

Retinosis Pigmentaria y otras patologías oculares

Actitud Terapéutica

José López Garrido

Bilbao, 8 de marzo de 2004

Los afectados de RP, como cualquier otra persona, pueden asociar otras enfermedades oculares, sin embargo, es evidente que las especiales características de estos pacientes, va a condicionar el diagnóstico y tratamiento de estas patologías. Vamos a revisar las mas frecuentes y que actitud, según mi criterio, debemos tener:

- Cataratas
- Glaucoma
- Miopía
- Retinopatía diabética

Cataratas

Es conocido que las cataratas son más frecuentes y aparecen mas precozmente en los afectados de RP.

Desde el punto de vista práctico, nos plantean dificultades para elegir el momento mas adecuado para ser operadas y debemos modificar, aunque no demasiado, nuestro protocolo quirúrgico.

Cuando disminuye la capacidad visual en estos casos, no es fácil establecer si es consecuencia de la evolución de la RP o de la catarata.

Si esta disminución es mas acusada en condiciones fotópicas (en ambientes iluminados), probablemente será debida a la progresión de la catarata, lo mismo pensaremos si disminuye la sensibilidad al contraste (por ej.: apreciar las caras de las personas a contraluz). El tipo de cataratas mas frecuente es la subcapsular posterior (no muy densas pero muy centrales). En ambientes iluminados al contraerse la pupila, la mayor parte de la luz llega a la retina a través de esta opacidad, lo que explica que vean peor si la iluminación es intensa.

Además a la reducción concéntrica del campo visual, característica de la RP, se va a añadir la disminución de la sensibilidad visual en la región central del campo visual, como consecuencia de este tipo de catarata, con la lógica repercusión en la actividad diaria de los afectados.

Por todo esto, considero que se debe de operar de cataratas a los pacientes que presenten peor visión en condiciones fotópicas, disminución de la sensibilidad al contraste y sobre todo si la sensibilidad en el Campo Visual central ha disminuido. Por supuesto que debemos tener en cuenta la posibilidad de que exista un edema macular, cuyos síntomas se podían solapar con los anteriores.

En cuanto a la técnica quirúrgica, no es necesario cambiar nuestro protocolo quirúrgico, únicamente procurara trabajar con la mínima intensidad de luz posible. Todas las lentes intraoculares llevan filtros ultravioletas, por lo que en principio cualquiera es válida. Actualmente se están comercializando lentes con un tratamiento especial, que podrían mejorar la visión de los colores y la sensibilidad al contraste.

Finalmente tener en cuenta que estos pacientes al ser más jóvenes, que la media de los operados de cataratas, van a presentar opacificación de la cápsula posterior con mas frecuencia, por que va a ser necesario practicar capsulotomías con el láser YAG.

Glaucoma

Es una enfermedad en la que se van destruyendo, de manera progresiva, fibras del nervio óptico. Esto va a producir alteraciones en el Campo Visual y un aumento más o menos rápido de la excavación del nervio óptico. Se ha comprobado que es mas frecuente cuanto mayor sea la tensión ocular.

Estos cambios en el campo visual van a ser mas difíciles de apreciar en loa pacientes con RP. Además, valorar la relación excavación/papila también puede ser mas difícil en la RP, por la palidez del nervio óptico que presentan estos pacientes. Todo esto nos va a dificultar valorar la evolución del glaucoma.

Por lo anteriormente dicho, el control de la tensión intraocular tiene una trascendencia mayor en estos pacientes. Si en pacientes glaucomatosos normalmente la tensión objetivo es 21 mm Hg, en estos casos debemos intentar que esté por debajo de 18 mm Hg.

Los fármacos que podemos utilizar son los habituales, quizás debemos evitar los prostaglandínicos, por que en algunos casos producen Edema Macular, si bien el mecanismo etiopatogénico es distinto al que aparece en la RP.

Si es necesario recurrir a la cirugía, podemos utilizar las técnicas habituales, recordando trabajar con la mínima intensidad de luz posible.

Miopía

Existe bastante discrepancia en la literatura sobre la frecuencia de la asociación entre RP y miopía, con estadísticas que oscilan entre el 10% --- 70%.

No hay diferencias en las pautas de actuación, con relación a la miopía, en estos pacientes, pero si que hay que tener en cuenta varios aspectos a la hora de abordar la cirugía refractiva (para quitar las dioptrías):

La técnica mediante láser (LASIK o La Querectomía Fotorefractiva), actúa sobre la superficie corneal, produciendo un aplanamiento. Aunque los resultados, tanto desde el punto de vista refractivo como visual, son en general muy satisfactorios, en los primeros meses se

puede producir una disminución en la sensibilidad al contraste y, sobre todo, algunas dificultades en la visión por la noche: visión de halos alrededor de las luces, deslumbramientos etc..(En la mayoría de los casos desaparecen espontáneamente). Evidentemente estas alteraciones van a ser mas trascendentes en la RP. Dado que estas alteraciones son mas frecuentes cuando la miopía corregida es alta, es importante tenerlas en cuenta a la hora de intervenir, mediante estas técnicas, miopías superiores a 5 dioptrías (como regla general).

La alternativa en las miopías altas sería el implante de lentes fáquicas, bien sea en cámara anterior o posterior, pero, como ya hemos comentado, dado que estos pacientes presentan cataratas mas precozmente, en el caso de que se asociaran miopía alta y catarata, aunque la opacidad no fuera importante, se podría plantear la lensectomía refractiva (extracción de la catarata e implante de lente intraocular).

Retinopatía diabética

No se plantean diferencias en el control de la retinopatía diabética en estos enfermos.

La mayoría de las alteraciones que se producen en la retina del diabético, son secundarias a la alteración de la microcirculación (aumento de la permeabilidad y cierre de los capilares) y la hipoxia secundaria. En la RP como consecuencia de la destrucción de los fotorreceptores, se produce un menor consumo de oxígeno en las capas externas, por lo que la concentración de este gas es mayor de lo normal en las capas internas y en la cavidad vítrea. Como consecuencia de esto, parece lógico que tengan menos riesgo de neovascularización y edema macular.