

## Resúmenes comentados

Coordinador:

**Rafel Alcubierre**

*Hospital Moisès Broggi. Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.*

**I. Ayet, A. Filloy, V. Martín, E. Pascual, J. Téllez**

### Spontaneous recovery from amblyopia following fellow eye vision loss: a systematic review and narrative synthesis

**Echavarri-Leet MP, Resnick HH, Bowen DA, Goss D, Bear MF, Gaier ED.**

**J AAPOS. 2024 Aug;28(4):103971.**

**doi: 10.1016/j.jaapos.2024.103971.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39009183/>

A pesar de que el tratamiento de la ambliopía tradicionalmente se limita a la infancia y se considera inútil en adultos, en varios trabajos se ha informado que la recuperación de agudeza visual (AV) espontánea de un ojo ambliope es posible más allá de los 18 años después de la pérdida de visión del ojo contralateral. También existe una base preclínica y de experimentación sólida con animales, pero falta evidencia de apoyo en humanos. Con el objetivo de evaluar la incidencia y magnitud de la recuperación de AV y dilucidar cuáles son las características asociadas a las mayores ganancias los autores han realizado esta revisión sistemática de 24 trabajos con un total de 110 casos de humanos mayores de 18 años con ambliopía de un ojo y pérdida de AV del ojo contralateral. Encontraron que el 59,5% de los pacientes obtuvieron una recuperación de AV  $\geq$  a 2 líneas logMar después de la pérdida de visión del ojo sano y que ésta se produjo en los primeros 12 meses tras esa pérdida. Además encontraron que una menor edad, una peor AV de base del ojo ambliope y una peor visión después de

la lesión del ojo contralateral resultan en mayores ganancias de AV. Esta recuperación se produjo en todos los tipos de ambliopía (asociada a estrabismo o no) y patologías del ojo contralateral (degeneración macular, enucleación, neuropatía óptica isquémica, melanoma uveal, etc.). Estos resultados demuestran que el sistema visual del adulto conserva la capacidad de plasticidad necesaria para la recuperación de la ambliopía y profundizar en este conocimiento nos puede llevar a comprender las claves para poder remontar la ambliopía más allá de la edad pediátrica.

### A modified Nishida procedure for management of myopic strabismus fixus

**Wen Y, Tang S, Shen T, Yan J.**

**J AAPOS. 2024 Aug;28(4):103962.**

**doi: 10.1016/j.jaapos.2024.103962.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38945521/>

El estrabismo fijo miópico (FME) es una forma grave de estrabismo adquirido y de complejo tratamiento vinculado a alta miopía. Se presenta con esotropía e hipotropía y restricciones del movimiento ocular. Aunque los mecanismos precisos no están claros se sugiere que existe un desplazamiento inferior del recto lateral, un desplazamiento nasal del recto superior y una hernia del globo ocular. Las técnicas clásicas de retro-resección no se recomiendan en este tipo de estrabismo debido a la alta tasa de recurrencia y la posibilidad de agravar la hipotropía, por lo que se han pro-

puesto varias técnicas como la transposición, la miopexia en asa o las uniones musculares para normalizar las fuerzas del recto superior y recto lateral. El objetivo de los autores es evaluar los resultados de un procedimiento de Nishida modificado asociado a retroceso del recto medio (Nishida-MRc) y compararlos con el procedimiento de Jensen asociado al retroceso del recto medio (U-MRc). Se trata de una revisión retrospectiva de 45 pacientes con FME con un seguimiento posoperatorio mínimo de 8 meses, donde encuentran que ambas técnicas mejoran la movilidad y la alineación ocular pero también observan un mayor efecto con el procedimiento Nishida-MRc que la U-MRc para el tratamiento del FME. Se describen con detalle y muestran esquemas de las técnicas quirúrgicas.

