

Resúmenes de artículos publicados recientemente en otras revistas

M. Morales
X. Corretger
Z. del Campo
S. Muñoz

15-Year outcomes following threshold retinopathy of prematurity. Final results from the multicenter trial of cryotherapy for retinopathy of prematurity.

Cryotherapy for retinopathy of prematurity cooperative group.

Arch Ophthalmol 2005;123:311-8

En este estudio se revisan los resultados visuales, anatómicos y la incidencia de desprendimiento de retina a los 15 años de seguimiento de 254 supervivientes del estudio cryo-ROP.

El resultado anatómico y visual desfavorable sigue siendo significativamente menor en los ojos tratados que en los ojos control ($p < 0.001$).

Entre los 10 y 15 años de vida, aparecen nuevos desgarras en polo posterior y desprendimiento de retina en el 4,5% de ojos tratados y en el 7,7% de ojos no tratados, por lo que precisan seguimiento oftalmológico de por vida.

Encuentran que hay un aumento gradual de resultado anatómico desfavorable y de pronóstico visual desfavorable a lo largo de los 15 años, y que es posible alcanzar agudeza visual de 20/20 en la edad adulta después de haber sufrido una ROP umbral.

One year multicenter, double masked placebo controlled parallel safety and efficacy study of 2% pirenzepine ophthalmic gel in children with myopia.

Tan DT, Lam DS

Ophthalmology 2005;112:84-91

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de la pirenzepina en gel oftálmico para frenar la progresión de la miopía en niños.

Estudios en animales han demostrado que la pirenzepina (antagonista M1) frena el aumento de longitud axial y la miopía en los casos de miopía por privación.

Se trata de un estudio multicéntrico, randomizado, a doble ciego y con grupo placebo, con 353 niños entre 6 y 12 años.

Como resultados encontraron que la pirenzepina disminuye significativamente la progresión de la miopía y la elongación axial, y solamente un niño tuvo como efecto adverso dolor abdominal.

Coronal or swinging eyelid decompression for patients with disfiguring proptosis in Grave's Orbitopathy? Comparison of results in one center.

Sasim IV, de Graf MEL, Berendschot T, Kalmann R, Van Isterdael C, Mourits MP.

Ophthalmology 2005;112(7):1310-5

Estudio retrospectivo no randomizado y que pretende comparar dos abordajes diferentes para realizar la descompresión orbitaria de 3 paredes en pacientes con proptosis desfigurante por Orbitopatía de Graves.

A los 46 pacientes (92 órbitas) del primer grupo se les realizó una descompresión orbitaria bilateral por vía coronal mientras que a los 28 pacientes (47 órbitas) del segundo grupo se les realizó una técnica de descompresión balanceada palpebral (incisión combinada en el canto lateral y fórnix inferior) uni o bilateral. En ambos grupos se realizó la descompresión de las paredes inferior, medial y lateral y se analizaron los siguientes parámetros: reducción de la proptosis, motilidad extraocular, número de intervenciones adicionales, número y tipo de complicaciones, grado de satisfacción de los pacientes, presencia de entumecimiento o disestesias en el campo de la intervención y tiempo de hospitalización.

La reducción media de la proptosis fue similar en los dos grupos si tenemos en cuenta que los valores de exoftalmometría eran superiores en el segundo grupo. El estudio también mostró que las alteraciones en la motilidad extraocular tras la descompresión balanceada palpebral fueron ligeramente menos frecuentes que tras la descompresión por vía coronal. Asimismo el tiempo de hospitalización fue menor en el grupo con descompresión por vía palpebral y otra ventaja añadida es el mejor resultado estético en pacientes con calvicie. Por otra parte los pacientes con abordaje coronal tuvieron menos alteraciones en la sensibilidad que el grupo con abordaje palpebral.

Al valorar los pros y los contras de las dos técnicas, los autores del estudio creen que la descompresión balanceada por vía palpebral es en estos momentos su técnica de elección, mientras que la descompresión por vía coronal puede usarse en casos con severa proptosis bilateral, órbitas a tensión, presencia de tejido cicatricial en la porción inferior de la órbita u otras alteraciones que dificulten el abordaje quirúrgico palpebral.

Orbital invasion by periocular basal cell carcinoma.

Leibovitch I, McNab A, Sullivan T, Davis G, Selva D. *Ophthalmology* 2005;112(4):717-23

Este estudio retrospectivo no comparativo de series de casos muestra las características clínicas y los resultados del tratamiento en una serie grande de pacientes con invasión orbitaria por CCB.

