

Papilopatía diabética: Revisión

Diabetic papillopathy: Review

REÑONES J¹, RUIZ A¹, CABRERA F¹, DE ASTICA C¹, HERMAN E¹, LOBOS C¹,
CARDONA P¹

RESUMEN

Objetivo: Realizar una revisión acerca de la papilopatía diabética, una entidad infradiagnosticada que en ocasiones se confunde con la retinopatía diabética sin estar necesariamente asociada a ésta. Prestamos especial atención a su diagnóstico diferencial y a las recientes actualizaciones en su tratamiento con fármacos anti-VEGF.

Método: Búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con papilopatía diabética, edema de papila, neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) y fármacos anti factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF).

Resultados: En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de la papilopatía diabética, estableciéndose factores de riesgo y tratamientos que pueden resultar beneficiosos en determinadas situaciones. Sin embargo su etiopatogenia y su relación con la NOIA son aun motivo de controversia.

Conclusiones: La papilopatía diabética es una entidad infrecuente que se da en diabéticos de tipo 1 y 2. Se caracteriza por un edema de papila uni o bilateral con escasa afectación de la agudeza visual y tendencia hacia la resolución espontánea. Los casos en que se asocia a edema macular suelen presentar una disminución de agudeza visual más acusada y tienen peor pronóstico visual, pudiendo beneficiarse del tratamiento con inyecciones intravítreas de anti-VEGF.

Palabras clave: Papilopatía diabética, edema de papila, anti-VEGF, neuropatía óptica isquémica anterior.

SUMMARY

Purpose: To carry out a review about the diabetic papillopathy, an underdiagnosed entity that is sometimes mistaken with diabetic retinopathy without being necessarily associated with it. Special attention has been paid to its differential diagnosis and the recent updates regarding its treatment with anti-VEGF drugs.

Method: Bibliographic research of articles related to diabetic papillopathy, optic disc edema, anterior ischemic optic neuropathy (AION) and anti vascular endothelial growth factor (VEGF) drugs.

Results: Important advances have been recently achieved concerning the knowledge of diabetic papillopathy, setting up risk factors and effective treatments that can be useful in some cases. However, its etiopathogenesis and its association with the AION are still controversial issues.

Conclusion: The diabetic papillopathy is an uncommon condition which appears in type 1 and type 2 diabetic patients. It is characterized by a unilateral or bilateral optic disc swelling with slight visual acuity impairment and a trend towards auto-resolution. Cases associated with macular edema often show a more remarkable visual acuity decrease and have a worse visual prognosis; these cases could be treated with intravitreal anti-VEGF injections.

Key words: Diabetic papillopathy, papilledema, anti-VEGF, anterior ischemic optic neuropathy.

¹ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. Servicio de Oftalmología.

INTRODUCCIÓN

La papilopatía diabética es una patología infrecuente que se define por la aparición de edema de papila y una disminución de agudeza visual, en general leve, en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 ó 2. Suelen aparecer telangiectasias papilares que no deben confundirse con neovasos típicos de la retinopatía diabética proliferativa; de hecho la papilopatía diabética puede presentarse en ausencia de retinopatía diabética. Su fisiopatología aún es incierta; podría estar relacionada con la neuropatía óptica isquémica anterior. Se han identificado varios factores de riesgo, como la rápida mejora del control glucémico y la llamada «papila de riesgo» (discos pequeños con excavación mínima). Se trata de un diagnóstico de exclusión, tras descartar otras causas de edema de papila.

El pronóstico es generalmente bueno. El edema de papila suele ceder en 3-4 meses, con escasas secuelas visuales y sin precisar tratamiento. Sin embargo en algunos casos la afectación visual es mayor, especialmente cuando se asocia edema macular; en estas situaciones el paciente se puede beneficiar del tratamiento con inyecciones intravítreas de corticoides o anti-VEGF. Estas terapias aceleran la resolución del cuadro y podrían mejorar el pronóstico visual final.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos relacionados con papilopatía diabética, edema de papila, neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) y fármacos anti factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF).

