

Cirugía para la retinopatía diabética y los cirujanos

Virgilio Lima-Gómez

La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera durante la edad productiva, y su probabilidad de desarrollarse ha aumentado conforme lo han hecho en nuestro país la prevalencia de la diabetes mellitus y la sobrevivencia del paciente diabético.

Aunque por lo general la progresión de la retinopatía diabética es ordenada, desde los cambios mínimos (difícilmente detectables mediante oftalmoscopia) hasta el daño avanzado que requiere tratamiento quirúrgico, en nuestro medio la detección tardía origina que la forma proliferativa de la retinopatía represente la indicación más frecuente de cirugía retiniana.

Los recursos actuales para el cirujano de vítreo y retina han mejorado los resultados anatómicos del tratamiento de la retinopatía diabética; entre ellos destacan los sistemas de visión panorámica, los equipos de corte de alta velocidad, el instrumental microquirúrgico de pequeño calibre, la endofotocoagulación y los adyuvantes como líquidos pesados, aceite de silicón y los inhibidores de angiogénesis, tema de múltiples estudios recientes.

El resultado funcional de la cirugía en el paciente diabético con retinopatía todavía está limitado por la isquemia retiniana. Las hemorragias vítreas extensas y los desprendimientos de retina por tracción son la consecuencia del desarrollo de neovasos que rebasan la superficie de la retina; la fragilidad de estos vasos anormales facilita su ruptura, y la adición de un componente glial genera bandas retráctiles que desprenden la retina.

Si bien la cirugía retiniana en el paciente diabético es cada vez más eficaz para tratar las complicaciones de la neovascularización, la isquemia que estimula la aparición de esta última requiere tratamiento; actualmente el mejor recurso para reducir la isquemia retiniana es la fotocoagulación con láser. Por ello, la

cirugía vitreoretiniana en el paciente diabético debe asociarse a fotocoagulación.

Aplicada oportunamente, la misma fotocoagulación puede evitar la progresión de la retinopatía diabética hacia etapas que requieran tratamiento quirúrgico. En estudios longitudinales este procedimiento ha demostrado su eficacia para reducir la incidencia de pérdida visual en 50 %.

A pesar de todas estas ventajas, muchos servicios de oftalmología en México se encuentran saturados por pacientes diabéticos que requieren cirugía retiniana, o por pacientes cuyas citas para fotocoagulación tienen tal diferimiento que permite la aparición de las complicaciones que requieren cirugía.

Esta demanda excesiva de atención quirúrgica por retinopatía diabética no concuerda con la prevalencia de la retinopatía diabética proliferativa que necesita esta atención en población extrahospitalaria: en series de nuestro país no rebasa 4 % entre los pacientes diabéticos.^{1,2} Aun cuando la identificación de los pacientes con retinopatía proliferativa puede presentar sesgo de referencia, por la aparición de pérdida visual aguda, el cuello de botella a superar es el subdiagnóstico de la enfermedad.

Se ha descrito que el procedimiento médico con la relación costo/efectividad más alta es la identificación de la retinopatía diabética,³ pero en nuestra nación una proporción considerable de los pacientes diabéticos no tiene vigilancia médica adecuada y otra desconoce que padece la enfermedad. Ambas situaciones limitan la referencia oportuna al oftalmólogo quien, como otros especialistas quirúrgicos, atiende las consecuencias del descontrol metabólico crónico, en ocasiones irreversibles.

No es raro que el cirujano identifique por primera vez al paciente diabético. Esto representa un área de oportunidad para la detección de la retinopatía diabética si se considera que los pacientes con la mayoría de las complicaciones de la diabetes que requieren cirugía, tienen una duración de la enfermedad suficiente para que se desarrolle el daño retiniano.

Además de los casos en que la indicación quirúrgica es una complicación de la diabetes, los cirujanos tienen la oportunidad de descubrir esta enfermedad mediante la evaluación preoperatoria en pacientes que no hubieran sido detectados de otra manera.

La posibilidad del cirujano de identificar diabetes también permite detectar la retinopatía diabética. Aunque esta detección es indispensable en el ámbito no quirúrgico, es innegable que en muchas ocasiones el cirujano se convierte en el líder de la aten-

División de Investigación, Hospital Juárez de México, México, D. F.

Solicitud de sobretiros:

Virgilio Lima-Gómez,
Hospital Juárez de México, División de Investigación,
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160,
Col. Magdalena de las Salinas,
07760 México, D. F.
Tel. y fax: (55) 5747 7634.
E-mail: investigacionclinicahjm@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 06-05-2008

Aceptado para publicación: 04-06-2008

ción del paciente diabético, característica que facilitaría la referencia oportuna al oftalmólogo para evaluar el fondo del ojo.

¿Cuáles serían las ventajas de detectar la retinopatía diabética en el paciente quirúrgico? Además de identificar a los pacientes con riesgo de pérdida visual, la retinopatía es un marcador de cronicidad: su presencia agrega por lo menos diez años de evolución al paciente con diagnóstico reciente. La progresión de la retinopatía también señala que el control sistémico debe mejorar, independientemente de los niveles de glucemia.

La responsabilidad de calificar la retinopatía diabética es del oftalmólogo, quien actualmente dispone de herramientas como la digitalización de imágenes retinianas y la tomografía de coherencia óptica para incrementar su precisión; estos recursos permiten identificar la isquemia y, con una intervención apropiada, evitar la progresión hacia las complicaciones que requieren cirugía.

La cirugía vitreoretiniana para tratar la retinopatía diabética es una de las más especializadas en oftalmología. Si bien en múltiples ocasiones representa un reto para el médico, señala que el proceso de atención al paciente diabético ha fallado.

La participación del cirujano en la referencia del paciente diabético al oftalmólogo es altamente recomendable. Además de agregar valor a su práctica y fortalecer su liderazgo en el equipo multidisciplinario, representaría una contribución de gran importancia para prevenir la discapacidad ocasionada por la retinopatía diabética.

Referencias

1. Lima-Gómez V, Rojas-Dosal JA. Estrategia de detección masiva de retinopatía diabética. El día "D" en el Hospital Juárez de México. *Cir Cir* 2000;68:63-67.
2. Sociedad Mexicana de Oftalmología, Asociación Mexicana de Retina, Asociación Panamericana de Oftalmología. Resultados del Día Panamericano de Detección de Retinopatía Diabética (3 de julio de 1999, día "D"). *Rev Mex Oftalmol* 2005;79:88-92.
3. Porta M, Bandello F. Diabetic retinopathy. A clinical update. *Diabetologia* 2002;45:1617-1634.