Se revisaron las historias clínicas de 64 pacientes (49 hombres y 15 mujeres) con una edad media de 70 +/-13 años (rango 35-93 años) con CCB periocular confirmados histológicamente y con evidencia radiológica (TC o RMN) o histológica de invasión orbitaria. El 84% de los tumores eran recurrente o con una exéresis previa incompleta; el resto era la primera presentación del tumor. El canto medial fue la localización más frecuente del tumor periocular (56%), seguido del párpado inferior, el canto lateral y el párpado superior. Esta asociación de la invasión orbitaria con los tumores cantales, particularmente del canto medial puede explicarse por la mayor incidencia de recurrencias en esta localización, por las dificultades de realizar una resección completa y por su proximidad anatómica con la órbita. Los signos sugestivos de afectación orbitaria fueron la presencia de una masa con fijación al hueso (36%), la limitación de la motilidad ocular (30%)

y un desplazamiento del globo ocular (18%) mientras que no había signos sugestivos de invasión orbitaria en el 36% de los casos. La mayoría de los pacientes (52%) tenían un patrón histológico infiltrativo seguido del patrón morfeaforme/esclerosante, mientras que menos del 10% eran superficiales o nodulares, menos agresivos. Se detectó invasión perineural en el 19% de tumores, todos ellos con subtipos histológicos agresivos. El tratamiento realizado fue la exenteración aislada en el 56% de pacientes o combinada con radioterapia (19%). Los demás pacientes rechazaron la exenteración o se trataba de ojos únicos o con tumores irsecables con extensión intracraneal, y optaron por tratamientos más conservadores como la exéresis local y la radioterapia aisladas o asociadas. A lo largo de un periodo de seguimiento de 3,6 años se diagnosticaron 3 casos (4,7%) de recurrencia y falleció un paciente por la enfermedad.

Para finalizar, visto lo anterior merece la pena recordar que si bien el CCB periocular es generalmente un tumor superficial y de crecimiento lento, puede en ocasiones dar lugar a una invasión orbitaria con una morbilidad considerable. Por lo tanto se aconseja realizar una exéresis completa con control histológico de los márgenes quirúrgicos en todos los casos, un alto índice de sospecha de invasión orbitaria en casos sin signos clínicos sugestivos de ello y la observación de estos pacientes a largo plazo.

Survival analysis of conjunctival limbal grafts and amniotic membrane transplantation in eyes with total limbal Stem Cell deficiency.

Santos M, Gomes J, Hofling-Lima A, et al. *Am J Ophthalmol* 2005;140:223-30

En los últimos años la membrana amniótica se ha usado en la reconstrucción de la superficie ocular y como sustrato en el cultivo de Stem Cells autólogas o alogénicas.

En este estudio prospectivo, no comparativo, se incluyen 33 ojos de 31 pacientes con insuficiencia total de limbo a los que se practicó trasplante de limbo (10 autólogo y 23 alogénico) y reconstrucción de la superficie ocular con membrana amniótica. Se trata de un procedimiento quirúrgico de práctica habitual pero poco se conoce de los resultados a largo plazo o de los factores que pueden influir en el éxito de la cirugía. Los autores, con el objetivo de establecer factores pronóstico, analizan diferentes variables:

causa de la insuficiencia límbica, síndrome de ojo seco, queratinización, anomalías palpebrales, compatibilidad HLA, inmunosupresión sistémica y queratoplastia asociada. El estudio concluye que el estado preoperatorio de la superficie ocular influye de forma importante en la supervivencia del injerto, el ojo seco quirúrgico parece ser el factor pronóstico con mayor impacto en el éxito de esta cirugía.

Splendore-Hoepli phenomenon in the conjunctiva: immunohistochemical analysis.

Read R, Zhang J, Albini T.
Am J Ophthalmol 2005;140:262-6

Se denomina fenómeno Splendore-Hoepli a un inusual patrón histopatológico caracterizado por la presencia de material eosinófilo amorfo rodeado por histiocitos, células gigantes multinucleadas, linfocitos y eosinófilos, que acontece en diferentes procesos infecciosos, principalmente por parásitos, y no infecciosos, sobre suturas de seda. En este trabajo, tras llevar a cabo un estudio inmunohistoquímico del tejido biopsiado a 2 pacientes con lesiones granulomatosas en la conjuntiva bulbar, se observan 2 patrones morfológicos diferentes de material Splendore-Hoepli. Después de valorar estos hallazgos los autores concluyen que pueden existir variaciones morfológicas en dicho patrón histopatológico según la fase en la que se lleva a cabo la biopsia y según la existencia o no de tratamiento previo con corticosteroides.

Es interesante conocer este fenómeno particular que puede acontecer de forma más frecuente en nuestra área con el incremento de población inmigrante sudafricana.

Giant cell (temporal) arteritis: an overview and update.

Rahman W, Rahman FZ.
Survey Ophthalmology 2005;50:415-28.

Esta revisión contiene los conceptos más recientes sobre etiopatogenia y patogénesis, así como las novedades en cuanto a tratamiento de la arteritis de células gigantes (ACG).

