

Resúmenes de artículos publicados recientemente en otras revistas

J. Catalá

Cambios refractivos en pacientes diabéticos durante el control intensivo de la glucemia

Okamoto F, Sone H, Nonoyama T, Hommura S.
Br J Ophthalmol 2000;84:1097-102

Se ha realizado un estudio prospectivo sobre los cambios refractivos que presentan 28 pacientes diabéticos durante la fase de control inicial de su hiperglucemia. Parece que existe una correlación significativa entre la magnitud del cambio hipermetrópico que típicamente desarrollan estos pacientes y los niveles plasmáticos iniciales de glucosa y de hemoglobina A_{1c} así como con la reducción diaria de la glucemia en los primeros 7 días de tratamiento.

Sin embargo no se han encontrado cambios significativos en los parámetros biométricos de la córnea, longitud axial, grosor cristalino y profundidad de la cámara anterior en estos pacientes.

La rápida corrección de la hiperglucemia en pacientes diabéticos está asociada a una hipermetropía transitoria tanto mayor cuanto mayores sean las tasas de reducción de los niveles de glucosa. Esta alteración dura entre 2 y 12 semanas y parece que está relacionada con una reducción de los índices refractivos de los tejidos intraoculares, especialmente el cristalino.

Ante estos pacientes, además de descartar un posible agravamiento de su retinopatía diabética, debemos valorar la presencia posibles cambios refractivos. Por otra parte seremos cautos a la hora de prescribir corrección hasta que se establezca la situación refractiva.

Seguridad de las lentes fáquicas de cámara posterior en la corrección de la alta miopía

Jiménez-Alfaro I, Benítez del Castillo JM, García-Feijó J, Gil de Bernabé JG, Serrano de la Iglesia JM.
Ophthalmology 2001;108:90-9

En este artículo los autores nos presentan un estudio prospectivo en el que evalúan las complicaciones de una de las lentes fáquicas de cámara posterior. Para ellos se hizo un seguimiento de 24 meses a 20 ojos de 10 pacientes intervenidos. Se trata de un procedimiento que ofrece un beneficio clínico muy evidente a corto plazo con muy pocas complicaciones en el postoperatorio inmediato. Sin embargo se observan varios signos como el flare, la pérdida de células endoteliales, la disminución de la transparencia cristalina y el contacto de la lente con iris y cristalino, que sugieren la necesidad de realizar estudios a más largo plazo para evaluar correctamente la seguridad de estas lentes.

Corrección de la alta miopía con implante fáquico fijado en iris (implante Artisan)

Malecaze F, Hulin H, Bierer P.
J Fr Ophthalmol 2000;23:874-83

Aquí tenemos un estudio prospectivo de otro de los conceptos de lente fáquica. En este caso se siguieron 25 ojos durante 24 meses tras el implante de una lente Artisan de 6 mm fijada a iris.

Los resultados nos demuestran una buena predicibilidad y una rápida recuperación visual con resultados refractivos satisfactorios. Sin embargo nos encontramos de nuevo con la necesidad de tiempo: hacen falta estudios de más larga duración para poder evaluar la tolerancia a largo plazo de estos implantes.

A pesar de que este estudio tiene limitaciones evidentes en cuanto al tiempo de seguimiento y los distintos criterios seguidos en cada centro para el diagnóstico de la DMAE es interesante como punto de partida para nuevos estudios con un mayor tiempo de seguimiento.

Dislocación traumática del flap corneal tras LASIK

Melki SA, Talamo JH, Demetriades BA, Jabbur NS, Essepian JP, O'Brien TP, Azar DT.
Ophthalmology 2000;107:2136-9

Siguiendo con la cirugía refractiva pasamos ahora a las técnicas de remodelación corneal. En este artículo se describe una posible complicación del postoperatorio inmediato de un LASIK: la dislocación traumática del flap. Se han observado casos asociados a distintos traumatismos oculares hasta 2 meses después de la intervención. En todos ellos la rápida recolocación del flap (en las primeras 12 horas) permitió unos buenos resultados refractivos en ausencia de complicaciones.

