

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”
CIEGO DE AVILA

Morbilidad en la consulta de retina en el Servicio de Oftalmología de Ciego de Ávila.

Disease in retina consultation in the Ophthalmology Service from Ciego de Ávila.

Leticia Verona Ugando (1), Maureen Rodríguez Valdivia (2), Yamilet Leiva González (3).

RESUMEN

Motivados por la apertura de la consulta de retina en el servicio de oftalmología, se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para describir la morbilidad oftalmológica en la consulta de retina del servicio de Oftalmología del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de mayo a agosto del año 2008. El universo estuvo constituido por 253 pacientes atendidos en la consulta; la muestra fue de 223 pacientes con diagnóstico de patología retiniana. El grupo de edad predominante en la serie fue de 55-65 años, el sexo femenino fue el que aportó mayor número de pacientes. Las maculopatías fueron presentadas en 81 pacientes; se atendieron 90 diabéticos, 76 de ellos con diabetes mellitus tipo II para un 84.4%. La retinopatía diabética fue la segunda entidad más diagnosticada en consulta atendiendo a la clasificación del estudio del tratamiento temprano de la retinopatía diabética. Se diagnosticaron 38 pacientes con retinopatía diabética no proliferativa para un 42.22%.

Palabras clave: ENFERMEDADES DE LA RETINA/epidemiología, RETINOPATÍA DIABÉTICA/epidemiología.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Oftalmología.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

Muchas enfermedades limitan el perfecto funcionamiento del aparato visual, y en especial de la retina, cuyo diagnóstico precoz y tratamiento oportuno determina en gran medida la evolución satisfactoria del paciente (1).

Desde el punto de vista funcional, existen dos tipos de lesiones, las que afectan principalmente el área macular respetando la retina periférica y las que involucran retina periférica sin dañar mácula. En la experiencia de los autores, ambos tipos de lesiones son altamente invalidantes. Como ejemplo clásico de lesión macular cabe mencionar la degeneración macular relacionada con la edad en la que se ha dañado el centro de la fóvea. En tales circunstancias el paciente con agudeza visual de 20/400 puede deambular, pero difícilmente leer sin la ayuda de instrumentos especializados como el circuito cerrado, por otro lado, pacientes con grados avanzados de retinosis pigmentaria, con visión tubular menor de 5 grados y agudeza visual cercana a 20/20, a pesar de poder leer, para deambular necesitan ayuda de un bastón (1).

La retinopatía diabética sigue siendo actualmente una de las primeras causas de ceguera y baja visión en los países desarrollados; así el estudio EURODIAB1 encuentra en Europa una prevalencia de ceguera de 2,3% entre los pacientes diabéticos de su estudio (1-4).

La presencia de edema retiniano se puede definir como un aumento de líquido a nivel tisular provocando un engrosamiento de la retina. Este depósito de líquido puede ser: en primer lugar intracelular o edema citotóxico, en el cual se produce un exceso de iones de sodio intracelulares; y en segundo lugar extracelular o edema vasogénico, en este caso se produce un exceso de líquido a nivel extracelular, asociándose la alteración de la barrera hemato-retiniana externa. En los pacientes con edema macular diabético se producen ambos tipos de edema desde las fases iniciales del mismo (1-2).

Así como los estudios epidemiológicos de retinopatía diabética son numerosos, los realizados exclusivamente en pacientes con edema macular diabético son menos frecuentes; estando los datos de prevalencia y de incidencia de edema macular incluidos, dentro de los estudios de retinopatía diabética (2).

Existen diferencias en la incidencia de edema macular (EM) según el tipo de diabetes mellitus (DM) y la duración de la misma (2).

La degeneración macular relacionada con la edad (DMRE) es una patología no bien conocida por los médicos en general y, sin embargo, constituye la principal causa de pérdida de visión central en la población mayor de 55 años de países desarrollados occidentales. Su importancia debe ser recalculada al poner de manifiesto el gran problema social que conlleva, al limitar de manera invalidante la actividad y potencialidades de una porción de la población aún activa, así como incapacitar definitivamente a aquellos que, por su edad, se encuentran ya limitados en una serie de otros aspectos de su vida. El envejecimiento de los pueblos, debido al aumento de las expectativas de vida, así como a la disminución de las tasas de natalidad, amenaza con convertir a esta patología en un verdadero problema de salud pública. Como su nombre lo indica, esta enfermedad compromete a la mácula y su entorno, sin afectar al resto de la superficie retinal (5-9).

Otra de las enfermedades frecuentes en consulta de retina es la miopía, con sus consecuencias como la degeneración miópica. En general existen cambios degenerativos coriorretinales, progresivos que ocurren en adultos de edad media con elevada miopía (1, 10-12).

