

MENCIÓN ESPECIAL

“RETINOPATÍA DEL PREMATURO: UNA CAUSA DE CEGUERA PREVENIBLE CRECIENTE EN LATINOAMÉRICA”

La retinopatía de la prematuridad es una enfermedad que ha tenido un aumento importante a nivel mundial en los últimos 40 años. Lo anterior debido a que el porcentaje de sobrevivencia ha aumentado drásticamente del 5% al 65% en prematuros de menos de 1,000 gramos y de 35% a 90% aproximadamente, en los prematuros de 1,000 a 1,500 gramos de peso al nacer, principalmente en países altamente desarrollados.

Sin embargo y aún cuando la sobrevivencia en la mayoría de los países latinoamericanos no es tan alta, ésta zona del mundo se encuentra actualmente ante un problema serio por ceguera causada por ésta retinopatía. La sobrevivencia de prematuros en nuestra región, en general, se da en unidades neonatológicas que no cuentan con el equipamiento idóneo para la atención adecuada de los pacientes y además existe una falta enorme de conocimientos de la enfermedad tanto por parte de neonatólogos como de oftalmólogos, que aunado a la falta de programas de detección y tratamiento, propician un aumento en el número de casos de ceguera por ROP, por lo que es indispensable realizar cambios drásticos en el manejo del problema para disminuir la ceguera.

De los 37 millones de ciegos a nivel mundial en el año 2002, aproximadamente 1.4 millones fueron niños y de estos el 50% con ceguera prevenible. Se estima que en el año 2002, existían 60,000 ciegos por ROP, de los cuales 24,000 se encuentran en Latinoamérica, siendo ésta una de las regiones con más alto riesgo de ceguera por ROP a nivel mundial.

Ésta realidad latinoamericana se hizo palpable en la última Reunión Regional de ROP auspiciada por la Agencia Internacional de Prevención de Ceguera (IAPB) y la ONG Christoffel-Blinden mission, celebrada en Lima, Perú del 14 al 16 de noviembre del 2005, donde oftalmólogos y neonatólogos de 22 países, evaluaron el estado actual de los programas de detección, necesidades de recursos tanto humanos como de equipamiento para poder mejorar los ya existentes e iniciar nuevos programas; delimitar los criterios de detección, la mejor forma de tratamiento y evaluar el seguimiento que se da a estos pacientes a futuro.

Dentro de dicha reunión se pudo constatar que existen países con una buena difusión y suficientes programas de detección como es el caso de Chile, pero desgraciadamente la gran mayoría de los países sólo cuentan con esfuerzos aislados y muchas veces poco consolidados, así como otros en los cuales no existe ningún programa de detección de ROP habilitado, generando esto grandes retos a nivel regional para poder emprender una campaña contra éste problema tan devastador.

Acciones primarias

Uno de los principales problemas encontrados a nivel regional es la poca y en ocasiones nula conciencia de la enfermedad, tanto a nivel médico (oftalmológico y neonatológico) así como a nivel de autoridades sanitarias. Por lo que es indispensable que se utilice la fuerza reciente y creciente que van tomando los comités de prevención de ceguera y/o asociaciones académicas de cada país, para realizar cabildeo y difusión de ésta situación y lograr apoyos para poder aumentar el número de programas de detección.

Criterios de Tamizaje

Para poder iniciar un programa de detección es necesario tener claros los criterios de tamizaje que deben utilizarse, aún cuando éstos deben adaptarse a cada realidad nacional. Algunos puntos de consenso obtenidos en ésta reunión, son los siguientes.

El tamizaje debe realizarse al iniciar el programa en todos aquellos prematuros menores de 32 semanas de gestación y/o peso de 1,750 gramos o menos al nacer, pudiendo hacer éstos criterios más estrictos en base a la incidencia propia de cada unidad neonatal. Es indispensable llevar un registro estadístico de todos los casos y recordar que del 30% al 60% de los prematuros menores de 1,500 gramos al nacer,

desarrollarán algún grado de ROP. La revisión inicial debe realizarse a la 4ª. semana de edad postnatal, pudiendo ésto variar en prematuros de menos semanas de gestación. La ROP es rara antes de la semana 31 postconcepcional y la gran mayoría de los casos de ROP umbral se desarrollan entre la semana 34 a 42 de edad postconcepcional.

