

Resúmenes de artículos publicados recientemente en otras revistas

Corneal intraepithelial neoplasia: in vivo confocal microscopic study with histopathologic correlation

Alomar TS, Nubile M, Lowe J, Dua HS. *Am J Ophthalmol.* 2011;151(2):238-47.

Se trata de un trabajo observacional de 4 pacientes con CIN unilateral que fueron evaluados con el microscopio confocal del RCM del HRT II antes, durante y después del tratamiento. En dos casos las muestras corneales se obtuvieron por delaminación alcohólica del epitelio corneal y en los otros dos mediante el estudio de citología de impresión.

Se utilizaron 4 casos control con los mismos exámenes y con etiologías de: 2 casos de insuficiencia límbica, 1 caso de lesión límbica y 1 caso de proliferación queratoconjuntival difusa.

Los hallazgos del análisis morfométrico del confocal se correlacionaron con los hallazgos histológicos.

Los cambios de displasia celular de las diferentes capas epiteliales, las alteraciones nucleares del epitelio basal y la ausencia de nervios en la córnea subbasal se describieron histopatológicamente y se correlacionan con los hallazgos del confocal en casos de CIN. Estas alteraciones desaparecieron con respuesta al tratamiento.

Así se concluye la eficacia de la microscopía confocal como método diagnóstico no invasivo y de seguimiento terapéutico en casos de CIN.

Transcorneal suture fixation of posterior lamellar grafts in eyes with minimal or absent iris-lens diaphragm

Patel AK, Luccarelli S, Ponzin D, Busin M. *Am J Ophthalmol.* 2011;151(3):460-4.

Una complicación tras la realización de DSAEK es la dislocación intraoperatoria y postoperatoria del injerto, sobre todo en los inicios de la curva de aprendizaje. En los pacientes con mínimo o nulo diafragma iridolental el riesgo de dislocación puede ser a la cavidad vítrea.

En este trabajo de 13 de casos con descompensación endotelial e inadecuado diafragma iridolental los autores utilizan la sutura de Prolene 10-0 a través del injerto y así introducirlo en la cámara anterior y anclarlo a la córnea receptora.

En ninguno de los casos hubo dislocación del disco donante intraoperatoriamente, en dos casos se describe desprendimiento del injerto en el postoperatorio que se resolvió con la recolocación. La agudeza visual mejoró en 11 de los 13 pacientes y en 2 se mantuvo igual pero tenían patología ocular concomitante.

La sutura transcorneal del injerto es una maniobra quirúrgica eficiente y eficaz para prevenir, en casos de DSAEK con alteración franca del diafragma iridolental, la dislocación intra y postoperatoria del injerto, así como para facilitar la recolocación en caso de desprendimiento postoperatorio.

Interface blood after descemet stripping automated endothelial keratoplasty

Schmitt AJ, Feilmeier MR, Piccoli FV, Ide T, Yoo SH. *Cornea.* Ahead of Print. 2011:27.

Una complicación tras DSAEK es el bloqueo pupilar por el aire en cámara anterior, una manera de impedirlo es llevar a cabo una iridectomía periférica.

En este trabajo los autores refieren una complicación de sangrado intraoperatorio al realizar la iridectomía. En el control postquirúrgico del día siguiente se evidenció biomicroscópicamente la presencia de células

Z. del Campo
J. Díaz
J. Fernández
M. Morales
J. Tellez

hemáticas retenidas en la interfase corneal con una agudeza visual de 20/400. Con tratamiento tópico de fluormetolona y prednisolona 1% se consiguió aclarar la interfase a los 8 meses de la cirugía obteniendo una agudeza visual máxima corregida de 20/50.

Así, la iridectomía periférica intraoperatoria en casos de DSAEK no es una técnica exenta de riesgos pudiendo provocar retrasos en la recuperación visual. Podría valorarse la realización de iridotomías con láser YAG prequirúrgico para evitar el bloqueo pupilar.

Revised recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy

Marmor MF, Kellner U, Lai TY, Lyons JS, Mieler WF, American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. 2011;118(2):415-22.

Interesante revisión en que se actualizan las recomendaciones realizadas por la Academia Americana de Oftalmología en el año 2002 para el screening de la retinopatía por cloroquina (CQ) e hidroxiclороquina (HCQ). Los autores exponen que en los últimos años se ha detectado que la toxicidad puede ser superior a la previamente aceptada, por lo que abogan por una valoración oftalmológica al momento de iniciar al tratamiento y un screening anual a partir del quinto año, excepto en casos de alto riesgo que pueden precisar controles de forma precoz: nefropatía, hepatopatía, maculopatía, edad avanzada y baja talla (en que puede haber sobredosificación). Asimismo las recomendaciones se extienden a las nuevas técnicas diagnósticas, abogando por el uso del OCT de dominio espectral, el electroretinograma multifocal y la autofluorescencia como herramientas de diagnóstico precoz que tal vez en próximos años puedan desplazar al uso del campo visual 10-2 y al test de colores en la detección precoz de la retinopatía.

