

## Resúmenes de artículos publicados recientemente en otras revistas

### Intraestromal corneal ring segments to correct low miopia in eyes with irregular or abnormal topography including forme fruste keratoconus: 4 year follow-up

Güell JL, Morral M, Salinas C, et al. *J Cataract Refract Surg.* 2010;36(7):1149-55.

Trabajo llevado a cabo en IMO (Barcelona) de implante de anillos corneales intraestromales en pacientes miopes demandantes de cirugía refractiva pero con topografía anormal. Trabajo retrospectivo consecutivo intervencionista de serie de casos (39 ojos) de 4 años de seguimiento incluyendo miopías inferiores a 4.50 dioptrías y topografía anormal que excluía la cirugía con láser excimer.

Se evaluó, preoperatoriamente y anualmente tras la cirugía hasta los 4 años postintervención, la agudeza visual sin y con corrección, la predictibilidad y estabilidad de la corrección refractiva y la presencia o no de complicaciones.

No se describen complicaciones intraoperatorias. En los resultados refieren un 82,05% de los casos con  $\pm$  1.00 dioptría de la emetropía y la corrección refractiva corregida en los primeros 6 meses permaneció estable durante los cuatro años. De manera que los autores concluyen la efectividad y seguridad de esta técnica en pacientes con miopía y contraindicación de cirugía de láser.

### Four cases of acanthamoeba keratitis treated with phototherapeutic keratectomy

Kandori M, Inou T, Shimabukuro M, et al. *Cornea.* 2010;30.

Trabajo que me ha parecido interesante a partir del abstract sugiriendo una alternativa terapéutica a una patología corneal grave y con mal pronóstico como es la queratitis por acantamoeba.

Los autores describen la utilidad de la queratectomía fototerapéutica (PTK) en 4 casos de queratitis infecciosa por ameba en estadios incipientes, afectando al tercio superficial del estroma, resistente a la medicación de clorhexidina o biguanida polihexametileno durante 1 semana. Después de la PTK se resolvió la infección en todos los casos desapareciendo los síntomas rápidamente y recuperando la agudeza visual sin astigmatismo irregular.

### Genetics and molecular pathology of Stargardt-like macular degeneration

Vasireddy V, Wong P, Ayyagari R. *Prog Retin Eye Res.* 2010;29(3):191-207. Epub 2010;21. Review.

Interesante revisión sobre una entidad relativamente desconocida e infradiagnosticada, la degeneración macular Stargardt-like (STGD3). Al igual que la degeneración macular de Stargardt (STGD1) suele debutar en las primeras décadas de la vida, aunque la Stargardt-like es un cuadro autosómico dominante a diferencia del STGD1, autosómico recesivo. Los autores analizan la mutación causante del STGD3, en el gen ELOLV4 y presentan una revisión sobre los modelos murinos del STGD3 humano, punto de partida de una futura terapia génica.

El trabajo concluye con la extrapolación de los datos conocidos sobre el STGD3 a la fisiopatogenia de la degeneración macular asociada a la edad. Se trata de un trabajo exhaustivo y con una bibliografía muy completa aunque en ocasiones difícil de seguir para el oftalmólogo clínico.

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

## Incidence of retinal detachment after small-incision, sutureless pars plana vitrectomy compared with conventional 20-gauge vitrectomy in macular hole and epiretinal membrane surgery

Rizzo S, Belting C, Genovesi-Ebert F, di Bartolo E. *Retina*. 2010;30(7):1065-71.

