

Obstrucción venosa de la retina, más allá de la pérdida de visión

Venous obstruction of the retina, beyond the loss of vision

DÍAZ RODRÍGUEZ R¹, RUBIO RODRÍGUEZ CG¹, ABREU GONZÁLEZ R², ALONSO PLASENCIA M¹, AFONSO RODRÍGUEZ A¹, GIL HERNÁNDEZ MA²

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características basales de los pacientes con diagnóstico de oclusión venosa retiniana (OVR) atendidos en nuestro servicio y analizar la actitud del oftalmólogo en cuanto a la detección e integración de los hallazgos oftalmológicos con la patología sistémica subyacente.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de todos los pacientes diagnosticados de OVR y edema macular que fueron tratados con terapia intravítrea entre enero y diciembre de 2016 en nuestro centro. Se estudiaron las características epidemiológicas basales, la terapia antiagregante pre y postdiagnóstico, la actitud del oftalmólogo con respecto a la derivación al especialista de atención primaria o medicina interna y los eventos cardiovasculares posteriores al diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron un total de 66 ojos de 66 pacientes, con una edad media de $67,77 \pm 12,93$ años, en su mayoría mujeres (51,51%), y con OVR de rama (59,09%). Solo 6 (9,09%) pacientes eran de menos de 50 años y 7 (10,60%) sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV) conocidos. Los más frecuentes fueron la hipertensión arterial (71,21%), la dislipemia (57,57%) y la obesidad (63,63%). Un 22,72% de los pacientes presentaban enfermedades protrombóticas previas. Nueve pacientes fueron remitidos a otro especialista para estudio, de los que 3 fueron diagnosticados de síndrome antifosfolípido, siendo 1 menor de 50 años y otro sin FRCV conocidos. De estos dos grupos de pacientes, ningún otro fue remitido para estudio. Dos pacientes sufrieron eventos cardiovasculares en el año siguiente al diagnóstico.

Conclusiones: Es responsabilidad del oftalmólogo realizar un despistaje básico de los FRCV en todos los pacientes con OVR, añadiendo un estudio de trombofilia en menores de 50 años o pacientes sin factores de riesgo conocidos, idealmente dentro de los dos primeros meses tras el diagnóstico.

Palabras clave: oclusión venosa retiniana, riesgo cardiovascular.

SUMMARY

Objective: To analyze the baseline characteristics of patients with a diagnosis of retinal vein occlusion (RVO) seen in our department and to analyze the ophthalmologist's attitude re-

¹ Licenciado en medicina.

² Doctor en Medicina.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife.

Correspondencia:

Raquel Díaz Rodríguez

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria

Carretera Del Rosario, 145. 38009-Santa Cruz De Tenerife. España

rdriguez@hotmail.com

garding the detection and integration of ophthalmological findings with the underlying systemic pathology.

Method: Retrospective, descriptive and cross-sectional study of all patients diagnosed with RVO and macular edema who were treated with intravitreal therapy between January and December 2016 in our center. Baseline epidemiological characteristics, antiaggregant pre and postdiagnosis therapy, ophthalmologist's attitude regarding referral to primary care or internal medicine specialist and cardiovascular events after diagnosis were studied.

Results: A total of 66 eyes of 66 patients were included, with an average age of 67.77 ± 12.93 years, mostly women (51.51%), and with branch OVR (59.09%). Only 6 (9.09%) patients were under 50 years old and 7 (10.60%) without known cardiovascular risk factors (CVRF). The most frequent risk factors were: arterial hypertension (71.21%), dyslipidemia (57.57%) and obesity (63.63%). 22.72% of the patients had previous prothrombotic diseases. Nine patients were referred to another specialist for study, of whom 3 were diagnosed with antiphospholipid syndrome, 1 being younger than 50 years and one without known CVRF. Of these two groups of patients, no other was referred for study. Two patients suffered cardiovascular events in the year following the diagnosis.

Conclusions: A basic screening for CVRF should be performed in all patients, adding a thrombophilia study in patients under 50 years of age or those without known risk factors. It is the responsibility of the ophthalmologist to perform it or refer the patient to the appropriate specialist. Ideally, within the first two months after diagnosis.

Keywords: Retinal vein occlusion, cardiovascular risk.