La coroidopatía serosa central es otra entidad frecuentemente padecida, como sinonimia se plantean: coridorretinopatía serosa central, retinopatía serosa central. Se caracteriza por desprendimiento seroso de la retina sensorial (neuroepitelio). Se observa una elevación quística de la retina sensorial en la zona macular de instalación rápida, generalmente unilateral con afectación morfológica de la visión y preservación generalmente de buena capacidad visual. Afecta casi exclusivamente a adultos jóvenes (30-50 años) masculinos (1).

Atendiendo a que en el servicio se dio apertura a la consulta de retina y no existen estudios de morbilidad en este tema se realiza el presente trabajo con el objetivo de describir la morbilidad oftalmológica en la consulta de retina en el Servicio de Oftalmología de Ciego de Ávila.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para describir la morbilidad oftalmológica en la consulta de retina del servicio de Oftalmología del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila en el periodo comprendido de mayo a agosto del año 2008.

Universo: El universo estuvo constituido por 253 pacientes atendidos en la consulta.

Muestra: 223 pacientes con diagnóstico de patología retiniana.

Criterios de inclusión: Se incluyeron aquellos pacientes que venían a consulta por patología retiniana.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellos pacientes que a pesar de haber sido atendidos en dicha consulta, no eran portadores de patología retiniana.

Operacionalización de variables.

Edad: Expresada en años cumplidos. Se recogió por los siguientes grupos de edad: 0-10 años, 11-21, 22-32, 33-43, 44-54, 55-65, 66 y más años.

Sexo: Se refiere a masculino o femenino según corresponda biológicamente.

Impresión diagnóstica: Se incluyeron aquellas recogidas en las hojas de cargo de la consulta y que según su importancia y número de casos que aportaban se agruparon de la forma siguiente:

- Maculopatías.
- Retinopatía Diabética (RD).
- Edema Macular Diabético (EMD).
- Desprendimiento de Retina (DR).
- Toxoplasmosis Ocular.
- Desprendimiento de Vítreo Posterior (DVP).
- Desgarros retinianos.
- Flóculos vítreos.
- Miopía.
- Hemovítreo.
- Patología Neurooftalmológica.
- Coroidopatía Serosa Central.
- Otros diagnósticos.

En otros diagnósticos se incluyeron: Aquellas entidades que aportaron un número ínfimo de casos.

- Membranas epirretinales.
- Vitreoretinopatía Proliferativa.
- Edema Macular Cistoide.
- Hemorragias Subretinianas.
- Retinopatía Hipertensiva.
- Oclusión de la vena central de la retina (OVCR).
- Oclusión de la arteria central de la retina (OACR).

Por la importancia que revisten las maculopatías para la visión y calidad de vida de los pacientes se decide identificar en el estudio de las encontradas cual era la más frecuente.

Tipo de Diabetes Mellitus: Se clasifican según la insulino dependencia en Diabetes Mellitus tipo I (insulino dependiente) y Diabetes Mellitus tipo II (no insulino dependiente).

Presencia de Retinopatía diabética: Para clasificar a los pacientes diabéticos según la presencia o no de retinopatía diabética se utilizó la Clasificación de la Retinopatía Diabética modificada según los criterios del Estudio del Tratamiento Temprano de la Retinopatía Diabética (ETDRS) (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) - (Clasificación convencional o estándar, niveles de gravedad) (7):

No retinopatía diabética

Retinopatía diabética no proliferativa (RDNP)

- **Leve:** Microaneurismas (Ma) c/ Hemorragias retinianas (H), Exudados duros y/o Exudados blandos aislados.
- **Moderada:** Ma con cualquiera de las siguientes:

Ma/H moderadas en 4 cuadrantes (4 C) o bien severas en menos de 4C.

Arrosariamiento venoso (ArV) leve en 1Cuadrante 1(C).

Anomalías vasculares intraretinianas (IRMA) leve en 1-4C.

- **Severa:** Ma asociado a signos de RDNP moderada y/o una cualquiera de la regla 4-2-1.

Ma/H severas en 4C.

ArV en al menos 2C.

IRMAS moderadas o extensas en al menos 1C.

- **Muy severa:** Ma con dos o tres cualquiera de la regla 4-2-1

Retinopatía diabética proliferativa (RDP)

- Sin característica de alto riesgo:

Leve: Neovascularización extra papilar (NVE) < 0.5 Diámetros Papilares (DP) o proliferación fibrovascular aislada.

Moderada: NVE ≥ 0.5 DP y/o neovascularización papilar (NVP) < 0.25 DP -0.33 DP.