Trabajo que presenta los resultados de un estudio retrospectivo para determinar la incidencia de desprendimiento de retina tras vitrectomía pars plana 20G y microincisional (23 y 25G) indicadas por agujero macular o membrana epiretiniana macular idiopática. Los autores analizan la incidencia de desprendimiento de retina ocurrido en los 6 meses post vitrectomía en 2432 cirugías (570 20G, 282 23G y 1580 25G), encontrando una incidencia de 1,2% en el grupo de 20G y 1,7% en el grupo de cirugía microincisional, diferencia sin significación estadística. El tiempo medio de presentación del DR fue de 49 días (rango 11-173 días). En un alto porcentaje de casos encuentran que el desgarro primario no se encuentra en la localización de las esclerotomías, lo que los autores atribuyen a reapertura de desgarros existentes previamente (punto muy discutible). Las limitaciones de este estudio son inherentes a su diseño, dado el carácter retrospectivo y no aleatorizado del mismo. Se trata pues de un estudio interesante en sus objetivos pero limitado en cuanto a su diseño y conclusiones.

## Aesthetic Lateral Canthoplasty

Taban M, Nakra T, Hwang C, Hoenig JA, Douglas RS, Shorr N, Goldberg RA. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2010;26(3):190-4.

La cantoplastia lateral está indicada ante una pérdida del soporte del canto lateral por factores gravitacionales o mecánicos (laxitud palpebral horizontal, entropión, ectropión, distopia cantal lateral, rejuvenecimiento estético).

La técnica estándar es la operación de tira tarsal lateral, la cual puede presentar algunos inconvenientes: desarticulación de los tendones cantales del párpado superior e inferior (disparidad en la longitud de ambos tendones a la hora de reinsertarlos), malposición de los elementos cutáneos o mucosos, redondeamiento del ángulo cantal, cicatriz visible, formación de

quistes en la zona mucocutánea y compromiso del drenaje linfático.

Los autores proponen una técnica alternativa mínimamente invasiva, respetando la anatomía del canto lateral. Realizan un abordaje por el pliegue cutáneo del párpado superior (lo cual permite combinar la corrección del canto lateral con una blefaroplastia superior), exponiendo el tendón cantal lateral y el reborde orbitario. Tras desinsertar el tendón del periostio, se puede acortar el tarso (si bien de una manera limitada, por lo que esta técnica no sería útil para corregir una gran laxitud horizontal) y reinsertar el canto lateral a nivel del tubérculo de Whitnall. En este caso, los tendones del párpado superior e inferior permanecen unidos en el tendón común, y ambos son tensados conjuntamente, con lo cual no es de esperar una disparidad de longitud entre ambos párpados.

Presentan una serie de 1050 cirugías (806 reconstructivas y 244 cosméticas), con un tiempo de seguimiento medio de 6 meses. Como principales complicaciones describen la quemosis (28 casos), los granulomas de la sutura (8 casos) e infecciones menores, así como un caso de hematoma retrobulbar. Todos mostraban mejoría en la posición del párpado, sin embargo 18 pacientes precisaron una reintervención por malposición recurrente del párpado inferior o deformidad del canto lateral.

## Duration of form deprivation and visual outcome in infants with bilateral congenital cataracts

Jain S, Ashworth J, Biswas S, Lloyd Ch. *J AAPOS*. 2010;14:31-4.

Se trata de un estudio retrospectivo de niños operados de cataratas congénitas densas bilaterales entre los años 1992 y 2000, con el objetivo de definir el periodo de latencia en la privación visual binocular.

Se incluyen 13 niños, con un tiempo mínimo de seguimiento de 5 años, operados a una edad media de 8,7 semanas (rango 3-20), y con un intervalo entre los 2 ojos de 3,8 días (rango 0-7). Después de operar el primer ojo este se ocluía hasta que no se operaba el segundo ojo.

La agudeza visual final media fue de 6/18 (rango 6/5 – 6/36). Encontraron una correlación moderada entre agudeza visual y edad en el momento de la cirugía, pero sin break point cuando se trasladaba a escala logarítmica (probablemente porque el 77% de los ojos fueron operados antes de las 14 semanas de vida).

Se concluye, tal y como se sabía hasta ahora, que la agudeza visual final en la cirugía de catarata congénita densa bilateral decrece exponencialmente a mayor duración de la privación visual.