Clasificación de ROP

La ROP debe clasificarse en cuanto a: 1) *Localización* (Zona I: círculo posterior con radio del doble de la distancia del centro del nervio al centro de la macula; Zona II: se extiende centrífugamente del borde de la zona I a la ora serrata nasal y Zona III: retina residual del borde temporal de la Zona II a la ora serrata temporal), 2) *Extensión* (horas de reloj) y 3) *Estadio* (1: Línea de demarcación; 2: Borde elevado; 3: Proliferación fibrovascular extraretiniana; 4: Desprendimiento de retina parcial, extrafoveal, 4a y foveal 4b y 5: Desprendimiento de retina total), además de la presencia de “*enfermedad Plus*” (tortuosidad vascular posterior, rigidez pupilar, dilatación venosa en iris y opacidad vítrea), en base a la clasificación internacional revisada y publicada en AJO, de julio del 2005.

Criterios de Tratamiento

Aún cuando los criterios de tratamiento han sufrido cambios en los últimos años, sigue existiendo el siguiente principio: “entre más posterior y entre mayor involucramiento de tejido vascular retiniano, más serio es el padecimiento”. La clásica definición de “Enfermedad Umbral” consiste en 5 horarios continuos u 8 discontinuos en Zona II, estadio 3 con “enfermedad plus” asociada y ante la presencia de ésta, se debe instaurar el tratamiento. Sin embargo el tratamiento también se maneja actualmente en enfermedad PRE-umbral, que consiste en a) Zona II, estadio 2 con enfermedad plus en 2 o más cuadrantes, b) Zona II, estadio 3 sin enfermedad plus y c) Zona I, con cualquier grado de ROP.

También en la última revisión de la clasificación se agregó el concepto de ROP agresiva posterior, que presenta dos variedades clínicas en general y de no ser tratada, progresa rápidamente a estadio V. Éste tipo de ROP agresiva posterior normalmente se presenta en Zona I con dilatación y tortuosidad importante de vasos en los 4 cuadrantes, que no es proporcional a la retinopatía periférica y otra forma de ésta ROP agresiva posterior es la presencia de una malla fina de neovasos sobre la unión de la retina vascularizada y la no vascularizada.

Las entidades clínicas mencionadas anteriormente deben ser tratadas de preferencia con láser en la propia unidad neonatal o en quirófano de forma inmediata. Pudiendo requerirse tratamiento adicional a la semana si no existe regresión y vascularización normal de la retina periférica.

Los estadios más avanzados como los 4, pueden requerir intervenciones quirúrgicas diversas con cerclajes esclerales y/o vitrectomía con resultados muy reservados y variables. El estadio 5 en general tiene un pronóstico muy sombrío aún con abordajes quirúrgicos modernos.

Seguimiento

Los pacientes deben seguirse de preferencia semanalmente hasta que se observe regresión de la ROP y en los que no cumplieron los criterios de tratamiento, cada 1 a 2 semanas hasta observar la completa vascularización de la retina periférica.

Todos los pacientes prematuros deben ser evaluados oftalmológicamente, de preferencia durante la infancia y adolescencia y de ser posible de por vida, ya que aún los no tratados, llegan a presentar un porcentaje mayor de enfermedades oculares que la población normal, como son: defectos refractivos altos, estrabismo, desprendimiento de retina tardío, ectopia macular, etc. Debiéndose enviar a centros de rehabilitación de visión baja en caso de ser necesario desde edades muy tempranas.

Conclusión

La ROP es un padecimiento muy complejo que requiere de una descripción detallada en su diagnóstico, para poder realizar el tratamiento adecuado en el momento preciso y con ésto disminuir de forma drástica la progresión hacia estadios avanzados y la ceguera.

DR. MARCO ANTONIO DE LA FUENTE TORRES
JEFE DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
CIUDAD DE MÉXICO

marcodelafuente@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilbert, C, et. Al. Characteristics of Infants With Severe Retinopathy of Prematurity in Countries With Low, Moderate, and High Levels of Development: Implications for Screening Programs. *Pediatrics*,2005;115(5)May,2005: e518-e525
2. Committee for the classification of retinopathy of prematurity. An international classification for retinopathy of prematurity. *Arch Ophthalmol*. 1984, 102: 1130-1134.
3. The International Classification of Retinopathy of Prematurity Revisited An International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity *Archives of Ophthalmology Arch Ophthalmol*. 2005;123:991-999.
4. Early treatment for retinopathy of prematurity cooperative group. Revised indications for the treatment of retinopathy of prematurity: results of the early treatment for retinopathy of prematurity randomized trial. *Arch Ophthalmol*. 2003;121:1684-1694.
5. Katz X, Kychenthal A, Dorta P. Zone I retinopathy of prematurity. *J AAPOS*. 2000;4:373-376.