DISCUSIÓN

La papilopatía diabética es una patología infrecuente caracterizada por la aparición de edema de papila, bilateral en el 50% de los casos (1), y disminución de agudeza visual que suele ser leve y reversible (2). En ocasiones se asocia a retinopatía diabética o edema macular, lo cual suele implicar mayor pérdida de visión. Los signos de disfunción del nervio óptico son escasos (2,3), no siendo frecuentes el defecto pupilar aferente (4,5) ni la alteración de la visión cromática (5).

Su prevalencia estimada es del 1,4% entre los pacientes diabéticos (1). Aunque al describirla por primera vez Lubow y Mackley en 1971 la consideraban una enfermedad típica de jóvenes con diabetes tipo 1, hoy sabemos que también afecta a pacientes de mayor edad con diabetes tipo 2 (3,6). Se desconoce el mecanismo fisiopatológico que desencadena este edema de papila. Las dos teorías más aceptadas son, en primer lugar, la que postula que existe una disfunción capilar transitoria que produce isquemia secundaria (2-5), y en segundo lugar, la que establece una alteración del flujo axoplásmico en el seno del nervio óptico como base del edema (2,7,8). Existe gran controversia en torno a la relación entre la papilopatía diabética y la neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) (3). Algunos autores sostienen que se trata de una forma leve de NOIA, dado que comparten ciertas características como la frecuente bilateralidad y las telangiectasias papilares. Otros inciden en las diferencias existentes entre ambas entidades (3), como son la medida en que se afecta la función del nervio óptico (mucho mayor en la NOIA), el pronóstico visual (considerablemente mejor en la papilopatía diabética), y las secuelas morfológicas del disco óptico (palidez e incluso aumento de la excavación en la NOIA). Por el contrario, existe consenso a la hora de distinguir la papilopatía diabética y la retinopatía diabética como entidades diferenciadas, no considerándose a la primera como una extensión de la última (2,8).

Se han establecido varios factores de riesgo en la papilopatía diabética. Unos de los éstos es la llamada «papila de riesgo» (2,3,8,9), que se define por un tamaño papilar pequeño y una relación excavación/disco mínima o nula. Ésta es otra de las características que comparten la papilopatía diabética y la NOIA. Otro de los factores predisponentes es la rápida mejora del control glucémico (7-9), que según algunos autores puede desencadenar la papilopatía diabética. Estos estudios recomiendan que se programe el descenso de la HbA1c a una velocidad moderada en pacientes con «papilas de riesgo» y no de modo brusco, para disminuir así el riesgo de papilopatía diabética (8).

En el fondo de ojo se observa una papila hiperémica con un edema que puede variar desde las formas más leves (fig. 1) a las más floridas, con hemorragias en llama peripapila-

res (fig. 2), exudados, edema macular quístico e incluso imágenes de estrella macular (3,8). Son habituales las telangiectasias papilares, vasos dilatados y orientados radialmente sobre la superficie del disco óptico (3,4), similares a las que pueden aparecer en la neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) (2). Deben distinguirse de los neovasos típicos de la retinopatía diabética proliferativa (fig. 3), que se disponen de modo menos ordenado y se proyectan hacia el interior de la cavidad vítrea (5). Estos vasos telangiectásicos regresan durante el curso natural de la papilopatía diabética.

En los casos en los que se afecta el campo visual la alteración más común es el aumento de la mancha ciega, aunque también pueden presentarse defectos arqueados (2). En cualquier caso las alteraciones campimétricas se resuelven sin dejar defectos residuales (3). La angiografía fluoresceínica muestra hiperfluorescencia papilar temprana y prominente fuga de contraste en fases tardías (3,4). Asimismo resulta útil a la hora de diferenciar las telangiectasias de los neovasos papilares, dado que estos últimos permiten el escape del colorante desde tiempos precoces. La angiografía con verde de indocianina no parece aportar información útil en esta patología (5).

El diagnóstico es de exclusión, tras realizar un amplio diagnóstico diferencial y descartar las demás causas de edema de papila (2-4). Se deben tener en cuenta la hipertensión intracraneal, la neuropatía óptica isquémica anterior tanto arterítica como no arterítica, enfermedades inflamatorias como la sarcoidosis, infecciosas como la enfermedad de Lyme y la infiltración tumoral del nervio óptico (4,10). Es imprescindible realizar pruebas de neuroimagen (TC y RM craneal), punción lumbar, analíticas sanguíneas, tomas de presión arterial, además de palpación de arterias temporales y anamnesis dirigida (claudicación mandibular, cefalea, pérdida de peso, etc.) (2,3,5,10).