INTRODUCCIÓN

La oclusión venosa de la retina (OVR) constituye la segunda causa de enfermedad vascular retiniana causante de pérdida de visión a nivel mundial, precedida únicamente por la retinopatía diabética (1). Se estima que afecta a más de 16,4 millones de adultos mayores de 40 años con una prevalencia de 0,52% en general, de 0,44% para la oclusión de rama venosa retiniana (ORVR) y 0,08% para la oclusión de vena central de la retina (OVCR) (2).

Además de ser una causa importante de pérdida de visión, la OVR puede ser el reflejo de una enfermedad sistémica subyacente, ya que las OVR se asocian a mayor riesgo de muerte por causa vascular cardíaca o cerebral, siendo considerada por muchos autores un factor de riesgo independiente para el desarrollo de ictus en pacientes con fibrilación auricular y se ha demostrado que existe mayor incidencia de lesiones arterioescleróticas en los troncos supra-aórticos. Es por ello por lo que resulta de vital importancia detectarlas e iniciar el tratamiento o la profilaxis oportunas en cada caso (3-7).

El objetivo de nuestro estudio es analizar las características epidemiológicas y metabólicas basales de los pacientes con diagnóstico de OVR atendidos en nuestro servicio y analizar la actitud del oftalmólogo en cuanto a la de-

tección e integración de los hallazgos oftalmológicos con la patología sistémica subyacente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes de nuestra área con OVR y EM secundario que hubieran recibido tratamiento intravítreo entre enero y diciembre de 2016, ambos incluidos.

Se estudiaron, entre otras variables, las características epidemiológicas basales y la terapia antiagregante previa al diagnóstico como variables independientes y, como variables dependientes, la actitud del oftalmólogo con respecto a la derivación al especialista de atención primaria o medicina interna, los eventos cardiovasculares posteriores al diagnóstico y el inicio de la terapia antiagregante posterior al diagnóstico.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica tanto de atención especializada como de la específica del Servicio de oftalmología.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 66 ojos de 66 pacientes, de los que 34 (51,51%) fueron muje-

res y 32 (48,48%) hombres, con una edad media de $67,77 \pm 12,93$ años (rango 40-87). Solo 6 (9,09%) pacientes eran de menos de 50 años y 7 (10,60%) sin FRCV conocidos. El 59,09% tenía una oclusión venosa de rama, siendo la más frecuente la de la rama temporal superior. Los FRCV más frecuentes fueron hipertensión arterial (71,21%), dislipemia (57,57%), y sobrepeso u obesidad (63,63%). El 39,39% eran diabéticos, un 37,87% eran fumadores o exfumadores y un 7,57% tenía diagnóstico de glaucoma (tabla 1). Un 22,72% de los pacientes presentaba enfermedades protombóticas (tabla 2) y un 7,54% antecedentes de enfermedad cardiovascular sistémica previa.

De los 66 pacientes, solo 9 (13,63%) fueron remitidos a otro especialista para estudio (3 a Medicina interna, 5 a Medicina familiar y comunitaria y, 1 a Hematología), realizándose en todos los casos estudio analítico y de control de los FRCV. En ningún caso se realizó ecografía doppler de troncos supra-aórticos. De los 9 pacientes derivados, 3 (4,54%) fueron diagnosticados de síndrome antifosfolípido (SAF), además de dislipemia en 2 (3,03%) de los mismos, e HTA en 1 (1,51%). Aislado los 6 pacientes menores de 50 años y los 7 sin FRCV conocidos, solo 2 fueron remitidos para estudio, diagnosticándose en ambos casos un SAF (fig. 1).

Respecto al tratamiento antiagregante, un 21,21% lo tomaba antes del evento y se inició en un 24,24% de los casos tras el mismo. Dos pacientes sufrieron eventos cardiovasculares en el año siguiente al diagnóstico.

DISCUSIÓN

La OVR puede clasificarse anatómicamente en dos categorías principales, la oclusión de la vena central de la retina (OVCR) y la oclusión de rama venosa retiniana (ORVR), que es de 3 a 10 veces más prevalente según los estudios (1). Aunque la historia natural, pronóstico y eventual tratamiento difieren según el grupo, ambos comparten mecanismo fisiopatológico y factores de riesgo para su desarrollo. Se trata de una entidad que afecta por igual a hombres y mujeres en todos los grupos de edad, pero que es más frecuente en mayores de 65 años, siendo la edad avanzada uno de los principales factores de riesgo (8).

