

Dra. Marta Figueroa, Director Médico de la Unidad de Retina y del Área de I+D de Retina de Clínica Baviera, Jefe del Departamento de Retina del Hospital Universitario Ramón y Cajal y profesora de la Universidad de Alcalá de Henares

“Lo esencial es adelantarse, realizar una medicina preventiva y las revisiones necesarias”

DESPRENDIMIENTO DE RETINA, RETINA DIABÉTICA, TRAUMATISMOS OCULARES, CIRUGÍA MACULAR O DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE). MUCHÍSIMAS SON LAS PATOLOGÍAS DE LA RETINA QUE HAY Y CADA UNA POSEE SUS CARACTERÍSTICAS ESPECIALES.



Lo más importante, siempre, es la medicina preventiva. Es el principal mensaje que nos lanza la **Dra. Marta Figueroa**, *director médico de la Unidad de Retina y del Área de I+D de Retina de Clínica Baviera, jefe del Departamento de Retina del Hospital Universitario Ramón y Cajal y profesora de la Universidad de Alcalá de Henares*, cuando le preguntamos por las principales dudas que llegan a consulta sobre patologías de la retina.

Destaca que *"hay una serie de enfermedades que hay que descartar porque son muy prevalentes en ciertas edades"*. Un ejemplo que cita es la degeneración macular asociada a la edad, por encima de 50 años. Por otro lado, recomienda revisiones periódicas a pacientes altos miopes o con miopías a partir de tres dioptrías, para comprobar que no hay lesiones en la retina periférica que puedan necesitar tratamiento con láser y así evitar un desprendimiento de retina, *"porque estos pacientes suelen tener degeneraciones en la retina periférica"*. Aconseja igualmente a pacientes a partir de una edad, o si empiezan con síntomas como ver mosquitas o fogonazos de luz, rápidamente acudir al oftalmólogo para que se les dilate la pupila y se les haga una exploración completa con el objetivo de descartar que no haya ninguna complicación asociada a ese posible desprendimiento del vítreo posterior.

También incide en la importancia de estas revisiones periódicas en pacientes con diabetes tipo 2, a partir del momento del diagnóstico, y con diabetes de tipo 1, a partir de la pubertad. *"Hacer revisiones periódicas para evaluar si existen daños en la retina, poder tratarlos y determinar con qué frecuencia tiene que ser el seguimiento postoperatorio, dependiendo del grado de retinopatía diabética o la ausencia de retinopatía diabética que tengan estos pacientes"*, matiza. Deja claro que *"lo esencial es adelantarse, realizar una medicina preventiva y las revisiones necesarias para la patología que pueda haber de base"*. Sostiene que *"hay muchísimas enfermedades de la retina y cada una tiene sus características especiales"*.

Cuenta que, en general, muchos de los pacientes que acuden a la consulta, no tienen muchas dudas. *"Lo que ocurre es que han notado perder visión, un escotoma central [alteración en el campo de la visión], una metamorfopsia [distorsión de las imágenes]. Es lo que les lleva a ir al oftalmólogo, que remite al retinólogo para evaluar lo que tiene"*, aclara la Dra. Figueroa. Hoy en día, disponemos de muchísimas novedades en el tratamiento de las enfermedades de la retina.

Desprendimiento de retina

Le preguntamos si hay más casos de desprendimiento de retina en los últimos tiempos. Responde que, en principio, no hay más prevalencia del desprendimiento de retina de la que ha habido siempre. Es de uno por cada 10.000 habitantes. *"Es verdad que hay determinados grupos que son más prevalentes"*, admite. Es el caso de las personas que son miopes, donde es más frecuente, y *"la miopía va en ascenso"*. Si se practica deportes de impacto, puede haber un impacto sobre el ojo. Advierte de que asistimos a *"muchos tipos de traumatismos que pueden desencadenar un desprendimiento de retina"*. Desde algo tan raro

como que un niño jugando se clave una flecha en un ojo hasta impactos muy comunes, por pelota de pádel o de tenis. Siempre aconseja a sus pacientes que realizan este tipo de deportes hacerlo con gafas transparentes o con protección ultravioleta oscuras para reducir el riesgo.