El pronóstico es generalmente bueno, desapareciendo tanto el edema de papila como las telangiectasias de la superficie papilar (2). La agudeza visual mejora hasta incluso alcanzar los niveles previos y el campo visual se normaliza (2). El plazo en que se produce esta mejoría ronda los 3 -4 meses (1). Suele resolverse sin dejar palidez papilar (3,5). A pesar de su carácter benigno es conveniente realizar un estrecho seguimiento de estos pacientes ya que un estudio demostró que el 12% desarro-

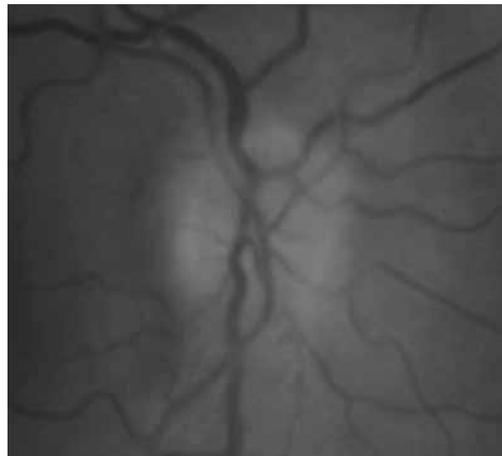


Fig. 1.

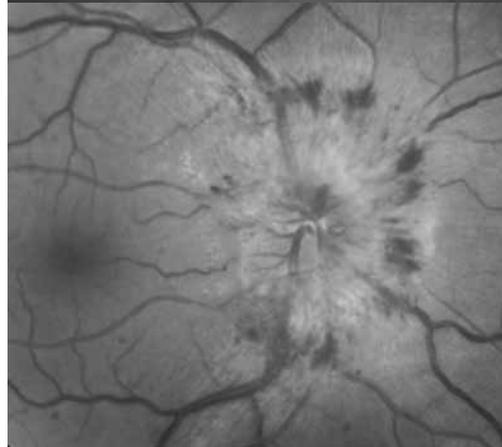


Fig. 2.

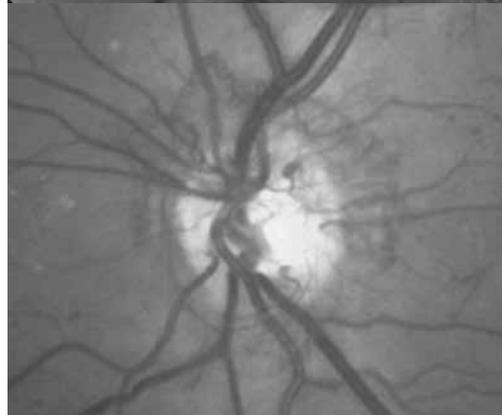


Fig. 3.

llan retinopatía diabética proliferativa en los dos años siguientes (2). Esto significa que aunque la papilopatía diabética no implique la coexistencia de retinopatía diabética, sí aumenta el riesgo de desarrollarla o de que ésta evolucione con mayor rapidez (11).

La mayoría de los casos se resuelven por completo sin precisar tratamiento. Sin embargo en algunos pacientes la pérdida de visión es mayor y hasta en el 15% la agudeza visual

final es menor de 0,4 (2). Suelen ser éstos los casos en los que se encuentra edema macular asociado con signos de retinopatía diabética. Varios autores han utilizado en estas situaciones el tratamiento con inyecciones intravítreas de corticoides o anti-VEGF (1,4,7,9,12). En todos los casos revisados resultaron eficaces, acelerando la resolución del cuadro y logrando una buena agudeza visual final, que no siempre mostraba el ojo contralateral también afectado y no tratado con dichas inyecciones (4,9). Por esta razón se sugiere que estos fármacos podrían no solo acortar la duración de la enfermedad (1,9) sino también mejorar el pronóstico visual final (9). Los casos publicados fueron tratados con una sola inyección, no siendo necesario en ninguno de los pacientes recurrir a nuevas dosis dado que la resolución fue total y no se produjeron recidivas (1,4,9). El hecho de que se produzca una respuesta favorable utilizando anti-VEGF parece indicar que existe un aumento en la permeabilidad vascular como base del edema de papila (1,4). Del mismo modo, la respuesta a corticoides podría indicar que existen factores inflamatorios implicados en la etiopatogenia de esta enfermedad (1). El número de casos publicados haciendo referencia a este tipo de tratamientos en el contexto de la papilopatía diabética es escaso, por lo que aún no se pueden establecer indicaciones claras al respecto. Sin embargo los resultados son esperanzadores y abren una nueva alternativa que sin duda se desarrollará en el futuro.