Outcomes of birdshot chorioretinopathy treated with an intravitreal sustained-release fluocinolone acetonide-containing device

Rush RB, Goldstein DA, Callanan DG, Meghpara B, Feuer WJ, Davis JL. *Am J Ophthalmol*. 2011;151(4):630-6.

Resultados de un estudio retrospectivo multicéntrico en que se analizan los resultados anatómicos y funcio-

nales en 32 ojos de 22 pacientes con corioretinopatía Birdshot a los que se implantó un dispositivo de liberación retardada de fluocinolona acetónico. En 18 de los 19 pacientes que finalizaron el estudio se consiguió discontinuar el tratamiento inmunosupresor sistémico, con conservación de la agudeza visual, el campo visual y el ERG. Prácticamente todos los pacientes con un seguimiento de 24 meses precisaron tratamiento médico para la hipertensión ocular y más de un 30% precisaron cirugía de glaucoma. El 100% de pacientes presentaron catarata antes de los 2 años. Los autores concluyen que dado que el Birdshot es una enfermedad inflamatoria puramente ocular el implante de fluocinolona, aunque no exento de efectos secundarios, puede ser una buena opción ahorradora de inmunosupresión sistémica.

Correlation of Retrobulbar Volume Change With Resected Orbital Fat Volume and Proptosis Reduction After Fatty Decompression for Graves Ophthalmopathy

Liao SL, Huang SW. *Am J Ophthalmol*. 2011;151:465-9.

La descompresión orbitaria en la orbitopatía tiroidea se puede enfocar hacia la resección de hueso y/o grasa. Concretamente, la descompresión de grasa orbitaria, al preservar las paredes de la órbita, induce una menor tasa de diplopía post-descompresión, consiguiendo una reducción del exoftalmos de entre 3,6 y 5,9 mm. Los autores pretenden correlacionar la cantidad de grasa reseçada, el cambio de volumen retrobulbar y la disminución del exoftalmos.

Se trata de un estudio con 22 pacientes (44 órbitas) con orbitopatía tiroidea inactiva y estable durante más de 6 meses. El exoftalmos medio preoperatorio era de 22 mm y el postoperatorio de 17,9 mm (diferencia de 4,1 mm). Se resecó una media de 4,4 ml de grasa orbitaria. El volumen retrobulbar preoperatorio y calculado mediante TC orbitario era de 21 cc. y, el postoperatorio, de 17,8 cc. (diferencia de 3,2 cc.). Los autores determinan que el cambio de volumen retrobulbar se correlaciona significativamente con la cantidad de grasa reseçada y con la reducción del exoftalmos.

Los resultados arrojan que la descompresión de grasa orbitaria puede reducir el exoftalmos y que a partir de la cantidad de grasa reseçada y los valores de exoftalmos y volumen retrobulbar preoperatorios se

podría estimar la reducción del exoftalmos y el cambio de volumen retrobulbar postoperatorios, dada la alta correlación obtenida entre los diferentes parámetros.

Exposed porous orbital implants treated with simultaneous secondary implant and dermis fat graft

Lee BJ, Lewis CD, Perry JD. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2010;26:273-6.

El riesgo de exposición de los implantes orbitarios porosos es de un 2-10%. La solución pasa por corregir el defecto anatómico de la conjuntiva y el problema asociado de falta de integración fibrovascular del implante, siendo necesario, a veces, el recambio del implante. Los autores describen una técnica en la que usan los músculos rectos anclados sobre el implante como colchón sobre el que colocan un injerto dermograso para tratar el problema de exposición y déficit de conjuntiva, así como el déficit de volumen orbitario en caso de existir.

Durante la cirugía, realizan un desbridamiento de la cara anterior del implante para determinar su integración fibrovascular. En caso de una buena fibrovascularización no recambian el implante orbitario. A continuación suturan los músculos rectos sobre la cara anterior del implante. Obtienen un injerto dermograso de aproximadamente 20x20 mm, el cual colocan sobre los músculos rectos y suturan, finalmente, la conjuntiva a la periferia del injerto dermograso para obtener una epitelización por segunda intención.