## 25-gauge versus 27-gauge vitrectomy for management of vitreoretinal diseases: A Large Prospective Randomized Trial

**Benzerroug M, Marchand M, Coisy S, Briend B, Boussion B, Mazit Ch.**

*Retina.* 2024 Jun 1;44(6):991-6.

doi: 10.1097/IAE.0000000000004048.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38237087/>

Los calibres menores de vitrectomía (25 g y 27 g) se están imponiendo en la práctica clínica habitual, aunque las ventajas entre ellos no están bien definidas. Este estudio describe los resultados clínicos de seguridad y rendimiento de la sonda de vitrectomía de corte bidimensional de calibre 27 g frente a una sonda estándar de calibre 25 g. Se ha tratado de un estudio prospectivo aleatorizado sobre cirugías maculares de membrana epirretiniana o agujero macular. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de calibre 27 g o al grupo de calibre 25 g. Las medidas de resultado incluyeron el tiempo de cirugía, los cambios en la MAVC, la presión intraocular y el grosor macular central entre la línea de base y los puntos de seguimiento a 1 mes y a 3 meses. Además, se evaluaron las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, así como la tasa de empleo de suturas en las esclerotomías. Se incluyeron un total de 463 pacientes, de ellos se destinaron 227 pacientes al grupo de calibre 27 g y 236 pacientes al grupo de calibre 25 g. El tiempo total de cirugía fue similar entre ambos grupos ( $P = 0,0911$ ). Se observaron cambios similares en la MAVC y el grosor macular central entre la línea de base y las visitas de seguimiento a 1 mes y a 3 meses. No se reportaron diferencias

significativas en las tasas de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. La tasa de vitrectomía sin suturas fue del 96,5% para el grupo de calibre 27 (G) y del 91,1% para el grupo de calibre 25 (G) ( $p = 0,0170$ ). Los autores concluyen que estos resultados sugieren que la sonda de vitrectomía de calibre 27 g es similar a la sonda de calibre 25 g en tiempo de cirugía y complicaciones, mientras que disminuye la necesidad de suturas en la vitrectomía. Es importante resaltar que se han estudiado solo cirugías maculares, no otras como el desprendimiento de retina con una duración típicamente más alta y en la que se podría haber apreciado un cambio significativo en la duración de la cirugía. Si nos limitamos a los resultados en las cirugías presentadas en este estudio, en un escenario de vida real y sistema de salud público conviene considerar las ventajas relativamente limitadas que ofrece la 27 g en relación a su coste superior.

## Impact of Baseline Morphologic Stage of Rhegmatogenous Retinal Detachment on Postoperative Visual Acuity

**Martins Melo I, Naidu S, Pecaku A, Zajner Ch, Bansal A, Oquendo PL, et al.**

*Ophthalmol Retina.* 2024 Jul;8(7):624-32.

doi: 10.1016/j.oret.2024.01.014.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38242437/>

Este estudio se propone evaluar la asociación de la "etapa morfológica basal" del desprendimiento de retina regmatógeno (DRR) evaluada mediante OCT, con los resultados anatómicos y de agudeza visual (AV) postoperatorios. En forma de un estudio de cohorte retrospectivo, ha estudiado los DRR primarios con fovea desprendida tratados en un mismo centro desde enero de 2012 hasta septiembre de 2022. En estos casos se realizó un OCT basal y se incluyeron los casos con fovea desprendida, sin patología macular previa y en los que la imagen fuera de calidad suficiente. También se evaluó la mejor agudeza visual corregida (MAVC) en el momento de la presentación y a los 3, 6 y 12 meses tras la cirugía. Las exploraciones OCT se clasificaron según la integridad del fotorreceptor a nivel foveal según la clasificación siguiente propuesta en un trabajo anterior: Fase 1: separación de la retina neurosensorial del EPR a la OCT, con capas retinianas externas aún visibles. Fase 2: Engrosamiento de la capa bacilar que involucra los segmentos externos e internos de los fotorreceptores. Fase 3: Corrugaciones retinianas externas de menor (3a) o mayor (3b) frecuencia y amplitud. La fase 4 define cambios estructurales