Proliferación de células epiteliales en la cápsula posterior del cristalino del ojo humano

Rakic JM, Galand A, Vrensen GFJM.
Exp Eye Res 2000;71:489-94

Sin dejar la cirugía de la catarata pasamos a abordar uno de los retos de esta cirugía en el siglo XXI: la opacificación de la cápsula posterior. Los investigadores estudiaron la proliferación de las células epiteliales cristalínicas en ojos de cadáver con cápsula posterior opacificada. Tras la extracción de parte de las fibras de la cápsula posterior se produce un aumento importante de la proliferación de las células epiteliales, que parece disminuir con el progresivo aumento en número y diferenciación de las fibras cristalínicas neoformadas.

El tratamiento de la opacificación capsular debe realizarse con el mínimo traumatismo posible para disminuir el pico de actividad proliferativa posterior.

¿Está justificada la cirugía de la catarata en pacientes con DMAE?

Armbrecht Am, Findlay C, Kaushal S, Aspinall P, Hill AR, Dhillon B.
Br J Ophthalmol 2000;84:1343-8

Ésta es una pregunta que muchas veces nos formulamos. Los diferentes estudios realizados hasta ahora ofrecían resultados dispares y no existe consenso alrededor de este tema. Este artículo nos describe un estudio prospectivo multicéntrico realizado en el Reino Unido sobre 187 pacientes seguidos entre 3 y 6 meses en el que se evalúa el efecto de la cirugía de la catarata sobre la DMAE y se compara con la actitud conservadora y con los resultados de la cirugía de catarata en pacientes sin DMAE. Además de los resultados visuales se valoran otros aspectos relacionados con la calidad de vida.

Parece que la cirugía de catarata mejora la función visual y la calidad de vida de los pacientes con DMAE, especialmente en formas leves y moderadas. Los resultados, con un seguimiento ciertamente corto, no demuestran una progresión de la patología macular.

Tratamiento de las hemorragias submaculares con rTPA intravítreo a bajas dosis asociado a la inyección de perfluoropropano

Handswirger BA, Blodi BA, Suresh R, Chandra MD, Olsen TW, Stevens TS.
Arch Ophthalmol 2001;119:28-32

En este estudio retrospectivo sobre 14 pacientes se evalúa la seguridad y la eficacia del tratamiento de las hemorragias submaculares asociadas a DMAE mediante inyección de rTPA a bajas dosis seguida de la inyección de C_3F_8 .

De este modo se consigue un efecto trombolítico y un desplazamiento de la hemorragia submacular. Se trata de una técnica eficaz y segura para el aclarado de las hemorragias maculares aunque en este estudio la agudeza visual final está muy limitada por la enfermedad subyacente.

Análisis del tratamiento del ojo seco con ciclosporina tópica

Kunert, K S, Tisdale AS, Stern ME, Smith JA, Gipson IK.

Arch Ophthalmol 2000;118:1489-96

La introducción de la ciclosporina en el tratamiento del síndrome seco nos ofrece un arma terapéutica de gran interés, especialmente en aquellos cuadros de tipo inmune. Este estudio demuestra que el tratamiento con ciclosporina tópica disminuye significativamente el número de linfocitos activos de la conjuntiva en pacientes con síndrome seco, esté o no asociado a un Sjögren.

La endoqueratoplastia como alternativa a la queratoplastia penetrante en el tratamiento de las enfermedades endoteliales

Busin M, Arffa RC, Sebastián A.

Ophthalmology 2000;107:2077-82

Sin dejar el polo anterior pasamos a comentar este artículo en el que nos presentan una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad endotelial.

Se presentan 6 pacientes con queratopatía bullosa y uno con distrofia de Fuchs en los que el trasplante selectivo de endotelio a cielo abierto ofrece una rápida recuperación visual con astigmatismos residuales inferiores a 4 dioptrías.

Los autores presentan esta técnica como una buena alternativa a la queratoplastia convencional en las alteraciones del endotelio corneal.

Tratamiento de neoplasias intraepiteliales de conjuntiva y córnea mediante 5-fluorouracilo

Yeatts RP, Engelbrecht NE, Curry CH, Ford JG, Walter KA.

Ophthalmology 2000;107:2190-5

En este trabajo los autores nos proponen el tratamiento de estas neoplasias intraepiteliales mediante pulsos de 5-FU tópico administrado cuatro veces al día en ciclos de entre 2 y 4 días. Se establece un tratamiento inicial en 6 ciclos con un intervalo entre ciclos entre 30 y 45 días.