CONCLUSIONES

La papilopatía diabética es una patología infrecuente de origen incierto que se caracteriza por la aparición de edema de papila y disminución leve de agudeza visual. Es un diagnóstico de exclusión y puede establecerse en ausencia de retinopatía diabética. Es importante tener en cuenta esta entidad al realizar el diagnóstico diferencial de un edema de papila, especialmente en medios como en el nuestro, en que la prevalencia de diabetes mellitus es alta. Es posible que su incidencia real sea mayor que la estimada a causa del desconocimiento de esta entidad y su consecuente infradiagnóstico.

A pesar de que suele resolverse espontáneamente con escasas o nulas secuelas visuales existen situaciones en las cuales estos

pacientes pueden beneficiarse de la terapia con inyecciones intravítreas de triamcinolona, bevacizumab o ranibizumab. Todos los casos publicados en que se han utilizado estos tratamientos tienen en común la asociación de la papilopatía diabética a edema macular y los resultados favorables. Se requieren estudios que establezcan claramente las indicaciones de estos tratamientos en la papilopatía diabética.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diabetic papillopathy with macular edema treated with intravitreal bevacizumab. Ahmed S. Al-Hinai, Mohammed S. Al-Abri, and Rayah H. Al-Hajri. *Oman J Ophthalmol.* 2011 Sep-Dec; 4(3): 135-138.
2. Diabetic papillopathy and type 2 diabetes. Rebollada G, Zafrilla R, Alvarez MT, Muñoz-Negrete FJ. *Arch Soc Esp Ophthalmol.* 2000 Aug;75(8): 559-62.
3. Diabetic papillopathy and its relation to optic nerve ischemia. Slagle WS, Musick AN, Eckermann DR. *Optom Vis Sci.* 2009 Apr;86(4):e395-403.
4. Response of Diabetic Papillopathy to Intravitreal Bevacizumab. Hassan Al-Dhibi and Arif O. Khan. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2011 Jul-Sep; 18(3): 243-245.
5. Papillopathy in the adult as first manifestation of diabetes. García-Layana A, Gómez CS, Pérez De Madrid DA, Montañés JM. *Arch Soc Esp Ophthalmol.* 2000; 75(5): 351-4.
6. Diabetic retinopathy and its relevance to paediatric age. An update. Porta M, Allione A. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2004 Jun;1(4): 404-11.
7. Diabetic papillopathy: current and new treatment options. Giuliari GP, Sadaka A, Chang PY, Cortez RT. *Curr Diabetes Rev.* 2011 May; 7(3):171-5.
8. Bilateral diabetic papillopathy and metabolic control. Ostri C, Lund-Andersen H, Sander B, Hvidt-Nielsen D, Larsen M. *Ophthalmology.* 2010 Nov; 117(11): 2214-7. Epub 2010 Jun 16.
9. Resolution of diabetic papillopathy after a single intravitreal injection of ranibizumab. Willerslev A, Munch IC, Larsen M. *Acta Ophthalmol.* 2012 Jan 23. doi: 10.1111/j.1755-3768.2011.02282.x. [Epub ahead of print]
10. Analysis of the causes of optic disc swelling. Jung JJ, Baek SH, Kim US. *Korean J Ophthalmol.* 2011 Feb;25(1):33-6. Epub 2011 Jan 17.
11. Diabetic papillopathy in pregnancy: a marker for progression to proliferative retinopathy. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug;118(2 Pt 2):457-60. Bargiota A, Kotoula M, Tsironi E, Koukoulis G.
12. Intravitreal bevacizumab for diabetic papillopathy. Ornek K, Oğurel T. *J Ocul Pharmacol Ther.* 2010 Apr; 26(2): 217-8.