con borramiento de las corrugaciones, engrosamiento bacilar y aparición de focos hiperreflectivos. La fase 5 implica pérdida de los segmentos de fotorreceptores, primero parcheada y posteriormente completa. Se incluyeron 351 pacientes. El sesenta y ocho por ciento (238/351) eran hombres, la media de edad fue de 61,2 ( $\pm 12,8$ ) años y el 59% (206/351) eran fáquicos. El trece por ciento (47/351) se presentó en las fases 1 y 2, el 15% (54/351) en la fase 3a, el 36% (126/351) en la fase 3b, el 24% (83/351) en la fase 4 y el 12% (41/351) en la fase 5. El aumento de fase se asoció con una peor integridad del fotorreceptor foveal, una MAVC basal reducida y una mayor duración de la pérdida de visión central ( $p < 0,001$ ). La MAVC media a los 12 meses por etapa fue de 0,77 ( $\pm 0,64$ ) para las etapas 1 y 2, 1,00 ( $\pm 0,53$ ) para la etapa 3a, 1,36 ( $\pm 0,55$ ) para la etapa 3b, 1,33 ( $\pm 0,66$ ) para la etapa 4 y 1,55 ( $\pm 0,47$ ) para la etapa 5. El aumento de la etapa se asoció con una MAVC postoperatoria reducida ( $p < 0,001$ ) en todos los puntos de tiempo después de ajustar por covariables. Los autores proponen este estudio como validador de la relevancia clínica de un sistema de clasificación basado en OCT recientemente propuesto en un trabajo anterior. La utilidad pronóstica del mismo, de validarse, resultaría significativa para la práctica clínica.

## Endophthalmitis after Anti-VEGF Intravitreal Injections with Aqueous Chlorhexidine versus Povidone-Iodine as Ocular Antiseptics

**Ton NS, Goncharov V, Zapata I, Adam MK.**

*Ophthalmol Retina.* 2024 Jun;8(6):521-6.

doi: 10.1016/j.oret.2023.12.004.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38122867/>

Este estudio propone comparar las tasas de incidencia y resultados terapéuticos de la endoftalmitis infecciosa después de inyecciones intravítreas (IIV) entre pacientes pretratados con antisepsia con povidona yodada al 5% (PI) y clorhexidina al 0,05% (CHX). Se trata de un estudio de cohorte, comparativo, retrospectivo y de un solo centro que incluyó un total de 8686 pacientes que recibieron un total de 67,695 inyecciones de anti-VEGF desde el 1 de enero de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2021. Utilizando registros electrónicos de historia clínica se compilaron retrospectivamente los pacientes con preparación previa con PI o CHX. También se registró el uso de jeringas de anti-VEGF precargadas versus no precargadas. Se determinó la agudeza visual (AV, logMAR) en el momento de la inyección causante, de la presentación de la

endoftalmitis y del seguimiento a 3 meses. Un total de 13 casos de endoftalmitis ocurrieron entre los 32,802 casos (0,0396%; 1 en 2.523 inyecciones) del grupo de PI, y 9 entre los 34,893 casos (0,0258%; 1 en 3877 inyecciones) del grupo de CHX ( $p = 0,395$ ). Para el grupo de PI hubo 2 casos de endoftalmitis con cultivo positivo (0,0061%, 1 en 16,401), en comparación con 2 casos en el grupo de CHX (0,00573%, 1 en 17,447) ( $p = 1,000$ ). No se observó una diferencia significativa en la AV logMAR promedio de PI y CHX ( $p = 0,3851$ ), al diagnóstico de la endoftalmitis ( $p = 0,7718$ ) ni al seguimiento a los 3 meses ( $p = 0,6152$ ). En las IIV precargadas se detectó una reducción significativa en los casos de endoftalmitis ( $p = 0,0445$ ) así como de los casos con cultivo positivo ( $p = 0,0130$ ). Los autores concluyen que no se encontró una diferencia significativa en la tasa de endoftalmitis o en los resultados visuales entre el grupo de CHX y el grupo de PI. Las jeringas precargadas se asociaron con una reducción significativa en la tasa de endoftalmitis. La CHX es una alternativa habitual a la PI en casos de alergia o intolerancia. Los resultados presentes parecen apoyar su eficacia, y aunque se trata de un estudio monocéntrico, los números manejados aportan fuerza al estudio. La menor tasa de infección en jeringa precargada debería evaluarse cuidadosamente en contexto coste-eficacia.