Entre los resultados presentan 4 casos con un defecto medio de conjuntiva de 19x20 mm. El implante colocado fue de una media de 20 mm. El injerto dermograso se epitelizó en una media de 1 mes y el seguimiento medio fue de 27 meses. La principal complicación fue la presencia de un granuloma piogénico que se trató de manera tópica con corticoides. El resultado cosmético fue satisfactorio.

Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3+ retinopathy of prematurity

Mintz-Hittner HA, Kennedy KA, Chuang AZ. BEAT-ROP Cooperative Group. *N Engl J Med.* 2011;364:603-15.

En este estudio prospectivo, randomizado y multicéntrico se confirma la eficacia del Bevacizumab para

la retinopatía del prematuro en zona 1, estadio 3+ versus el láser.

Se han incluido 150 prematuros con ROP en zona 1 y zona 2 posterior, con estadio 3+, y se han randomizado a tratamiento con láser o con Bevacizumab en los dos ojos igual. Las recurrencias de la ROP antes de la 54 semana postmenstrual han sido significativamente superiores para el grupo con ROP en zona 1 tratados con láser que los tratados con el anti VEGF. En cambio no hay diferencias significativas para el grupo con ROP en zona 2 (sería necesario un mayor número de pacientes).

No se han detectado efectos secundarios locales ni sistémicos de Bevacizumab, aunque para confirmar ausencia de mortalidad, habría que aplicar el tratamiento a 2800 prematuros.

La aplicación de este anti VEGF evita las secuelas causadas por el láser (pérdida de campo visual), su aplicación es más fácil y rápida, con menos tiempo anestésico, y además se consigue reiniciar la vascularización de la retina (sin pérdida de campo visual).

Por lo tanto es un tratamiento prometedor para, posiblemente en un futuro, aplicar en todas las formas de ROP.

Correlation between peripapillary retinal nerve fiber layer thickness and optic nerve head parameters using spectral domain optical coherence tomography

Mansoori T, et al. *J Glaucoma.* 2010;19(9):604-8

Estudio descriptivo transversal cuyo objetivo consiste en determinar si existe correlación entre el grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) y diferentes parámetros de la cabeza del nervio óptico en sujetos voluntarios sanos utilizando como instrumento de medida tecnología OCT Dominio Espectral (OPKO/OTI Spectral OCT/SLO).

Obtienen una correlación positiva entre el grosor de CFNR medio y por cuadrantes y el área del anillo neuro-retiniano correspondiente. Sin embargo, la correlación resulta negativa para el área de la excavación y los índices excavación/disco horizontal y vertical.

Por otro lado, no se encuentra correlación entre el grosor medio en CFNR peripapilar y el área del disco. En estudios previos similares, los resultados en este

sentido son contradictorios por lo que aún falta por aclarar si realmente las papilas de mayor tamaño tienen un mayor número de fibras o si, simplemente, es un error provocado por el sistema OCT de medida. A tenor de sus resultados, estiman que el diámetro de scan fijo a 3,4 mm del centro papilar sigue siendo válido para estudio de CFNR peripapilar y su valor no se ve modificado en función del tamaño de la papila.

Sería preciso un mayor número de pacientes (N 67) y la extrapolación sólo es posible a población indio-asiática.

Relationship between severity of visual field loss at presentation and rate of visual field progression in glaucoma

Rao HL, et al. *Ophthalmol.* 2011;18(2);249-253

Estudio de cohorte retrospectivo. La edad, la historia familiar de glaucoma, miopía, presión intraocular basal y sexo masculino son factores asociados a mayor tasa de progresión en glaucoma. Este trabajo pretende

determinar la relación entre el daño funcional al diagnóstico y la tasa de progresión glaucomatosa (ROP). Para determinar el daño funcional utilizan el índice DM (Desviación Media, medida en decibelios, en el campímetro Humphrey) y la tasa de progresión utiliza la pérdida del índice VFI anual (GPA-II de Humphrey Visual Field Analyzer).

Encuentran una correlación positiva entre DM y ROP para estadios tempranos ($DM > -6dB$), correlación negativa para estadios avanzados ($DM < -12dB$) y falta de correlación en estadios moderados ($-6dB > DM > -12dB$).

¿Progresan más, desde el punto de vista funcional, los glaucomas tempranos?. No. Probablemente es un error de nuestro sistema de medida. Detectamos más fácilmente cambios en estadios tempranos-moderados que en formas avanzadas.

Es decir, la tasa de progresión aportada por GPA para el análisis de tendencias no es un instrumento fiable en los casos con daño avanzado. Lo mismo ocurre en estos casos con los instrumentos que aportan datos estructurales. Probablemente es más conveniente apoyarnos en el análisis de eventos de GPA para estudiar progresión funcional en nuestros glaucomas avanzados.