- Con característica de alto riesgo:

NVP ≥ 0.25 -0.33 DP y/o hemorragias prerretinianas (HP) / hemorragia vítreo (HV) presentes y neovasos visibles o supuestamente ocultos por las hemorragias.

- Avanzada:

HP/HV muy severas (no permiten valorar neovasos), DR tracional, glaucoma neovascular, ptosis bulbi.

Clasificación del edema macular

- Sin edema macular.

- Con edema macular. Engrosamiento y/o exudados en polo posterior.

Leve: Distante de la fóvea.

Moderado: Próximo al centro de la mácula pero sin comprometer fóvea.

Severo: Compromete centro de la fóvea.

- Con edema macular clínicamente significativo.

- Engrosamiento de la retina dentro de las 500 µm del centro de la mácula.

- Exudados duros con engrosamiento retiniano adyacente a 500 µm o menos del centro de la mácula.

- Zona/s de engrosamiento retiniano de 1 DP o mayor, con alguna parte de la misma dentro del área comprendida por 1 DP medido desde el centro de la mácula.

Técnica y procedimiento de recolección de la información.

Para la obtención de la información se utilizaron las hojas de cargo de la consulta de donde se obtuvieron los datos correspondientes a las variables de interés.

Técnica y procedimiento de análisis estadístico.

La información fue procesada con el empleo de una computadora Pentium IV 2.0 mediante la utilización de los programas del sistema Windows Xp. La presentación incluyó la construcción de tablas de frecuencias y gráficos estadísticos para las diferentes variables cuantitativas y cualitativas, que fueron objeto de estudio, utilizando medidas de resumen como valores absolutos y relativos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla No.1 se muestra que el grupo de edad predominante en esta serie fue de 55- 65 años aportando 34,97% de pacientes, seguido del grupo de 66 y más con 53 pacientes para un 23,80%. En el periodo estudiado predominaron los pacientes ancianos, lo cual se debe fundamentalmente, de acuerdo con el criterio de otros autores, a que las enfermedades más frecuentes en consulta de

retina son la degeneración macular relacionada con la edad y la retinopatía diabética que se presentan precisamente en pacientes geriátricos (1-5).

El sexo femenino fue el que aportó mayor número de pacientes, con 122 casos para 54,70%. Lo anterior puede estar relacionado con que la DMRE fue la entidad más diagnosticada, y se presenta con mayor frecuencia en este sexo. Muchos estudios epidemiológicos sugieren que existiría una diferencia en la frecuencia de manifestaciones de la enfermedad, que la harían más prevalente en la población femenina (3, 7, 15).

En cuanto a la impresión diagnóstica (Tabla No.2), las maculopatías fueron presentadas en 81 pacientes, que representan 36,33% del total de pacientes con patologías retinianas atendidos, seguidas de la retinopatía diabética y el desprendimiento de retina (DR) (21%, 08% y 7,17% respectivamente).

Por el elevado número de pacientes con maculopatías encontrados, se decide mostrar cuales de estas fueron las más frecuentes; el 58% de los casos presentó la degeneración macular relacionada con la edad (DMRE) (Tabla No. 3).

Existen pocos estudios que han evaluado la incidencia de DMRE en la población, pero existe claridad en que ésta aumenta con la edad. En el estudio poblacional “Beaver Dam Eye Study” se vio que la incidencia de DMRE incipiente aumentaba de alrededor de 4% en la población entre 43 y 54 años, a aproximadamente 23% en los mayores de 75 años de edad. En estos últimos, la incidencia de manifestaciones avanzadas de la enfermedad es de 5,4% (1, 7-10, 16).

El 40% de la muestra estudiada fueron diabéticos, lo cual justifica que la retinopatía diabética fuera la segunda patología más frecuente, unido a que de las afecciones vasculares de la retina esta es la más diagnosticada, seguida de las oclusiones de rama venosa, según plantean algunos autores como Daniel Ochoa Contreras y Virgilio Morales Cantón. Se presentan con igual frecuencia en hombres y mujeres, principalmente en el sexto decenio de la vida (1, 5 -6).

En la Tabla No.4 se muestran los pacientes distribuidos según tipo de Diabetes Mellitus que padecen; fueron atendidos 90 diabéticos, 76 de ellos con diabetes mellitus tipo II (84,4%).

El DR afecta a 1 de cada 10.000 personas y es 3 veces más frecuente en pacientes mayormente miopes y con historia familiar de desprendimiento de retina. Es más frecuente en los operados de catarata. En este estudio existió correspondencia con dichas cifras ya que el DR fue frecuente y a la vez existieron muchos pacientes miopes atendidos que aportaron casos (1).