## Reticular epithelial corneal edema as a novel side-effect of Rho Kinase Inhibitors: An Indian scenario

**Bhargava M, Sen S, Bhambhani V, Paul RS, Dutta C.**

*Indian J Ophthalmol.* 2022 Apr;70(4):1163-70.

doi: 10.4103/ijo.IJO\_2865\_21.

[https://journals.lww.com/ijo/fulltext/2022/04000/reticular\\_epithelial\\_corneal\\_edema\\_as\\_a\\_novel.21.aspx](https://journals.lww.com/ijo/fulltext/2022/04000/reticular_epithelial_corneal_edema_as_a_novel.21.aspx)

Este es uno de los pocos artículos publicados sobre este infrecuente efecto secundario de los colirios inhibidores de la Rho-Kinasa. Es muy interesante conocer que esta complicación puede ocurrir al usar este tipo de colirios, y más teniendo en cuenta que actualmente ya disponemos del primer colirio de netarsudil en combinación con latanoprost aprobado para su uso como colirio hipotensor en nuestro país.

Se trata de un estudio observacional retrospectivo publicado en el *Indian Journal of Ophthalmology* en el año 2022. Se incluyeron 12 ojos de 11 pacientes tratados con inhibidores de la Rho-Kinasa (ROCK-I) netarsudil (0,02%) y ripasudil (0,4%). Los 12 ojos desarro-

llaron edema reticular epitelial corneal (EREC) en panal de abeja al iniciar el tratamiento con ROCK-I. De los 8 ojos en tratamiento con netarsudil, en 7 casos se usó para el control de la presión intraocular, y en 1 caso para el tratamiento de la descompensación corneal endotelial. De los 4 ojos en tratamiento con ripasudil, 2 de ellos iniciaron el tratamiento para el control de la presión intraocular, y 2 de ellos para el tratamiento de la descompensación corneal endotelial. Se vio en todos ellos la aparición de edema reticular delimitado en el epitelio corneal (EREC) con una disposición en panal de abeja, iniciando su aparición en la parte inferior e interpalpebral de la córnea. Inicialmente se presentaba como una rugosidad epitelial que pasaba a formar microquistes epiteliales y que finalmente formaba macroquistes en forma de panal de abeja. Se observó que con netarsudil la media del tiempo de aparición del EREC era inferior que con ripasudil, siendo de 25 días para netarsudil y 82 días para ripasudil. Al interrumpir el tratamiento, el EREC se resolvió por completo en todos los pacientes, siendo el tiempo medio para su resolución de 10 días con netarsudil y de 25 días con ripasudil. Se observaron diferencias en el EREC producido por los dos tipos de ROCK-I. El edema causado por netarsudil afectó a mayores áreas y las bullas eran más grandes desde el inicio, mientras que el edema debido a ripasudil se produjo en áreas más pequeñas y solían ser microbullas que progresaban a macrobullas finalmente.

La causa exacta de esta rara complicación todavía no se conoce, pero parece que afecta de manera más frecuente (aun siendo una complicación muy rara) a pacientes con edema corneal preexistente, según otras series de casos estudiadas. La Rho-kinasa es una proteína que se encarga de modular el citoesqueleto celular, influyendo en la adhesión, morfología y dureza celular. Mediante microscopia confocal se ha visto que las células epiteliales adoptan una morfología espiculada perdiendo su organización estratificada, de esta manera puede ser que en pacientes con edema preexistente este líquido pueda pasar al epitelio y formar este EREC en forma de panal de abeja.

Son necesarios estudios prospectivos a largo plazo para poder entender mejor el mecanismo fisiopatológico, establecer la incidencia y los factores predisponentes de esta rara complicación, pero es muy necesario conocer su existencia para poder tratarla de la manera correcta y diferenciarla de otras posibles patologías como sería el edema microquístico asociado a un aumento de presión intraocular o a una descompensación corneal inicial.

