

procedimiento quirúrgico, el paciente ha experimentado una mejoría subjetiva, encontrándose sin dolor y con una agudeza visual estable respecto al inicio.

Los adelgazamientos estromales extremos o descematoceles pueden acabar en perforaciones o microperforaciones corneales, que deben recibir un tratamiento urgente². Las diferentes opciones terapéuticas incluyen el empleo de adhesivos como el cianoacrilato, la utilización de un parche multicapa de membrana amniótica o bien una queratoplastia «en caliente», ya sea lamelar o penetrante³.

En nuestro caso, ante el elevado riesgo de perforación decidimos iniciar el tratamiento con métodos conservadores ya que, aunque la queratoplastia tectónica, constituye el método teórico más eficaz, las dificultades de disponibilidad de tejido corneal donante, fresco o conservado, unido a los riesgos aumentados de infección y rechazo en un ojo gravemente inflamado, dificultan y hacen controvertida la indicación de una cirugía «en caliente». A pesar de que se han descrito buenos resultados con los métodos menos agresivos, la evolución de nuestro paciente fue tórpida.

Como conclusión, valorar en pacientes con enfermedad de superficie ocular compleja en los que presumiblemente se requerirán varios procesos quirúrgicos, la realización de una queratoplastia tectónica como primera opción terapéutica. El hecho de disponer de córneas silico-disecadas facilita la realización de este procedimiento en ausencia de córneas frescas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta N, Sachdev R, Tandon R. Sutureless patch graft for sterile corneal melts. *Cornea*. 2010;29:921-3.
2. Vanathi M, Sharma N, Titiyal JS, Tandon R, Vajpayee RB. Tectonic grafts for corneal thinning and perforations. *Cornea*. 2002;21:792-7.
3. Seitz B, Das S, Sauer R, Mena D, Hofmann-Rummelt C. Amniotic membrane transplantation for persistent corneal epithelial defects in eyes after penetrating keratoplasty. *Eye*. 2009;23:840-8.

L. Hernandez Bel*, R. Calvo, N. Domenech,
V. Castro y E. Cervera

Department of Ophthalmology, General Hospital, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.hernandez.bel@hotmail.com
(L. Hernandez Bel).

0365-6691/© 2015 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ofal.2015.03.002>

¿Qué escala debemos elegir para evaluar actividad y gravedad en la orbitopatía de Graves?



Which scale should we choose to assess activity and severity in Graves orbitopathy?

Sr. Director:

En Europa, el *EUropean Group On Graves' Orbitopathy* (EUGOGO) ha popularizado el uso de la escala de actividad conocida como CAS (*Clinical Activity Score*), junto con otra para valorar la gravedad de la orbitopatía de Graves (OG)^{1,2} (fig. 1). Ambas cuentan con un sólido sustento académico al haber sido empleadas en múltiples estudios de investigación. No obstante, presentan ciertos aspectos controvertidos que es preciso conocer antes de utilizarlas.

La escala CAS, aunque de fácil y rápida realización, otorga a todos los ítems analizados la misma puntuación binaria. Por tanto, los cambios únicamente se documentan cuando aparecen o se resuelven, sin que exista preponderancia de unos sobre otros: por ejemplo, la aparición de neuropatía óptica

no representa un mayor impacto que la hiperemia conjuntival. Este sistema tampoco correlaciona la puntuación obtenida con el riesgo de desarrollar complicaciones: un paciente con una puntuación baja puede desarrollar neuropatía óptica; en cambio, otro paciente con una puntuación alta puede presentar congestión crónica de tejidos blandos, refractaria a inmunoterapia, pero respondedora a descompresión quirúrgica.