Atendiendo a la clasificación del ETDRS (Tabla No. 5), se observa que de los 90 pacientes diabéticos, 38 presentaba una retinopatía diabética no proliferativa (42,22%), de ellos la moderada aportó 13 casos. Solo 9 pacientes presentaron retinopatía diabética proliferativa y 11 de ellos, edema macular diabético.

La diabetes mellitus tipo II es más frecuente que la tipo I, según investigaciones de otros autores. lo cual se asemeja a los resultados del presente estudio. Algunos autores plantean que la DM tipo I ocurre en 13% de los casos, más frecuente antes de los 60 años pero se puede presentar a cualquier edad, y la DM tipo II en 85%, predominando entre la cuarta y quinta década de la vida (1- 2).

Según la clasificación ETDRS, en esta investigación predominó la retinopatía diabética no proliferativa, esto se relaciona con el criterio de investigadores que expresan que la prevalencia está determinada por el tipo de DM y la edad del paciente. La población con DM juvenil tiene la frecuencia más elevada de todos los tipos de retinopatía, mientras que la población de adultos con DM II tiene la más baja. La prevalencia de retinopatía diabética disminuye con la edad (cuando han tenido DM por 5 a 14 años), 49% de 45 a 50 años y 34% en mayores de 70 años. Los pacientes con DM tipo I tienen la mayor incidencia de progresión rápida hacia la RD proliferativa. La RD más frecuente es la no proliferativa (80%) contra un 20% de la proliferativa (2- 6).

Existe la creencia de que el edema macular es más frecuente en los pacientes con DM tipo II respecto a los tipo I, pero los estudios publicados demuestran que el EM es ligeramente más frecuente en la DM tipo I. Por ejemplo, Klein encuentra que en la diabetes tipo I la incidencia anual es de 2,3% por año, dentro de los primeros 4 años de seguimiento, pasando a ser de un 2,0% anual en los siguientes seis años hasta completar los 10 años de seguimiento. Por el contrario, en el grupo de pacientes con diabetes tipo II la incidencia anual dentro de los primeros 4 años es de solo un 1,4%, y aumenta a un 2,4% en los siguientes seis años de seguimiento (2, 4, 6).

La prevalencia de edema macular oscila entre un 7,5% y un 15,2%; algunos autores encontraron una cifra de prevalencia de un 7,9% en un estudio poblacional realizado sobre todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II, de un área básica rural en Cataluña y en el presente estudio el edema macular fue presentado de forma notable en el 12,22% de los diabéticos examinados (2, 6, 13, 15).

CONCLUSIONES

El grupo de edad que predominó fue de 55 a 65 años, el sexo que aportó más casos fue el masculino, la mayor morbilidad estuvo representada por las maculopatías, dentro de las maculopatías la más frecuente fue la DMRE; predominaron los pacientes diabéticos tipo II, y la retinopatía diabética no proliferativa estuvo representada por la mayoría.

Según la investigación realizada, la apertura de la consulta de retina en la provincia ha constituido un logro para la Oftalmología avileña, pues empleando tecnología altamente especializada y personal entrenado al efecto se brinda un mejor servicio a la población en el diagnóstico y tratamiento de variadas enfermedades.

ABSTRACT

Motivated by the opening of retina consultation in the ophthalmology service, it performed a retrospective observational study to describe eye disease in the retina consultation service of Ophthalmology from General Hospital “Dr. Antonio Luaces Iraola” of Ciego de Avila province, between May and August 2008. The universe consisted of 253 patients seen in consultation. The sample consisted of 223 patients with retinal disease. The predominant age group in the series was 55-65 years, female sex was the one that provided a higher number of patients. Maculopathies were presented in 81 patients; 90 diabetic patients were treated, there are 76 with diabetes mellitus type II (84.4%). Diabetic retinopathy was the second most commonly diagnosed entity in consultation and based on the classification of the study of early diabetic retinopathy treatment were diagnosed 38 patients with non-proliferative diabetic retinopathy (42.22%).

Keywords: RETINAL DISEASES/epidemiology, DIABETIC RETINOPATHY/epidemiology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ryan SJ. Retina. 3 ed. St Louis: Mosby; 2007.
2. Delgado Pereira E. Nuevas perspectivas en Oftalmología. Retinopatía Diabética. Barcelona: Glosa; 2005.
3. Astaburuaga López JM. Degeneración macular relacionada con la edad (DMRE). Bol Esc Med [Internet]. 2005 [citado 12 Ene 2009]; 20(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/20051/articulo7.pdf>
4. Pérez Biarnés M. Agujero macular. Uso de la Tomografía de Coherencia Óptica en su diagnóstico y clasificación. Gac Optica. 2005; 20: 394.
5. Domínguez A, Gómez Ulla F, Ruiz J. Antinflamatorios y antiangiogénicos intraoculares. Córdoba: Sociedad Española de Oftalmología; 2004.
6. Aiello LM. Perspectives on diabetic retinopathy. Am J Ophthalmol. 2003; 136: 122-35.

