

Sección patrocinada

LÁSER VS INYECCIONES INTRAVÍTREAS en el manejo de la retinopatía diabética



Lihteh Wu, MD - San José, Costa Rica
Private practice at Macula, Vitreo, and Retina
Associates of Costa Rica
lihteh@gmail.com

Nos encontramos sumidos en medio de una epidemia global llamada diabetes mellitus (DM). De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes, en el 2015 había 415 millones de personas en el mundo afectadas por la DM. Para el 2040, esta cifra se estima que aumentará a 642 millones de personas. Todas estas personas están en riesgo de desarrollar una Retinopatía Diabética (RD).

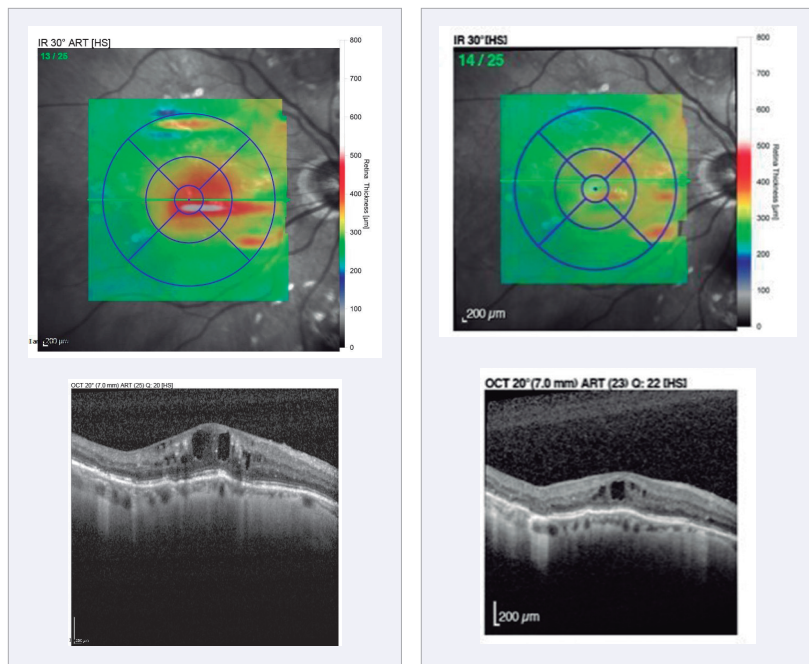
La RD causa ceguera por dos mecanismos principales: el edema macular y las complicaciones relacionadas a la RD proliferativa. El edema macular es causado por la sobre-expresión del factor de crecimiento vascular endotelial (FCVE) y citoquinas inflamatorias. En 1985, el ETDRS reportó que la fotocoagulación macular disminuye la pérdida visual moderada asociada al edema macular diabético. El desarrollo de nuevas terapias farmacológicas hacen que, actualmente, el tratamiento de elección de un edema macular diabético es por medio de inyecciones intravítreas de los inhibidores al FCVE. Aún así, para obtener los mejores resultados, este tratamiento farmacológico debe de combinarse con una fotocoagulación macular en hasta en un 65% de los casos.

El Protocolo T del DRCR net comparó los resultados de ojos con edema macular diabético sometidos a múltiples inyecciones de bevacizumab, ranibizumab y aflibercept. Al cabo del primer año, los ojos tratados con bevacizumab recibieron una media de 9.7 inyecciones, los ojos tratados con ranibizumab 9.4 inyecciones y los ojos tratados con aflibercept recibieron 9.2 inyecciones. En el segundo año, todas las inyecciones se redujeron en un 50% en todos los grupos. A pesar de este número de inyecciones, 40% de los ojos tratados con aflibercept, 50% de los ojos tratados con ranibizumab y dos tercios de los ojos inyectados con bevacizumab seguían con un edema residual y por lo tanto necesitaron tratamiento adicional con fotocoagulación macular.

Una de las grandes desventajas de la fotocoagulación es que causa quemaduras retinianas de espesor completo. En la mácula estas quemaduras pueden expandirse con el tiempo y causar escotomas paracentrales importantes. Hoy, con los avances tecnológicos en los láseres es posible evitar estos efectos colaterales de la fotocoagulación macular convencional con el láser amarillo con tecnología sub-umbral.

BASE LINE

4 MONTHS POST LASER



Mujer de 52 años con DM durante 15 años. Se realizaron 22 inyecciones mensuales de bevacizumab. Tuvo una recurrencia con una caída en la visión a 20/125, una CMT de 447 μm y un volumen total de 8,63 mm^3 . Ella fue tratada con láser subliminal. 3 meses después del láser, el VA había aumentado a 20/60, el CMT fue de 312 μm y el volumen total fue de 8,0 mm^3 .

La introducción de la panfotocoagulación fue uno de los grandes avances en la oftalmología ya que disminuyó considerablemente la ceguera causada por la RD proliferativa. El Protocolo S del DRCR net comparó el uso de ranibizumab intravítreo vs la panfotocoagulación retiniana en ojos con RD proliferativa. Al cabo de 2 años de seguimiento, los ojos aleatorizados al ranibizumab recibieron en promedio 10 inyecciones de ranibizumab. Se concluyó que las inyecciones intravítreas de ranibizumab no fueron inferiores a la panfotocoagulación retiniana con respecto a la agudeza visual obtenida.

Además, reportó que los campos visuales se preservaron mejor, que hubo menos ojos que desarrollaron edema macular diabético y se efectuaron menos vitrectomías con el ranibizumab que con la panfotocoagulación. A pesar de estos resultados prometedores del ranibizumab, consideramos que una de las grandes limitantes de este estudio es que solo hay resultados a 2 años.

No sabemos qué ocurre en los ojos tratados con ranibizumab a largo plazo. Con la

panfotocoagulación retiniana tenemos la experiencia de 4 décadas y sabemos que los resultados son duraderos y permanentes en la gran mayoría de los casos. En ciertos casos se ha documentado la progresión de los desprendimientos traccionales de retina inmediatamente después de la inyección intravítreo de un agente anti-FCVE. Usualmente esto ocurre en ojos con una proliferación neovascular exuberante y donde ya existe un desprendimiento de retina traccional.

El gran temor de tratar la Retinopatía Diabética proliferativa únicamente con agentes farmacológicos es que se requieren múltiples inyecciones para controlar la RD proliferativa. Los pacientes diabéticos muy comúnmente no regresan a las citas y se pierden. Si no se da el tratamiento completo con las inyecciones necesarias es muy posible que estos pacientes regresen con un desprendimiento traccional con pérdida visual irreparable.

En resumen, la fotocoagulación retiniana no ha muerto y sigue siendo muy útil en el manejo de la Retinopatía Diabética proliferativa y el edema macular diabético.