La eficacia y buena tolerancia de este tratamiento observada en los 7 pacientes de este estudio permiten a los autores defender el uso de 5-FU como tratamiento único o combinado con la exéresis quirúrgica de las neoplasias intraepiteliales de superficie ocular.

Importancia del tiempo de difusión en la concentración de mitomicina C en la esclera humana tras su aplicación in vitro

Georgopoulos M, Vass C, El Menyawi I, Radda S, Graninger W, Menapace R.

Exp Eye Res 2000;71:453-7

Para valorar las concentraciones de mitomicina C que se alcanzan en las distintas capas esclerales se diseñó un estudio en el que se obtuvieron cuadrantes de esclera humana de cadáver. Se aplicó una esponja de mitomicina C a cada uno de estos cuadrantes durante 1 minuto. Posteriormente se lavó la esclera con suero salino y se permitió una nueva difusión del fármaco durante 1, 4, 14 y 29 minutos. Se determinaron los niveles de mitomicina C a distintas profundidades de la esclera. Se vio que este fármaco difunde rápidamente alcanzando muy pronto niveles altos en capas próximas al cuerpo ciliar. Vista la rapidez de difusión de la mitomicina C, la única forma de reducir las concentraciones en el cuerpo ciliar sería reducir la dosis de aplicación del fármaco.

Trabeculectomía más mitomicina versus 5 FU

Singh K, Mehta K, Shaikh NM, Tsai JC, Moster MR, Budenz DL and the Primary Trabeculectomy Antimetabolite Study Group.

Ophthalmology 2000;107:2305-9

Sin dejar los antimetabolitos vamos a comentar un ensayo clínico randomizado multicéntrico diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de la combinación de trabeculectomía con mitomicina C o 5 fluorouracilo como primera intervención en ojos sin alto riesgo de fracaso. Se trata de 108 ojos de otros tantos pacientes seguidos durante unos 11 meses.

Aunque la proporción de pacientes que alcanzó la PIO objetivo es mayor en el grupo que recibió mitomicina intraoperatoria, las diferencias no son significativas. Los autores concluyen que el 5 FU y la mitomicina C, combinados con la trabeculectomía,

son igualmente seguros y efectivos en el postoperatorio inmediato y a medio plazo en este grupo de enfermos.

Fototoxicidad retiniana asociada a la endoiluminación durante la vitrectomía

Van den Biesen PR, Berenschot T, Verdaasdonk RM, van Weelden H, van Norren.
Br J Ophthalmol 2000; 84: 1372-5

Este trabajo se basa en la evaluación de la potencia y espectro de las distintas fuentes de iluminación intraocular disponibles en el mercado y su comparación con los criterios de la Comisión Internacional para la Protección contra las Radiaciones No Ionizantes (ICNIRP). Por otra parte se valora la posibilidad de utilizar filtros luminosos y la importancia de la distancia entre la fuente de endoiluminación y la retina.

Los autores concluyen que todas las fuentes actualmente disponibles en el mercado provocan fototoxicidad retiniana y proponen el uso de filtros de 475 nm durante la mayor parte de la cirugía. Por otra parte recomiendan ajustar a 10 mW la potencia de salida de la fibra óptica. Finalmente aconsejan trabajar con una distancia mínima de 10 mm entre la fuente de endoiluminación y la retina.

Fibrinolisis intraarterial en el tratamiento de la oclusión de vena central de la retina

Paques M, Vallée D, Herbreteau D, Aymart A, Santiago PY, Campinchi-Tardy F, Payen J, et al.
Br J Ophthalmol 2000; 84: 1387-91

Se trata de un estudio retrospectivo sobre 26 pacientes diagnosticados de oclusión de vena central de la retina. 9 de ellos combinada la oclusión venosa con una oclusión arterial.

En todos ellos se introdujo un microcatéter por vía temporal hasta la entrada de la arteria oftálmica y se infundieron 30000 UI de urokinasa en 40 minutos. En 6 de estos pacientes se observó una mejoría significativa de la agudeza visual a las 48 horas del tratamiento. Parece que los ojos que combinan una oclusión de la arteria central con una oclusión venosa central son los que más se benefician de este procedimiento.

Extracción de la membrana limitante interna retiniana tras tinción con verde de indocianina

Burk SE, Da Mata AP, Zinder ME, Rosa RH, Foster RA.
Ophthalmology 2000;107:2010-4

Se realizó una vitrectomía a cielo abierto en 11 ojos de cadáver. Se inyectó una solución de verde de indocianina al 0.5 % sobre la mácula y se dejó durante 5 minutos. Posteriormente se aspiró el líquido sobrante y se procedió a la extracción de la MLI mediante maniobras con una aguja curvada y un fórceps intraocular.