## The Orphan Drug for Acanthamoeba Keratitis (ODAK) Trial: PHMB 0.08% (Polihexanide) and Placebo versus PHMB 0.02% and Propamidine 0.1

**Dart JKG, Papa V, Rama P, Knutsson KA, Ahmad S, Hau S, et al.**

***Ophthalmology*. 2024 Mar;131(3):277-87.  
doi: 10.1016/j.ophtha.2023.09.031.**

[https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420\(23\)00710-8/fulltext](https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(23)00710-8/fulltext)

En este estudio se evalúa la eficacia, seguridad y tolerancia del tratamiento con colirio de polihexanida 0,08% (AKANTIOR® SIFI S.p.A, Italia) en monoterapia, en comparación con el tratamiento combinado de colirio de polihexanida 0,02% + colirio de propaminida 0,1% (BROLENE®, Sanofi-Aventis, UK), hasta ahora el tratamiento con mejores resultados en los diferentes estudios realizados para el tratamiento de la queratitis por Acanthamoeba (AK).

Se trata de un estudio comparativo de fase 3, prospectivo, randomizado y a doble ciego, llevado a cabo en 6 centros europeos (3 en UK, 2 en Italia y 1 en Polonia) entre el año 2017 y el año 2021. Se incluyeron un total de 127 pacientes diagnosticados de AK en cualquier estadio, que se distribuyeron de manera aleatoria 1:1 en 2 grupos de tratamiento: grupo 1 (polihexanida 0,08% + placebo) y grupo 2 (polihexanida 0,02% + propamidina 0,1%). Se realizó un tratamiento de choque con la misma posología en ambos grupos durante los primeros 20 días (tratamiento horario los primeros 5 días, cada 2 horas los siguientes 7 días, cada 3 horas los siguientes 7 días y cada 4 horas los siguientes días hasta completar los primeros 20 días), y luego se mantuvo el tratamiento cada 6 horas hasta constatar la resolución completa del proceso. Se realizaron controles los días 0, 7, 14, 21 y 30 y posteriormente cada 30 días hasta la curación, seguida de otras 2 visitas a los 30 y 90 días tras finalizar el tratamiento. La variable principal del estudio fue la tasa de curación médica (MCR) en 12 meses, y como variables secundarias se incluyó la mejor agudeza visual corregida, la tasa de fallos del tratamiento y la tasa de efectos secundarios.

En cuanto a los resultados se constató una MCR a los 12 meses del 86,7% para el grupo 1 y del 86,6% para el grupo 2. Las variables secundarias también fueron similares para ambos grupos por lo que no se realizó análisis estadístico. No se constataron efectos adversos graves.

El estudio concluye que el tratamiento con polihexanida 0,08% en monoterapia aporta resultados no inferiores en términos de curación a los tratamientos clásicos para la AK, aunque, para poder determinar dicho efecto, sería necesario realizar mayor número de estudios comparativos y en ausencia de interés comercial para poder determinar dicho efecto.

## Does a Healthy Weight Body Mass Index at Onset of Idiopathic Intracranial Hypertension Change the Outcomes? A United Kingdom Prospective Cohort Study

**Thaller M, Homer V, Abbott S, Hazlehurst J, Mollan SP, Sinclair AJ.**

***Neuro-Ophthalmology*. 1-12 (published online 22/4/2024)**

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01658107.2024.2341775>

La hipertensión intracraneal idiopática (HTII) es una entidad patológica que afecta principalmente a mujeres jóvenes con obesidad y puede provocar un deterioro irreversible de la función visual. Las formas atípicas de HTII son aquellas que a pesar de cumplir los criterios diagnósticos de HTII no presentan el fenotípico típico, es decir, afectan a varones o mujeres sin obesidad.

La bibliografía publicada respecto a la presentación y manejo de las formas atípicas es bastante limitada, por lo que este grupo de Birmingham presenta este estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con HTII sin sobrepeso ni obesidad para valorar si las diferencias respecto a la presentación y evolución pueden mejorar el manejo de este subgrupo de pacientes.

En su cohorte de pacientes con HTII, las pacientes con IMC normal (IMC inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>) sólo supusieron el 3,7%. Este subgrupo de pacientes tenía menor presión de apertura del líquido cefalorraquídeo en el momento de diagnóstico de la HTII que las pacientes con sobrepeso u obesidad.

