

Ausencia de vascularización periférica temporal como consecuencia de retinopatía de la prematuridad

Absence of temporary peripheral vascularization as a consequence of retinopathy of prematurity

M. Rodríguez Sánchez¹, CA. Rodríguez Fernández², J. Català-Mora^{2,3}, J. Díaz-Cascajosa^{3,4}

¹Hospital Universitario de León. ²Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Correspondencia:

María Rodríguez Sánchez

E-mail: mrodriguez7@gmail.com

Palabras clave: Retinopatía de la prematuridad. Vascularización retiniana. Angiografía con fluoresceína.

Keywords: Retinopathy of prematurity. Retinal vascularity. Fluorescein angiography.

Descripción del caso

Se presenta un caso de un varón de 12 años de edad, en seguimiento anual por oftalmología desde nacimiento.

Como antecedentes personales destaca prematuridad de 25 semanas de edad gestacional y peso al nacimiento 860 gramos presentando desprendimiento de retina parcial en ojo derecho (OD) siendo necesario realizar intervención de vitrectomía + endoláser en ese ojo y lesiones vitreoproliferativas en polo posterior del ojo izquierdo (OI) precisando inyección anti-VEGF.

En la biomicroscopía de OD se aprecia queratopatía en banda corneal con presencia de silicona en cámara anterior, y en OI no presenta alteraciones.

En la exploración del fondo de ojo se observa ausencia de vascularización periférica temporal con papila normocoloreada y mácula contrastada.

Se solicita angiografía con fluoresceína (AGF) para valorar isquemia retiniana y sus complicaciones. No existen cambios respecto controles previos.



Figura 1. Angiografía con fluoresceína en ojo izquierdo.

A. ¿Qué hallazgos angiográficos nos sugiere la Figura 1?

- a) Ausencia de vascularización periférica temporal.
- b) Lesiones hiperfluorescentes por efecto pantalla.
- c) Escape difuso en toda la red capilar perifoveal.
- d) Exudación puntiforme en periferia nasal.
- e) Aumento de zona avascular foveal.

B. ¿Qué tratamiento emplearíamos?

- a) Fotocoagulación láser diodo.
- b) Inyección intravítrea con bevacizumab.
- c) Actitud expectante. Próxima revisión anual.
- d) Inyección intravítrea con ranibizumab.
- e) Vitrectomía + endoláser.

A. Respuesta correcta:**a) Ausencia de vascularización periférica temporal.****B. Respuesta correcta:****c) Actitud expectante. Próxima revisión anual.****Conclusión**

La Clasificación Internacional de la Retinopatía de la Prematuridad ICROP-3 clasifica a la retinopatía de la prematuridad (ROP) fundamentalmente según cuatro criterios¹:

- *Estadio del 1 al 5.*
 - Estadio 1: Línea de demarcación.
 - Estadio 2: Cresta.
 - Estadio 3: Proliferación vitreoretiniana.
 - Estadio 4: Desprendimiento de retina parcial.
 - Estadio 5: Desprendimiento de retina total.
- *Situación:* Existen 3 zonas.
- *Extensión:* Se divide la circunferencia en sectores horarios.
- *Enfermedad "plus" (+):* Se llama así a la presencia de dilatación y tortuosidad vascular en el polo posterior en al menos dos arcadas.

Para determinar el tratamiento de la ROP la Academia Americana de Oftalmología (AAO) recomienda apoyarse en el estudio *Early Treatment for Retinopathy of Prematurity (ETROP)*². Actualmente existen distintas posibilidades terapéuticas:

- Fotocoagulación con láser infrarrojo de diodo. Se recomienda en la denominada "*ROP tipo 1*":
 - Cualquier ROP plus en zona I.
 - ROP 3 en zona I sin plus.
 - ROP 2 plus o 3 plus en la zona II.
- Inyección intravítrea de anti-VEGF. Indicada para el tratamiento de ROP 3 plus en zona I.
- Vitrectomía: Indicada en el estadio IV,V y aquellas situaciones que suponen fibrosis retiniana³.

Es necesaria una monitorización adicional de la progresión fibrovascular de la ROP después de tratamientos láser o anti-VEGF⁴, donde la existencia de nuevas tecnologías como la angiografía de campo amplio, capaz de obtener imágenes del fondo de ojo

por encima de 150 grados, es de gran utilidad para valorar la retina periférica y adoptar una correcta actitud terapéutica. La complicación más temida de la ROP es el desprendimiento de retina o pliegues maculares, que puede conducir a graves déficits de visión y ceguera.

En nuestro caso, se trata de un paciente con antecedente de ROP estadio IV en OD, y regresión completa de la ROP en OI. Se realiza AGF por primera vez para valorar isquemia retiniana, así como la formación de neovasos en la retina.

La AGF expone ausencia de vascularización en periferia temporal, sin formación de neovasos ni signos de escape vascular.

Debido a la ausencia de complicaciones actuales, se decide adoptar una actitud expectante y continuar con el control anual del paciente.

En estos casos se recomienda un seguimiento activo de las posibles complicaciones vitreoretinianas a largo plazo en las zonas avasculares con mayor riesgo de desgarros retinianos y alteraciones en la interfase⁵.

Conflictos de interés

No han surgido conflictos de interés.

Financiación

No se ha requerido de ninguna fuente de financiación.

Bibliografía

1. Chiang MF, Quinn GE, Fielder AR, Ostmo SR, Paul Chan RV, Berrocal A, et al. International Classification of Retinopathy of Prematurity, Third Edition. *Ophthalmology*. 2021;128(10):e51–e68.
2. Early Treatment for Retinopathy of Prematurity Cooperative Group. Revised indications for the treatment of Retinopathy of Prematurity: Results of the early treatment for retinopathy of prematurity randomized trial. *Arch Ophthalmol*. 2003;121(12):1684-94.
3. Hartnett ME. Features associated with surgical outcome in patients with stages 4 and 5 retinopathy of prematurity. *Retina*. 2003; 23(3):322-9.
4. Hansen ED, Hartnett ME. A review of treatment for retinopathy of prematurity. *Expert Rev Ophthalmol*. 2019;14(2):73-87.
5. Hamad AE, Moinuddin O, Blair MP, Schechet SA, Shapiro MJ, Quiram PA, et al. Late-Onset Retinal Findings and Complications in Untreated Retinopathy of Prematurity. *Ophthalmol Retina*. 2020;4(6):602-12.