La tinción con verde de indocianina permite una mejor visualización de la MLI gracias al contraste con el resto del tejido retiniano, que no se tiñe. Los estudios con microscopía electrónica confirmaron que los especímenes resecados correspondían a la membrana limitante interna retiniana.

Clínica y tratamiento de las epiescleritis y escleritis

Jabs DA, Mudun A, Dunn AJ, Marsh MJ, Marsh MJ.
Ophthalmol 2000; 130: 469-76

Los autores han realizado un estudio retrospectivo con 134 pacientes con inflamación escleral visitados a lo largo de un periodo de 12 años.

La epiescleritis es una entidad que habitualmente se resuelve espontáneamente y pocas veces se asocia a patología sistémica. Las complicaciones en estos pacientes son muy poco frecuentes y el tratamiento propuesto en estos casos son los AINEs tópicos.

Por su parte la escleritis es un proceso más destructivo y severo. Un 50% de los casos presentan patología sistémica asociada.

Hasta 60% de los pacientes presentarán complicaciones oftalmológicas y cerca de un 16% sufrirán una disminución en su agudeza visual debido a la escleritis o a sus complicaciones. La mayoría de los pacientes van a requerir un tratamiento sistémico. El tratamiento de primera línea es la indometacina por vía oral.

Pueden asociarse otros fármacos como los corticoides y la ciclofosfamida en aquellos casos que no responden al tratamiento inicial y que suponen casi un 70% de los pacientes de esta serie.

Comparación del efecto del calor local con el hielo en la blefaroptosis por miastenia gravis ocular

Movaghar M, Slavin ML.

Ophthalmology 2000;107:2209-13

Continuando la polémica desatada en las últimas meses en la literatura oftalmológica anglosajona en torno al test del hielo, nos presentan un estudio observacional sobre cuatro pacientes con miastenia gravis. Se comparan los efectos del test del hielo con el efecto del calor local o el simple descanso sobre la blefaroptosis. En este caso los autores concluyen que no existen diferencias entre los resultados obtenidos con los distintos tests y atribuyen la mejoría de la ptosis a la relajación muscular, que es el punto en común de estas tres pruebas.

Los fármacos inmunosupresores y las enfermedades inflamatorias intraoculares

Jabs DA, Rosenbauen T, Foster CS, Holland GN, Jaffe GJ, S Louie S et al.

Am J Ophthalmol 2000, 130: 492-513

Los corticoides continúan siendo la primera llave del tratamiento de las inflamaciones oculares. Sin embargo algunos factores como la severidad de la inflamación, la aparición de efectos secundarios o la necesidad de dosis excesivas de corticoides obligan a la entrada en escena de los inmunosupresores:

antimetabolitos, agentes alquilantes e inhibidores de los linfocitos T. Estos fármacos pueden presentar efectos secundarios de gravedad por lo que su uso debe individualizarse y monitorizarse para cada caso.

Este artículo ofrece las conclusiones de un grupo de 12 expertos que nos presentan unas guías para el tratamiento, monitorización y seguimiento de distintas enfermedades inflamatorias mediante los inmunosupresores más utilizados en la práctica clínica.

El test del hielo o el test del descanso en el diagnóstico de la miastenia gravis ocular

Kubis KC, Danesh-Meyer HV, Savino PJ, Sergott RC.

Ophthalmology 2000;107:1995-8

Se han comparado los resultados del test del hielo con los de un test de descanso en 10 pacientes con ptosis por miastenia gravis y en 15 pacientes con ptosis no miasténica. En los pacientes miasténicos, la mejoría de la ptosis tras el test del descanso fue de unos 2 mm, en estos mismos pacientes el test del hielo provoca una mejoría de la ptosis en 4,5 mm. Sin embargo, en los pacientes con ptosis no miasténica la ptosis no experimentaba cambios significativos con ninguno de los tests aplicados. Los autores concluyen que el test del hielo mejora la ptosis secundaria a miastenia gravis en parte debido al efecto que produce la relajación del músculo elevador, sin embargo el efecto del hielo es significativamente superior al del simple descanso.