En cuanto a la escala de gravedad del EUGOGO, su categorización de la OG leve frente a la moderada-severa resulta algo imprecisa de cara a seleccionar el tratamiento más apropiado en cada caso. Tampoco tiene en cuenta la influencia de la OG sobre la calidad de vida del paciente: un sujeto con neuropatía óptica, desaturación cromática leve y buena agudeza visual central, sería categorizado como OG muy severa,

Actividad OG según Escala CAS EUGOGO	
1. Dolor retrobulbar espontáneo	0/1
2. Dolor con los movimientos oculares	0/1
3. Eritema palpebral	0/1
4. Hiperemia conjuntival	0/1
5. Edema palpebral	0/1
6. Inflamación de carúncula y/o plica	0/1
7. Quemosis	0/1
8. Aumento de la proptosis en ≥ 2 mm (3 meses previos)	0/1
9. Disminución monocular de la motilidad en cualquier dirección $\geq 8^\circ$ (3 meses previos)	0/1
10. Disminución de la agudeza visual ≥ 1 línea Snellen (3 meses previos)	0/1
CAS inicial: Criterios 1-7	Actividad $\geq 3/7$
CAS seguimiento: + criterios 8-10	Actividad $\geq 4/10$
Gravedad OG EUGOGO	
OG leve [≥ 1 criterios]:	
Discreta retracción palpebral (< 2 mm)	
Afectación leve de tejidos blandos (edema palpebral...) que mejora con antiinflamatorios no esteroideos, compresas frías y elevación cefálica	
Exoftalmos < 3 mm sobre la normalidad para raza y género	
Diplopía transitoria presente o ausente corregible con prismas en caso necesario	
Exposición corneal respondedora a lubricantes	
Mínimo impacto en vida diaria $\rightarrow$ No justifica inmunomoduladores ni cirugía	
OG moderada a grave [≥ 1 criterios]:	
Retracción palpebral ≥ 2 mm	
Afectación moderada a severa de tejidos blandos	
Exoftalmos ≥ 3 mm sobre la normalidad para raza y género	
Diplopía inconstante o constante	
Notable impacto en vida diaria $\rightarrow$ Inmunomoduladores (fase activa) o cirugía (fase inactiva)	
OG grave con amenaza para la visión [≥ 1 criterios]:	
Neuropatía óptica compresiva	
Queratopatía por exposición avanzada con riesgo de cicatriz o perforación	
Intervención inmediata, con frecuencia quirúrgica	

Figura 1 – Escalas de actividad y gravedad del EUGOGO (traducción propia a partir de documentos de descarga pública y gratuita en: <http://www.eugogo.eu>).

incluso cuando el propio sujeto no perciba dichas alteraciones; en cambio, otro individuo con restricción marcada de la motilidad ocular, diplopía torsional y gran afectación de su calidad de vida, sería categorizado como OG moderada.

Por otro lado, la escala VISA (acrónimo de *Vision, Inflammation, Strabismus y Appearance*) de la *International Thyroid Eye Disease Society* (ITEDS), analiza tanto la actividad como la gravedad de la OG^{2,3} (fig. 2). Evalúa en orden descendente de prioridad terapéutica los 4 grupos de alteraciones ocasionadas por la OG: 1) visión; 2) inflamación/congestión de tejidos blandos; 3) estrabismo/restricción de la motilidad extraocular, y 4) apariencia/exposición corneal. La gravedad o afectación de cada apartado se valora a partir de datos subjetivos (síntomas del paciente) y objetivos (signos validados). Esta escala registra la evolución de cada uno de los 4 apartados principales (igual, mejor o peor), entendiéndose por

actividad y progresión de la enfermedad el deterioro entre visitas en cualquiera de ellos (por ejemplo, aumento de proptosis ≥ 2 mm o variación de ducciones oculares $\geq 12^\circ$). En este sentido, una alta puntuación inflamatoria basada en la escala CAS supone una evidencia adicional, pero no suficiente, de enfermedad activa. Por último, otra característica reseñable del sistema de clasificación VISA es su diseño simplificado por secciones, facilitando de este modo la recolección de información según las necesidades de los estudios de investigación.

En definitiva, la escala VISA supone en nuestra opinión la herramienta más completa existente actualmente al alcance de los oftalmólogos, estén o no especializados en la materia, para la evaluación del estado de un paciente con OG, y lo que es más importante, para determinar si presenta o no progresión en el tiempo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4006797>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4006797>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)