Y si aparece la famosa mosca flotante, visitar al oftalmólogo lo antes posible, ya que sería el principal signo de alarma. *"Las miodesopsias, al igual que las fotopsias o fogonazos de luz con los ojos abiertos, sobre todo en la oscuridad, son sugestivas de que algo raro está pasando en la retina"*, avisa. Lo más habitual es un desprendimiento del vítreo posterior, que es un gel dentro del ojo que está normalmente anclado alrededor del nervio óptico y adherido a los vasos en la ora serrata, la parte anterior de la retina. Con la edad o en determinadas circunstancias, como en la miopía, el vítreo se colapsa, se hace más pequeño y se desprende de su anclaje normal. Ese anillo fibroso que estaba insertado alrededor del nervio queda flotando adelante. Son las famosas moscas que se ven. A veces, el desprendimiento vítreo se acompaña de roturas en la retina. *"Aunque ese porcentaje no es tremendamente alto, si lo diagnosticamos en ese momento, podemos aplicar láser y evitar que progrese hacia un desprendimiento de retina"*, afirma. Resume que las miodesopsias y las fotopsias *"pueden conllevar riesgos de desprendimiento de retina"*.

El láser de Argón se utiliza para tratar los desgarros en la retina, rodeando las lesiones y formando una cicatriz permanente que impida el paso al fluido desde dentro de la cavidad vítrea. Esto no ha cambiado mucho a lo largo de los años. Hay distintos aparatos de láser cuya ventaja es que puede tener hasta nueve impactos en la retina de una sola vez. Forman una especie de rejilla que facilita, al ser más rápida, la fotocoagulación. Intraoperatoriamente, la cirugía del desprendimiento de retina sí que ha cambiado. *"Cada vez realizamos cirugía con instru-*

En equipo

¿Cómo debe ser la relación entre los oftalmólogos y los ópticos optometristas? La Dra. Marta Figueroa considera que *"debe ser, como siempre ha sido, cordial y funcionando en equipo"*. Está acostumbrada a trabajar con ópticos optometristas. *"De hecho, cuando los pacientes llegan a la clínica, es su primer contacto. Se encargan de la refracción, de realizar algunas pruebas. Después, el paciente pasa con el oftalmólogo para el diagnóstico de la patología que pueda presentar y la indicación del tratamiento que precise"*, declara. Insiste en que la colaboración es esencial, no solamente a nivel asistencial, sino también a nivel de investigación. En Clínica Baviera, tienen diez proyectos de I+D en retina y la persona que coordina con ella el área de I+D de Retina, es optometrista. Alega que las funciones que cada uno realiza están perfectamente claras, son muy compatibles y redundan en una mejor calidad de atención a los pacientes, si se trabaja en equipo.

mentos de menor calibre, de 23, 25 o incluso 27 G", indica. Para hacerse una idea, 25 G es menor que medio milímetro de grosor. Son instrumentos muy finos, lo que permite que la mayor parte de las cirugías no requiera sutura. De esta manera, la incomodidad posoperatoria del paciente es mínima. También la irritación posoperatoria es menor. Además, se puede trabajar de forma más segura sobre retinas móviles. Igualmente, en muchísimas cirugías de desprendimiento de retina ya no se utilizan bandas, que antes eran rutinarias y ahora son excepcionales. Esta patología se aborda en la mayor parte de los centros de España, con lo cual hay mucha experiencia y la tasa de éxito con una sola intervención es altísima. El láser precoz ha conseguido que los desgarros se puedan controlar mucho más en la consulta y que tengan que llegar menos al quirófano. El gran inconveniente sigue siendo el posicionamiento posoperatorio de los pacientes. Espera que dentro de poco haya avances en este sentido, puesto que algunos proyectos hay al respecto en investigación.

DMAE

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad visual que constituye la principal causa de ceguera legal y de baja visión en España y en países desarrollados en pacientes con edad superior a 50 años. Su prevalencia se va incrementando con la edad de los pacientes, alcanzando más o menos un 20% en los que superan los 70 años. *"Los síntomas, por desgracia, en las fases iniciales de enfermedad, ninguno. Por eso, la medicina preventiva es tan trascendental. Una paciente a partir de los 50 años debe hacer una revisión anual, más o menos, o cada dos años si su ojo está sano para ver que no aparecen este tipo de lesiones u otras como el glaucoma"*, reflexiona la Dra. Figueroa. En fases iniciales, sólo se producen lesiones llamadas drusas maculares, que son depósitos que se acumulan debajo de la retina.