Respecto a los parámetros de función visual, el subgrupo de pacientes con IMC normal presentaba un peor defecto medio del campo visual inicial respecto al subgrupo de pacientes con sobrepeso y obesidad, pero no en el resto de los parámetros visuales valorados (AV y parámetros de OCT). Durante el seguimiento ambos grupos presentaban trayectorias similares respecto a las variables visuales analizadas.

En el estudio también comparaban parámetros de cefalea entre grupos y observaron que basalmente los pacientes con mayor IMC presentaban mayor frecuencia de cefalea y que durante el seguimiento éstos también presentaban mayor severidad de cefalea respecto a los pacientes con IMC normal.

Aunque la fisiopatología de la HTII todavía no es conocida, se sabe que la adiposidad centrípeta está relacionada con el aumento de presión intracraneal (PIC) y que conlleva una serie de complicaciones metabólicas asociadas. Sin embargo, en las HTII con IMC normal, el mecanismo fisiopatológico que se postula no estaría relacionado con la adiposidad. Por este motivo, en este tipo de pacientes puede resultar controvertida la indicación de la pérdida de peso, que es la principal arma terapéutica que ha demostrado eficacia en las pacientes típicas. Esto complica el manejo de este subgrupo de pacientes.

Aunque suponen un porcentaje bajo de pacientes con HTII, los pacientes atípicos suponen un reto en el diagnóstico y manejo de su enfermedad para oftalmólogos y neurólogos. Por eso, conocer las características clínicas y evolutivas de la entidad en este subgrupo de pacientes puede ayudar a mejorar el manejo y el pronóstico.

## Antivirals vs Antivirals and Steroids for Treatment of Herpes Zoster-Related Ophthalmoplegia: A Case Series and Systematic Review

**Sverdlichenko I, Tayeb S, Zaslavsky K, Micieli JA, Margolin EA.**

***Journal of Neuro-Ophthalmology*. 2024;44:380-5.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37307095/>

La infección y posterior reactivación del virus de varicela zóster (VZV) puede afectar a la primera rama del trigémino (V1) y producir el zóster oftálmico que afecta a un 10-30% de los pacientes con zóster. De éstos, entre un 5 y un 31% pueden desarrollar oftalmoplejía, siendo el III nervio craneal (NC) el más frecuentemente afectado.

Clásicamente el zóster oftálmico se ha tratado con antiviricos orales, aunque hay amplia bibliografía sobre el uso de corticoides en combinación con los antiviricos.

Los autores de este artículo presentan una revisión de una serie de casos propia y también revisan la bibliografía respecto a la clínica y manejo de esta entidad.

Diversos mecanismos fisiopatológicos han sido descritos en relación a la aparición de la oftalmoplejía en el zóster oftálmico: mecanismo citotóxico del VVZ sobre los nervios o músculos, inflamación por contigüidad desde V1 a través del seno cavernoso o la fisura orbitaria superior a los NC, microinfartos de los núcleos de los NC oculomotores a nivel del tronco/NC periféricos por vasculitis oclusivas, desmielinización o edema de los tejidos blandos orbitarios que comprimirían a III, IV y VI NC a nivel orbitario.

La mayoría de los pacientes con zóster oftálmico son pacientes mayores (>60 años), con ligera predominancia por el género femenino. Presentan lesiones palpebrales y/o de superficie ocular (conjuntiva y córnea), además de uveítis y afectación escleral/epiescleral.

La oftalmoplejía suele afectar predominante al III NC con afectación pupilar, seguido de VI y IV, y algunos casos pueden presentar oftalmoplejía completa y síndrome de ápex orbitario.

Respecto al tratamiento no se han encontrado diferencias entre los pacientes tratados sólo con antiviricos respecto a los tratados con antiviricos y corticoides en relación con la mejoría de la oftalmoplejía. La mayoría de los pacientes suelen presentar recuperación completa en los primeros 2-3 meses, aunque en algunos puede demorarse hasta los 6 primeros meses y un bajo porcentaje pueden no presentar resolución de la oftalmoplejía. La tendencia en la mayoría de los casos con mayor afectación es tratar con una combinación de antiviricos y corticoides.

La edad y el género femenino podrían resultar factores de buen pronóstico respecto a la recuperación de la oftalmoplejía.