### Interocular axial length difference as a predictor of postoperative visual acuity after unilateral pediatric cataract extraction with primary IOL implantation

Gochnauer AC, Trivedi RH, Hill EG, Wilson ME. *J AAPOS*. 2010;14:20-4.

La diferencia inter ocular de longitud axial (IALD) es a menudo mayor en los niños con catarata congénita unilateral, básicamente por dos motivos:

- Las cataratas pueden ir asociadas a microftalmía.
- Elongación axial por la privación visual.

El pronóstico visual en la catarata pediátrica depende de varios factores como la edad en el momento de la cirugía, la lateralidad y el cumplimiento en la oclusión. Pero la IALD no había estado contemplada.

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se incluyen 64 pacientes. Se crea un modelo de regresión logística para predecir la probabilidad de mal pronóstico visual basado en la edad en el momento de la cirugía, la IALD y el cumplimiento a la oclusión. Se encuentra un 93% de aumento de probabilidad de tener mala agudeza visual por cada milímetro de aumento de IALD, después de ajustarlo por edad en el momento de la cirugía y cumplimiento de la oclusión.

### Multicentric malignant glioma of adulthood masquerading as optic neuritis

Chacko JG, Lam BY, Adusumili J, Dubovy SR. *Br J Ophthalmol*. 2010;94:782-3.

El glioblastoma o glioma maligno del nervio óptico, es un tumor infrecuente del adulto que puede conducir rápidamente a la amaurosis, y a la muerte por invasión intracraneal. Puede debutar con pérdida visual unilateral que simula un cuadro de neuritis óptica o de neuropatía óptica isquémica. Se presenta un caso clínico y se subrayan los rasgos atípicos que deben hacer sospechar la presencia de otra patología.

Un varón de 48 años consultó por pérdida visual unilateral asociada a los movimientos oculares. La presencia de defecto pupilar aferente, un escotoma central junto con el edema del disco óptico condujo a la sospecha clínica de neuritis óptica. El estudio de imagen inicial reveló la presencia de realce en el nervio óptico afecto, así como en el cuerpo calloso y en el cerebelo. Se administró una megadosis de corticoides pero sólo hubo una discreta mejora visual, y apareció un nuevo deterioro de la visión con el descenso de la pauta de corticoides. Tras múltiples tandas de plasmaféresis y nueva dosis de esteroides la visión se deterioró hasta la no percepción luminosa. En el examen de fondo de ojo se observó una oclusión de la vena central y de hemiarteria retiniana. El segundo estudio de neuroimagen detectó un aumento de las lesiones previas y la extensión de la lesión de la vía óptica a las cintillas. Se practicó una biopsia del nervio óptico ante la falta de diagnóstico y la amaurosis. Se concluyó que el paciente estaba afecto de un glioma multicéntrico.

Los autores subrayan la presencia de rasgos atípicos en este caso clínicos y radiológicos que deben interpretarse como una señal de alerta. La corticoides dependencia y la aparición de fenómenos oclusivos vasculares no son característicos de las neuritis de causa desmielinizante (típicas). Los signos de alerta radiológicos son la progresión de las lesiones y la aparición de nuevos focos.

### Imaging the optic nerve

Becker M, Masterson K, Delavelle J, Viallon M, Vargas MI, Becker CD. *Eur J Radiol*. 2010;74:299-313.

Este artículo revisa los hallazgos neuro-radiológicos de diferentes enfermedades que afectan el nervio óptico y hace énfasis en la correlación clínico-radiológica. En cada apartado se realiza un breve resumen de la presentación clínica de cada neuropatía y los principales hallazgos radiológicos en tomografía computarizada o resonancia magnética. Los procesos que se comentan son las anomalías congénitas, los tumores, las neuropatías ópticas tóxicas y nutricionales, las degenerativas, inflamatorias e infecciosas. También se estudian los procesos compresivos, vasculares, y traumáticos que afectan la vía óptica pre-quiasmática.