"Pueden quedarse estables, sin progresión, o pueden evolucionar a dos formas avanzadas de la enfermedad, hacia la degeneración macular asociada a la edad atrófica, con placas de atrofia retiniana, o hacia la forma neovascular o exudativa, que se caracteriza por la aparición de vasos anormales, de neovasos que crecen debajo de la retina a distintos niveles y que producen el acúmulo de líquido y a veces de sangre debajo de la retina, limitando la visión", informa. Los síntomas son todos los de una maculopatía; pérdida de agudeza visual, visión borrosa, escotoma central o metamorfopsia, distorsión de las imágenes. Toda la patología macular, no sólo la DMAE, sino otras como los agujeros de la mácula o las membranas epirretinianas, presentan este síndrome macular.

Una vez más, *"el diagnóstico precoz es primordial, porque en el presente estamos empezando a tener tratamientos muy útiles"*. La forma exudativa, desde hace ya muchos años, se trata con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos, *"buscando cada vez fármacos que duren más para intentar reducir la frecuencia de las inyecciones y de las visitas"*. En la atrófica por ahora en España no hay ningún tratamiento aprobado. En Estados Unidos ya se ha aprobado uno para utilizarlo mediante inyecciones

intravítreas en esta enfermedad. *"Estamos haciendo muchos proyectos de investigación en este campo con nuevos tratamientos que son realmente muy interesantes"*, manifiesta.

Comentamos con la doctora proyectos de investigación. *"Llevamos muchísimos años tratando con inyecciones intravítreas. El problema es que los fármacos que tenemos no tienen una duración muy larga y hay muchos pacientes que requieren inyecciones frecuentes"*, explica. Actualmente, se está trabajando en dos áreas de investigación. Una es *"fármacos que duren más"*. Prevé que dentro de poco habrá más en nuestro país ya aprobados para su uso. Con lo cual, el intervalo entre las inyecciones y las visitas se alargará. Asimismo, también se está trabajando sobre sistemas de liberación gradual de fármacos.

Otro proyecto muy novedoso en el que va a participar en Clínica Baviera es en el tratamiento de la terapia génica para la DMAE exudativa. En la atrófica o seca, llevan varios años trabajando en terapia génica. Están es dos ensayos clínicos, en fase reclutamiento de pacientes y no se han analizado todavía datos, pero con casos *"muy sorprendentes"*. El objetivo de estas terapias es intentar que no haya progresión de la enfermedad y que no se pierda más visión. Es posible que pronto empiecen un estudio sobre terapia génica en la retinopatía diabética, en el edema macular. *"La terapia génica es un tratamiento muy novedoso que busca que, con un único tratamiento, se consiga detener la progresión de la enfermedad"*, subraya. En la DMAE atrófica, el tratamiento consiste en inyectar, en la cavidad vítrea o debajo de la retina, virus que llevan la carga genética que se quiere transferir a las células de la retina para corregir la mutación genética que padecen.

En la DMAE exudativa, la terapia génica tiene como objetivo conseguir que el ojo produzca lo que ahora estamos inyectando como tratamiento, los angiogénicos. El ojo se convertiría así en una *"biofábrica"*.

Retinopatía diabética

Para la retinopatía diabética, de nuevo la prevención es esencial. La forma de prevenir es un buen control metabólico, *"que no sólo es un buen control de la glucemia"*. Hay otros factores que influyen en la progresión de la retina diabética, como la tensión arterial. Se aconseja que los pacientes no alcancen 140 de tensión arterial sistólica y 90 milímetros de mercurio de diastólica. También está el control de la dislipemia, de la alteración del colesterol y de las grasas, que es típica en los pacientes con diabetes. Si se descabala cualquiera de ellas, *"la retinopatía diabética puede progresar"*.

Por ende, es básico un control periódico. Dependiendo del tipo de diabetes, de la edad del paciente y de las lesiones que presenta en el momento en el que se realiza la primera exploración por parte del oftalmólogo; se determinará la frecuencia de visitas. Un paciente con edema macular diabético sin una afectación central, a lo mejor se revisará cada tres o cuatro meses. Un paciente con la diabetes de tipo 2 que no muestra ningún tipo de lesión en la retina, que está bien controlado, se puede hacer una revisión cada año. En definitiva, depende de la situación de la retina, de su situación general y del tipo de diabetes. ■