No hay guías ni un consenso a la hora de manejar los pacientes con oftalmoplejía por zóster oftálmico, pero este tipo de revisiones puede ayudarnos a mejorar el manejo de los pocos casos a los que nos podemos enfrentar.

## How far should I manage acute optic neuritis as an ophthalmologist? A United Kingdom perspective

**Laviers H, Petzold A, Braithwaite T.**  
**Eye. 2024;38:2238-45.**

<https://www.nature.com/articles/s41433-024-03164-4#citeas>

Los autores realizan en esta revisión una actualización del diagnóstico y manejo de las neuritis ópticas, en este caso desde la

perspectiva epidemiológica y de organización del sistema público de salud del Reino Unido.

Revisan las características clínicas de presentación de las neuritis ópticas focalizando la atención en los síntomas y signos incluidos en la reciente definición de neuritis óptica realizada por el consenso internacional (ICON) en 2022.

En el artículo también se dan una serie de pautas o recomendaciones respecto al estudio etiológico de las neuritis y realiza un amplio diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden simular una neuritis óptica.

Finalmente, los autores actualizan el manejo actual de las neuritis ópticas partiendo de los resultados del ONTT pero añadiendo los conocimientos actuales respecto a la fisiopatología de las neuritis. En este apartado, resulta interesante la justificación que los autores realizan para recomendar un inicio precoz del tratamiento de las neuritis ópticas. Para ello, utilizan el concepto *time is vision*. Varios estudios han demostrado que la inflamación precede a la desmielinización y a la degeneración axonal en unos 2 días aproximadamente, y que el daño irreversible del citoesqueleto axonal suele aparecer en 5-7 días, por lo que el período crítico de inicio del tratamiento corticoideo en megadosis sería de unas 48 horas. En este apartado, los autores recalcan que una parte muy importante del manejo es el seguimiento sobre todo inicial de la respuesta al tratamiento con megadosis de corticoides y la prevención y detección precoz de las recidivas por parte de neuro-oftalmólogos. Por este motivo, los autores recomiendan un manejo multidisciplinar tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de estos pacientes que pueden presentar entidades patológicas que requieren manejo por parte de otras especialidades médicas.

## Anterior Chamber Angle and Intraocular Pressure Control After Phacoemulsification in Primary Angle Closure With Different Mechanisms

**Woo Keun S, Kyung Rim S, Ko Eun K.**  
**J Glaucoma. 2024 Oct 1;33(10):748-57.**  
**doi: 10.1097/IJG.0000000000002454.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38934849/>

Estudio clínico de cohorte, retrospectivo.

Tiene como objetivo evaluar los cambios en el segmento anterior y ángulo irido-corneal y su asociación con el control de la PIO

después de la facoemulsificación en Enfermedad por Cierre Angular Primaria (PACD), en función de sus diferentes mecanismos etiopatogénicos.

PACD es clasificada en 3 grupos según el mecanismo de cierre angular principal, basándose en las imágenes de OCT de segmento anterior (AS-OCT) preoperatorias: Bloqueo pupilar (PB), Configuración Iris Plateau (PIC) o Vault Cristaliniano Exagerado (ELV). Se incluyeron 85 ojos de 85 pacientes. Se excluyó un cuarto mecanismo, Roll periférico de iris grueso, por N insuficiente para el análisis. Los parámetros de cámara anterior y PIO fueron medidos preoperatoriamente y hasta los 6 meses post-facoemulsificación. Fueron excluidos aquellos pacientes con iridotomía periférica, así como las imágenes AS-OCT no óptimas.