Los datos derivados de nuestro estudio siguen esta línea en cuanto a subtipo de

Tabla 1: Características epidemiológicas y metabólicas basales de los pacientes incluidos en el estudio

Variable	Resultado
n (ojos)	66
Edad media (años \pm DV)	$67,77 \pm 12,93$ años
Sexo	
Mujer (%)	34 (51,51)
Hombre (%)	32 (48,48)
Hábito tabáquico (%)	5 (7,57)
Exhábito tabáquico (%)	20 (30,30)
Hipertensión arterial (%)	47 (71,21)
Dislipemia (%)	38 (57,57)
Diabetes mellitus (%)	26 (39,39)
IMC > 25 (%)	42 (63,63)
EPP*1 (%)	11 (16,67)
ECV*2 (%)	5 (7,57)
Glaucoma (%)	5 (7,57)
Tratamiento antiagregante previo (%)	14 (21,21)

*1 Enfermedad protombótica previa.

*2 Enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, ACV).

Tabla 2: Distribución de enfermedades protombóticas previas

Variable	Resultado
n (ojos)	66
Artritis reumatoide (%)	2 (3,03)
Lupus eritematoso sistémico (%)	1 (1,51)
Artropatía psoriasisica (%)	1 (1,51)
Trasplante hepático (%)	1 (1,51)
Obesidad mórbida (%)	1 (1,51)
Cirrosis hepática (%)	1 (1,51)
Fibrilación auricular (%)	3 (4,54)
Cáncer de páncreas (%)	1 (1,51)
Cáncer de mama (%)	1 (1,51)
Ins. Renal crónica (%)	1 (1,51)
PTI*1(%)	1 (1,51)

*1 Púrpura trombocitopénica.

OVR, distribución por sexos y edad más frecuente.

La HTA con los cambios arteriolares que provoca, es el FRCV más importante (9), especialmente para el desarrollo de ORVR (10), grupo en el que también es más frecuente encontrar un IMC > 30 (9). La DLP se encuentra presente en más de la mitad de los pacientes con OVR, siendo especialmente importante en los menores de 50 años (11). Hay datos contradictorios respecto al papel de la DM en el desarrollo de la OVR (11,12), siendo probablemente la asociación a otros FRCV lo que aumente el riesgo.

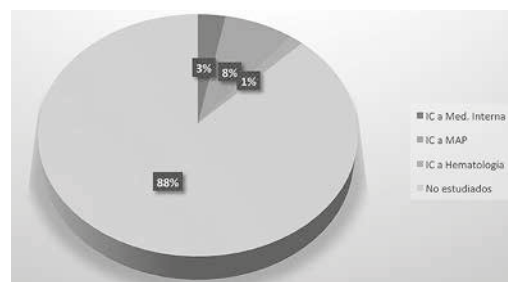


Fig. 1:
Actitud tras el diagnóstico.

Estos datos también se corresponden con los hallazgos encontrados en nuestro análisis.

Respecto a las trombofilias, son particularmente importantes el SAF y la hiperhomocisteinemia, ya que se ha visto que el 29% de los pacientes con SAF presentan pequeñas oclusiones detectables mediante angiografía fluoresceínica (13) y que, niveles superiores a 11 $\mu\text{mol/l}$ de homocisteína en sangre aumentan el riesgo de enfermedad aterosclerótica en individuos asintomáticos (14,15).

Por todo ello, las guías clínicas recomiendan realizar una analítica básica que incluya perfil lipídico para todos los pacientes, añadiendo un estudio de trombofilia en aquellos en los que no haya FRCV, en menores de 50 años independientemente de sus antecedentes o en los casos en los que la oclusión sea bilateral (16). No hay recomendaciones específicas en cuanto a la realización de ecografía Doppler de los troncos supraórticos.

En nuestra serie, de los 13 pacientes susceptibles de estudio, solo se pidió a dos, siendo ambos (100%) diagnosticados de SAF, lo cual resalta la importancia de su realización.

