclerales resultantes de la

cirugía de estrabismo realizada por residentes o fellows.

Definen la penetración escleral como el paso del grosor total de esclera con hemorragia retiniana o edema sin agujero y perforación escleral cuando aparece la rotura en retina.

Realizan fondo de ojo en 144 niños y 217 ojos y visualizan 11 penetraciones (5,1%) y 6 perforaciones (2,8%).

Como factores de riesgo identifican:

1. Una edad significativamente inferior en los niños que sufren perforaciones.
2. Las recesiones, y en músculos rectos horizontales.
3. La aguja S-24 Ethicon, Somerville, NJ

### Surgical management of severe cocontraction, globe retraction, and pseudo-ptosis in Duane syndrome

Britt MT, Velez FG, Thacker N, Alcorn D, Foster RS, Rosenbaum AL  
*JAAPOS* 2004;8:362-7

En los últimos meses distintos artículos publicados han abordado el tratamiento del síndrome de Duane. En este artículo proponen la transposición parcial del tendón de ambos rectos verticales aumentando el efecto con suturas de fijación de Foster, y debilitamiento máximo de recto lateral, incluso inactivación, suturando su inserción en la pared orbitaria.

Esta técnica la han practicado en 4 pacientes.

Con la inactivación del recto lateral se consigue mejoría de la cocontracción, de la retracción del globo y de la limitación de la adducción. Con la transposición parcial de los rectos verticales aumentada con la sutura de Foster mejoran la abducción y la esotropía.

### Optic neuropathy: plus/minus

Sharma A, Crompton J, Selva D  
*Surv Ophthalmol* 2004;49:429-35

En el apartado de desafío diagnóstico de este número se presenta un caso clínico de una joven asiática de 26 años con edema de papila, hemorragias, microinfartos retinianos y estrella macular en ambos

ojos, con pérdida visual en un ojo y sin defecto pupilar aferente. Después de realizar pruebas de imagen, punción lumbar, estudio del líquido céfalo-raquídeo, estudio de vasculitis, etc, todas ellas normales, se halla una tensión arterial muy elevada. Se establece el diagnóstico de neuro-retinopatía hipertensiva.

El posterior estudio de la hipertensión revela la existencia de una estenosis de la arteria renal compatible con la enfermedad de Takayasu. El control de la tensión arterial progresivo conduce a la normalización de la función visual y del fondo del ojo.

En el artículo señalan dos aspectos importantes.

- la tensión arterial debe ser estudiada todo paciente con edema de papila bilateral.
- la presencia de un microinfarto retiniano (exudado algodónoso) en un paciente sin antecedentes de enfermedad vascular como diabetes o hipertensión arterial debe ser estudiado, dado las vasculitis o el síndrome de isquemia ocular pueden manifestarse con signos de isquemia de retina.

---

## Postoperative progressive visual loss

Arsava EM, Cikrikci BI, Mocan G, et al.  
*Surv Ophthalmol* 2004;49:509-12

Presentamos otro interesante caso perteneciente al desafío diagnóstico de septiembre, en el que un varón de 61 años de edad consulta por cefalea, náuseas y vómitos. La exploración oftalmológica inicial muestra fondo de ojo normal y agudeza visual conservada.

El estudio neuro-radiológico revela una masa parasagital izquierda que es compatible con meningioma. Tras la exéresis de la lesión se confirma el diagnóstico histológico, sin embargo el paciente experimenta un deterioro visual progresivo profundo y secuencial de ambos ojos hasta percepción luminosa/ cuenta dedos. El examen de fondo de ojo era estrictamente normal.

El estudio de imagen de cráneo posterior a la cirugía no objetiva alteraciones en los nervios ópticos o corteza occipital y muestra trombosis del seno venoso sagital. Se realiza una punción lumbar y estudio del líquido céfalo-raquídeo, hallando una presión muy elevada, 300 mm H<sub>2</sub>O, y células con aspecto "anillo de sello" ricas en mucina. El estudio de resonancia magnética de la órbita muestra engrosamiento de los nervios ópticos y del quiasma. Se establece el diagnóstico de carcinomatosis meníngea.

La revisión del espécimen resecado no revela la presencia de células malignas en su interior. Las investigaciones para hallar el adenocarcinoma primario son negativas, el paciente rechaza más estudios y muere tres meses más tarde sin obtenerse posterior estudio necrópsico.