En cuanto a los resultados, todos los subgrupos mostraron un aumento del ángulo y una reducción del Contacto Irido-Trabecular (ITC) tras la faco. El subgrupo PIC presentaba valores preoperatorios más altos en los parámetros angulares y más bajo ITC respecto a los otros dos subgrupos, pero no existen diferencias significativas en ningún parámetro anatómico en el postoperatorio. Cabe destacar una mayor reducción del ITC post-faco en PB y ELV respecto a PIC. Referente al control tensional, este estudio encuentra una reducción de PIO de 4,7 mmHg y 27% respecto al basal, a los 6 meses de la cirugía; resultado en consonancia con trabajos previos similares. Los parámetros anatómicos preoperatorios del ángulo se correlacionan con la reducción de PIO en los subgrupos PB y ELV; sin embargo, son los parámetros postoperatorios los que se correlacionan con la reducción de PIO en PIC. El índice ITC postoperatorio se correlaciona con la fluctuación de PIO sólo en PIC y, por tanto, con el riesgo de progresión

Algunos puntos débiles del estudio son la N relativamente baja, la dificultad para extrapolar los datos a otros grupos étnicos diferentes a los coreanos y la falta de análisis por subgrupos en función del estadio de PACD. Conviene recordar que los parámetros angulares son obtenidos por la media de los valores obtenidos únicamente en los scans de 8 meridianos, salvo los referentes a ITC. El dispositivo SS AS-OCT empleado es CASIA 2 (Tomey, Nagoya, Japan), único con software disponible para valores ITC.

Este trabajo nos puede ayudar a clasificar nuestros pacientes PACD en base a su mecanismo de cierre angular así como conocer los factores predictivos para el control de la PIO y su fluctuación tras la facoemulsificación: parámetros anatómicos preoperatorios en PB y ELV, e ITC postoperatorio en PIC.

## Three-Year Outcomes of the Paul Glaucoma Implant for Treatment of Glaucoma

**Chun Jin Tan M, Wui Ong Ch, Aquino MC, Wanxian Lun K, Cheryl Agnes Sng Ch, Ka Ann Lim D, et al.**

***J Glaucoma.* 2024 Jul 1;33(7):478-85.**

**doi: 10.1097/IJG.0000000000002369.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38506749/>

Serie de casos, retrospectiva.

El implante de Paul (PGI) es un dispositivo de drenaje para glaucoma de reciente aparición cuya principal variación respecto a los dispositivos de flujo libre preexistentes es el menor calibre del diámetro interno del tubo (127 micras). Este trabajo tiene como objetivo establecer la seguridad y eficacia de PGI a largo plazo, 3 años, en práctica clínica habitual. Para ello realizan un análisis retrospectivo de todos los pacientes consecutivos, 48, intervenidos de PGI en un único centro. Se incluyen formas de glaucoma primario y secundario, con y sin cirugía filtrante previa. Los criterios de fallo, éxito absoluto y relativo son los estándares empleados en este tipo de publicaciones.

La principal variable es la tasa de fallo a los 3 años. Globalmente es del 14,7%, siendo la hipertensión la primera causa. Además, el fallo es poco frecuente después del primer año, es más prevalente en casos ya intervenidos y en glaucomas secundarios y disminuye su porcentaje en cirugía combinada con catarata. En cuanto a las tasas de éxito, si el criterio de fallo es PIO >18, 75% para el absoluto y 10,4% para el relativo; si criterio de fallo es PIO >15, tasas del 66,7% y 8,3, respectivamente. Si analizamos PIO, la media a los 36 meses es 14,9 con una reducción del 27% respecto a la basal con tratamiento máximo y el número medio de fármacos hipotensores cae desde 3,13 preoperatorios a 0,16. Por último, la complicación más frecuente es la hipotonía (35%), siendo autolimitada en la mayoría de los casos.

Los resultados del trabajo son prometedores, tanto en seguridad como eficacia. Nos encontramos ante un dispositivo que está modificando los algoritmos de tratamiento quirúrgico de glaucoma. Llama la atención la estabilidad en el control tensional y la baja tasa de fallo tras 6 meses-1 año, así como la reducción drástica en el número de medicaciones.

Algunos puntos débiles a destacar en la publicación son su naturaleza retrospectiva y unicéntrica, N baja, no hace referencia al factor

racial y las limitaciones-sesgos atribuidas a la técnica quirúrgica. En este trabajo, la técnica descrita difiere significativamente de la estándar: no emplea tutor intraluminal ni ligadura externa sino un sistema de restricción de flujo basado en parche de pericardio

y viscoelástico, no aplica antifibróticos sobre la placa, todos los tubos son alojados en la cámara anterior y no se detalla el régimen de tratamiento anti-inflamatorio.