En cuanto al tratamiento médico, no hay evidencia de que los fármacos antiagregantes sean beneficiosos como tratamiento preventivo del ictus, pero sí de otros fenómenos tromboembólicos sistémicos. Tampoco se han demostrado eficaces los anticoagulantes orales o las heparinas de bajo peso molecular. Sí se recomienda el cese del tratamiento anticonceptivo en caso positivo y el inicio del tratamiento de las condiciones predisponentes (HTA, DLP, DM...) (16).

Es responsabilidad del oftalmólogo estudiar los principales FRCV sistémicos e interpretar los resultados, o al menos, de remitir al paciente al especialista adecuado dentro de los dos primeros meses (17), con el propósito de prevenir otros eventos sistémicos, la recurrencia de otra oclusión venosa o su aparición en el ojo adelfo, que se da hasta en el 15% de los pacientes (18).

BIBLIOGRAFÍA

1. Laouri M, Chen E, Looman M, et al. The burden of disease of retinal vein occlusion: review of the literature. *Eye (Lond)* 2011 Aug; 25(8): 981-8.
2. Rogers S, McIntosh RL, Cheung N, et al. For the International Eye Disease Consortium. The prevalence of retinal vein occlusion: Pooled data from population studies from the United States, Europe, Asia, and Australia. *Ophthalmology*. 2010; 117(2): 313-9.
3. Blair N, Burton TC, Farber MD, et al. Risk factors for hemiretinal vein occlusion: comparison with risk factors for central and branch retinal vein occlusion: the eye disease case-control study. *Ophthalmology* 1998; 105: 765-771.
4. The Eye Disease Case-Control Study Group. Risk factors for central retinal vein occlusion. *Arch Ophthalmol* 1996; 114: 545-554.
5. Williamson TH, Rumley A, Lowe GD. Blood viscosity, coagulation, and activated protein C resistance in central retinal vein occlusion: a population controlled study *Br J Ophthalmol* 1996; 80: 203-208.
6. Avashia JH, Fath DF. Bilateral central retinal vein occlusion in Waldenström's macroglobulinemia. *J. Am Optom Assoc* 1989; 60: 657-658.
7. Ehlers N. Thrombophilia: a feature of importance in retinal vein thrombosis? *Acta Ophthalmol Scand* 1999; 77: 619-621.
8. Kolar P. Risk factors for central and branch retinal vein occlusion: a meta-analysis of published clinical data. *J Ophthalmol* 2014; 2014: 724-780.
9. The Eye Disease Case-Control Study. Risk factors for hemiretinal vein occlusion: comparison with risk factors for central and branch retinal vein occlusion. *Ophthalmology* 1998; 105: 765-771.
10. O'Mahoney PR, Wong DT, Ray JG. Retinal vein occlusion and traditional risk factors for atherosclerosis. *Arch Ophthalmol* 2008; 126: 692-9.
11. Newman-Casey PA, Stem M, Talwar N, et al. Risk factors associated with developing branch retinal vein occlusion among enrollees in a United States managed care plan. *Ophthalmology* 2014 Oct; 121(10): 1939-48.
12. Hayreh SS, Zimmerman B, McCarthy MJ, et al. Systemic diseases associated with various types of retinal vein occlusion. *Am J Ophthalmol* 2001 Jan; 131(1): 61-77.
13. Castañón C, Amigo MC, Banales JL et al. Ocular vaso-occlusive disease in primary antiphospholipid syndrome. *Ophthalmology*. 1995; 102: 256-62.
14. Vine AK. Hyperhomocysteinemia: a risk factor for central retinal vein occlusion. *Am J Ophthalmol* 2000; 129: 640-644.
15. Cahill M; Karabatzaki M, Meleady R, et al. Raised plasma homocysteine as a risk factor for retinal vascular occlusive disease. *Br J Ophthalmol* 2000; 84: 154-157.
16. Manejo de las oclusiones venosas de la retina. Guía de práctica clínica de la SERV. Marzo 2015.
17. The Royal College of Ophthalmologists. Retinal Vein Occlusion (RVO) Interim Guidelines. February 2009.
18. Hayreh SS, Zimmerman MB, Podhajsky P. Incidence of various types of retinal vein occlusion and their recurrence and demographic characteristics. *Am J Ophthalmol* 1994; 117: 429-441.