Las imágenes corresponden a casos clínicos que ilustran las diferentes causas de neuropatía. Son de extremada calidad y convenientemente informadas para no perderse en el interior de la órbita o la

cavidad craneal. Se recuerda que la rentabilidad diagnóstica de las exploraciones neuro-radiológicas es mucho mayor cuando la información clínica que se proporciona al neuro-radiólogo es detallada, o bien hay una sospecha clínica de localización anatómica.

### **Surgical outcomes of intravitreal bevacizumab and guarded filtration surgery in neovascular glaucoma**

**Fakhraie G, Katz LJ, Prasad A, Eslami Y, Saibour S, Zarei R, Moghimi S. *J Glaucoma*. 2010; 19:212-8.**

Serie de casos prospectiva, no comparativa, intervencionista que estudia la eficacia de Bevacizumab intravitreo (1,25 mg Avastin) previo a la Trabeculectomía con Mitomicina C en el control del glaucoma neovascular (GNV). Son casos de neovascularización del segmento anterior activa debido a la imposibilidad de realizar una ablación retiniana completa. En todos ellos la presión intraocular está muy elevada con medicación hipotensora máxima tolerada (rango 38-75 mmHg) y existen sinequias anteriores periféricas totales o subtotales. Se trata, por tanto, de GNV en estadios III y IV.

La regresión completa de neovasos ocurre en el 87% al cabo de 2 semanas con una única inyección, y en el 100% si añadimos una segunda inyección. No obstante, y como parece lógico, encuentran recidivas de la neovascularización cuando no es posible la ablación retiniana.

Resulta sorprendente que encuentren un 10% con control tensional tras una inyección de Avastin y sin necesidad de cirugía adicional, tratándose de ángulos casi completamente cerrados; ¿cómo conservan suficiente reserva funcional? O bien existe hiposecreción por hipoxia del cuerpo ciliar, o bien el cierre angular no es tan extenso.

En cuanto a la eficacia de la cirugía filtrante, es del 61% a los 6 meses (con o sin medicación). Probablemente es un período de seguimiento corto en ojos con rotura crónica de la barrera hemato-acuosa y alto riesgo de fracaso tardío en la ampolla.

En resumen, Bevacizumab previo a Trabeculectomía con antimetabolitos es una opción quirúrgica válida en el GNV, siempre y cuando tengamos controlado el proceso neovascular. Se recupera así la cirugía filtrante convencional para el tratamiento del GNV (hasta ahora denostada por sus nefastos resultados), gracias a la introducción de los fármacos anti-VEGF.

### **Extension of retracted glaucoma drainage tube using a 22-gauge intravenous catheter in complex pediatric glaucoma**

**Bansal A, Fenerty C. *J Glaucoma*. 2010;19:248-251.**

Descripción de una técnica quirúrgica cuyo objetivo consiste en alargar la porción del tubo en los Dispositivos de Drenaje para Glaucoma (DDG) a través de dos casos de retracción del mismo en glaucoma pediátrico. Para ello precisamos de un catéter intravenoso de 22G (Venflon), material altamente disponible, biocompatible, estéril, económico y al alcance de todos.

La técnica consiste en exponer el tubo retraído; cortar un segmento de Venflon de 4mm; cortar el tubo del DDG y engarzarlo dentro del Venflon en los extremos distal y proximal (diámetro externo del tubo 0,64 mm y diámetro interno del catéter 0,6mm); suturar con nylon 10-0 ambos tubos conjuntos a la esclera en la porción proximal y distal del engarce; reintroducir el tubo dentro del ojo por el túnel original. Comprobar que no exista fuga en ambos extremos.

Se trata de una técnica sencilla, más económica que el extensor del tubo disponible en el mercado y aplicable a otras muchas situaciones en las que precisemos aumentar la longitud del tubo. Por ejemplo, daño inadvertido del tubo durante la cirugía, trimming excesivamente corto...

Por tanto, el conocimiento de esta técnica nos puede evitar el tener que implantar un nuevo DDG, anteriorizar el anclaje del DDG ya existente o utilizar el extensor del tubo comercializado.