7. López Gálvez MI. Escala internacional de severidad de retinopatía y del edema macular diabético. Arch Soc Esp Oftalm. 2004; 4: 117-121.
8. Enciclopedia Médica [Internet]. Como vivir con incapacidad visual causada por degeneración macular. Bethesda: US National Library of Medicine [actualizada 29 Dic 2009; citado 12 Ene 2008]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/maculardegeneration.html>
9. Argandoña Arazabe C. Degeneración macular y su tratamiento actual con la terapia fotodinámica [Internet]. La Paz: ©Galenored.com; 2004 [citado 12 Ene 2008]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.galenored.com/bolivia/reportajes/DEGENERACION%20MACULAR.htm>
10. Weir E. Age-related macular degeneration: armed against ARMD. Canada Med Ass J. 2004; 170 (4): 463-464.
11. Hooper CY, Guymer RH. New treatments in age-related macular degeneration. Clin Experim Ophthalmol. 2003; 31(5):376-392.
12. Brizzi-Chizzoti Bonanomi MT, Bombana Nicoletti AG, Carricondo PC, Buzalaf F, Newton Kara J, Vieira Gomes AM, et al. Retinal thickness assessed by optical coherence tomography (OCT) in pseudophakic macular edema. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2006 [citado 12 Ene 2008]; 69(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492006000400015
13. Marin Pinchs X. Desprendimiento de retina [Internet]. La Habana: Consultas Médicas; © 1997-2009 [citado 12 Ene 2009]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://consultas.cuba.cu/consultas.php?id_cat=3&letr=r&id_cons=80
14. Caird FI. Epidemiology of diabetic retinopathy. En: Lynn JR, Snyfer WB, Vaiser A, editores. Diabetic retinopathy. New York: Grune & Stratton; 2004. p. 1579-1589.
15. Newman SA, Arnold AC, Freedman DJ. Cirugía de retina y vitreoretiniana. New Orleans: Highlights of Ophthalmology; 2002.
16. Leite Arieta EC, Nicolini Delgado AM, Jose NK, Temporini ER, Alves MR, de Carvalho Moreira FD. Refractive errors and cataract as causes of visual impairment in Brazil. Ophth Epidemiol. 2003; 10(1):15-22.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad.

Grupos de edad	No.	%
0-10 años	1	0.44
11-21 "	9	4.03
22-32 "	17	7.62
33-43 "	25	11.21
44-54 "	40	17.93
55-65 "	78	34.97
66 y más "	53	23.80
Total	223	100

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes según impresión diagnóstica.

Diagnóstico	No.	%
Maculopatía	81	36.33
Retinopatía diabética	47	21.08
Edema macular diabético	11	4.93
Desprendimiento de retina	16	7.17
Toxoplasmosis	7	3.14
Desprendimiento de vítreo posterior	5	2.24
Desgarro retiniano	7	3.14
Flóculos vítreos	6	2.69
Miopía	15	6.73
Hemovítreo	6	2.69
Patologías neurooftalmológicas	6	2.69
Coroidopatía serosa central	4	1.79
Otros diagnósticos	12	5.38
Total	223	100

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla No. 3. Maculopatía más frecuente.

Maculopatía	No.	%
Degeneración macular relacionada con la edad	47	58.00
Agujero Macular	1	1.20
Atrofia del epitelio pigmentario de la retina	8	9.90
Otras	25	0.90
Total	81	100

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla No. 4. Distribución de los pacientes diabéticos según tipo de Diabetes Mellitus.

Tipo de Diabetes Mellitus.	No.	%
Diabetes Mellitus I.	14	15.6
Diabetes Mellitus II	76	84.4
Total	90	100

Fuente: Hojas de cargo.

Tabla No. 5. Distribución de pacientes diabéticos según clasificación ETDRS.

Clasificación ETDRS	No.	%
No Retinopatía Diabética	32	35.56
Retinopatía Diabética no Proliferativa.	38	42.22
<i>Leve</i>	21	23.33
<i>Moderada</i>	13	14.44
<i>Severa</i>	4	4.44
Retinopatía diabética Proliferativa.	9	10.00
Edema Macular Diabético	11	12.22
Total	90	100

Fuente: Hojas de cargo.