Los autores recuerdan que la infiltración de las cubiertas meníngeas por células malignas evita que la hipertensión intracraneal se transmita al espacio subaracnoideo perióptico y previene la aparición de papiledema. Subrayan la importancia de no limitar el diagnóstico diferencial de la pérdida visual postquirúrgica a la neuropatía óptica isquémica y recomiendan el estudio del líquido céfalo-raquídeo en todo paciente que experimenta pérdida visual sin un diagnóstico establecido.

---

## Presumed "sulfa allergy" in patients with intracranial hypertension treated with acetazolamide or furosemide: cross-reactivity, myth or reality?

Lee AG, Anderson R, Kardon RH, et al.  
*American Journal of Ophthalmology* 2004;138:114-8

Los autores de este artículo han revisado los historias clínicas desde 1972 hasta 2003 de los pacientes provenientes de University of Iowa Hospitals and Clinics diagnosticados de hipertensión intracraneal y tratados con acetazolamida o furosemida por la hipertensión intracraneal, con el objetivo de determinar si existe reacción cruzada entre estos fármacos en caso de alergia a la sulfamida referida por el propio paciente.

Se valoraron todos los efectos adversos presumiblemente causados por la medicación tanto los predecibles (parestias, fatiga, etc) como los impredecibles, por ejemplo urticaria, eritema cutáneo fijo, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, anafilaxia, etc.

Los resultados mostraron que el 9% de los casos revisados tenía antecedentes de alergia a la sulfamida referida por el mismo paciente. Del total de estos 34 pacientes, el 38% recibieron sólo acetazolamida, el 21% sólo furosemida y el 41% ambos fármacos. Dos pacientes que recibieron la acetazolamida desarrollaron urticaria, y otros quince pacientes refirieron reacciones adversas predecibles.

Las conclusiones son que ningún individuo experimentó reacciones alérgicas cruzadas severas en esta serie de pacientes que referían alergia a la sulfamida y que estas medicaciones pueden ser usadas en la hipertensión intracraneal de manera muy segura.

### **Intravitreal triamcinolone for the treatment of macular edema associated with central retinal vein occlusion**

**IP MS, Gottlieb JL, Kahana A, Scott IU, Altaweel MM, Blodi BA, Gangnon RE, Puliafito CA**  
*Arch Ophthalmol 2004;122:1131-6*

El tratamiento del edema macular secundario a diferentes patologías ha sido ampliamente discutido y presentado en múltiples artículos. Estos autores presentan sus resultados en 13 pacientes consecutivos con oclusión de vena central de la retina, tratados con 4 mg de triamcinolona intravítrea. Demuestran una mejoría significativa de la AV en los casos con oclusión venosa no isquémica. Aunque no así en los casos isquémicos. El grado de edema macular fue valorado con OCT, exploración clínica y la AV. Entre 3 y 6 meses del tratamiento 4 pacientes de los 13 desarrollaron recurrencia del edema macular.

### **Management of macular edema in branch retinal vein occlusion with sheathotomy and recombinant tissue plasminogen activator**

**García-Arumí J, Martínez-Castillo V, Boixadera A, Blasco H, Corcostegui B**  
*Retina 2004;24:530-40*

El tratamiento quirúrgico del edema macular secundario a oclusión venosa de rama ha sido objeto de

estudio desde hace algún tiempo. Estos autores nos presentan sus resultados en 40 casos con el tratamiento quirúrgico de oclusiones venosas de rama mediante disección de la adventicia común, recambio por aire e inyección del r-TPA, estudiando los resultados con tomografía de coherencia óptica y la AV final. Presentan una mejoría de la AV media de 20/100 a 20/40, y 70% mejorando 3 o más líneas de AV.

### **Risk evaluation of outcome of vitreous surgery for proliferative diabetic retinopathy based on vitreous level of vascular endothelial growth factor and angiotensin II**

**Funatsu F, Yamashita H, Noma H, Mimura T, Sakata K, Hori S**  
*Br J Ophthalmol 2004;88:1064-8*

En ocasiones es difícil predecir la evolución postoperatoria que presentará un caso de retinopatía diabética proliferativa. Este interesante artículo demuestra como los niveles intravítreos del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y de angiotensina II pueden ser predictivos de la evolución postoperatoria en los casos de cirugía vitreoretiniana por retinopatía diabética proliferativa. Se calcularon los niveles de VEGF y ang II en las muestras de vítreo tomadas en la cirugía vitreoretiniana.