Los avances en el campo de la inmunología y la genética han permitido un mayor conocimiento en su patogénesis. Dada la distribución familiar y geo-

gráfica de la ACG se ha postulado la existencia de predisposición genética en algunos pacientes. Estudios realizados han mostrado mayor prevalencia de los antígenos de histocompatibilidad HLA-DR1, HLA-DR3, HLA-DR4, HLA-DR5, y la expresión del alelo HLA-DRB1 en la mayoría de los individuos afectados.

La activación de los monocitos que infiltran las paredes arteriales con producción de citoquinas, en respuesta a supuestos antígenos, constituiría la fase inicial del proceso que afecta arterias de gran y mediano calibre. Se ha sugerido que una infección sería el factor desencadenante sin haber evidencias concluyentes. En cuanto a la inmunidad humoral, se ha detectado la presencia de diferentes auto-anticuerpos (anti-fibras capa media, anti-células endoteliales) cuyo significado en la patogénesis de la enfermedad no sido dilucidado.

El diagnóstico se basa en los criterios de The American College of Rheumatologists, de los que deben cumplirse 3 ó más de ellos: edad de inicio=50 años, cefalea de nueva aparición, arteria temporal dolorosa o pulso disminuido, elevación de la VSG, y biopsia arterial positiva. Los autores remarcan los fallos en estos criterios diagnósticos, por ejemplo, la forma oculta de ACG, hasta el 38% en algunas series, sólo cursa con afectación ocular sin manifestaciones sistémica. La cefalea no es un síntoma específico de ACG, y hasta un 30% de los casos la VSG puede ser normal o baja.

En cuanto al tratamiento, los corticosteroides siguen siendo el fármaco de elección. Su administración a dosis inadecuadas y su reducción prematura pueden provocar pérdida visual. Por el momento no hay evidencia que altas dosis de esteroides administrados vía intravenosa sean más efectivas en mejorar la visión o evitar el deterioro visual que administrado vía oral (1 mg/kg/día). Sin embargo se recomienda la administración de megadosis intravenosa de metilprednisolona (1 gramo/día/3 días) en aquellos casos que presenten historia de amaurosis fugax, pérdida visual severa o completa en un ojo o incipiente afectación del segundo ojo.

Nuevos tratamientos como infliximab, interleukinas, todavía están siendo evaluados.

Cavernous sinus thrombosis elicited by a central retinal vein venous stasis retinopathy.

Zaninetti M, Stangos AN, Abdo G, et al.
Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2005;243:834-6.

Se presenta un caso clínico de un paciente de 70

años de edad, sin factores de riesgo conocidos, que presentó pérdida visual aguda en un ojo. En el fondo de ojo se observaron alteraciones compatibles con oclusión de la vena central de la retina.

Inicialmente se propuso la hemodilución isovolémica pero la presencia de otras alteraciones oftalmológicas acompañantes como proptosis, retropulsión dura, e ingurgitación venosa episcleral condujeron a la sospecha de fístula carótido-cavernosa o lesión orbitaria.

Las pruebas de imagen practicadas revelaron la presencia de trombosis de seno cavernoso ipsilateral que se resolvió, así como las manifestaciones oftalmológicas, con el tratamiento anticoagulante.

Los autores señalan la importancia de diferenciar la oclusión de la vena central de la retina (OVCR) de la retinopatía venosa por éstasis, estudiar los pacientes que no presentan los factores de riesgo característicos: hipertensión, diabetes, etc.; y antes de practicar la hemodilución descartar las causas que pueden agravarse con este tratamiento, por ejemplo, la fístula carótido-cavernosa.

Are we ready to replace cocaine with apraclonidine in the pharmacologic diagnosis of Horner syndrome?

Kardon R.

J Neuro-Ophthalmol 2005;25:83-5.

A propósito de un artículo sobre la apraclonidina en el diagnóstico de síndrome de Horner en esta publicación, la editorial que firma Kardon subraya algunos detalles a tener en cuenta antes de reemplazar la cocaína.

Las ventajas de menor coste y mayor obtenibilidad de la apraclonidina sobre la cocaína son evidentes. La penetración en cámara anterior de la apraclonidina es muy elevada dado que su objetivo inicial era el tratamiento del glaucoma. Además el efecto de la apraclonidina sobre la pupila patológica es positiva (dilata) produciendo anisocoria inversa, mientras que la cocaína tiene un efecto positivo sobre la pupila sana y nulo sobre la patológica.

Sin embargo, la dilatación de la apraclonidina sobre la pupila patológica se basa en el fenómeno de hipersensibilidad por denervación. El problema consiste en que se desconoce cuánto tiempo debe pasar tras una interrupción de la vía simpática para que se establezca la hipersensibilidad, así como tampoco se conoce si todas las interrupciones de la vía simpática causan hipersensibilidad α -1 en el músculo dilatador del iris.

El autor aconseja estudiar población normal para detectar si aparece el efecto midriático de la apraclonidina y realizar estudios en pacientes con Horner en la edad pediátrica.