

Cataratas y retinopatía diabética



James Rice

Consultor vitreoretinal, University of Cape Town, Division of Ophthalmology, Faculty of Health Sciences, H53 Old Main Building, Grootte Schuur Hospital, Observatory 7925, South Africa. Correo electrónico: james.rice@uct.ac.za

Al controlar las cataratas de un paciente con diabetes, debe recordar que la cirugía de cataratas puede empeorar la retinopatía diabética. Los ojos con retinopatía diabética no proliferativa de leve a moderada en el momento de la cirugía se consideran de menor riesgo. Aquellos pacientes que padecen retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa grave sufren un riesgo mayor de enfermedad progresiva.¹ Es posible que el edema macular clínicamente significativo (CSMO) presente en el momento de la cirugía progrese y que los ojos con CSMO tratados con anterioridad tengan un mayor riesgo de reincidencia. El riesgo de progresión aumenta si la operación es complicada por manipulación excesiva, pérdida vítrea o inflamación posoperatoria grave.

En el mejor de los casos, cuando la catarata no impide el tratamiento láser, debe lograr y mantener un control eficaz de la retinopatía y la maculopatía durante, al menos, tres meses antes de la cirugía.

La gravedad de la catarata, a menudo, evita un examen o tratamiento adecuado de la retina en pacientes con diagnóstico o sospecha de retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa grave. En este caso, debe proporcionar fotocoagulación panretinal durante el procedimiento o bien en el período posoperatorio temprano. Al realizar la fotocoagulación panretinal intraoperatoria con un oftalmoscopio indirecto, deben rellenar la cámara anterior con viscoelástico y colocar una sutura corneana. Complete la fotocoagulación panretinal antes de insertar la lente intraocular. Esto permitirá una cámara anterior estable y una vista óptima, en especial si anticipa las muescas de la periferia.

Si planea administrar un tratamiento láser con una lente de contacto en el período posoperatorio temprano, debe suturar la herida de catarata. Si todavía se considera peligroso usar una lente de contacto, entonces puede aplicarse el microscopio mediante una lente de no contacto de 78 ó 90 dioptrías. También puede usar láser indirecto para la fotocoagulación panretinal.

Si el paciente padece maculopatía diabética o una retinopatía más avanzada, considere la triamcinolona intravítrea o anti VEGF al final del procedimiento para reducir el

“Debe recordar que la cirugía de cataratas puede empeorar la retinopatía diabética”



Cortesía de K. Suttle

Considere la triamcinolona intravítrea o anti VEGF al final de la cirugía para reducir el edema macular.

edema macular. La triamcinolona trata la inflamación que empeora el edema. El anti VEGF también reduce la inflamación retinal y puede mejorar los resultados visuales.² Los corticoides intravitreales pueden provocar aumento de la tensión intraocular y los agentes anti VEGF aumentan el riesgo de complicaciones traccionales en los ojos con la proliferación fibrovascular. Debe aplicar láser macular para CSMO después de la operación.

En pacientes diabéticos, es muy importante reducir la inflamación posoperatoria. Debe usar fármacos posoperatorios antiinflamatorios sin corticoides tópicos además de las preparaciones de corticoides tópicos de rutina, en especial en los pacientes con edema macular preexistente.³

En resumen, los pacientes diabéticos con retinopatía diabética moderada a leve y sin maculopatía tienen un buen pronóstico después de la cirugía de cataratas. La

retinopatía o maculopatía más avanzada debe tratarse al menos tres meses antes de la cirugía, si es posible. Si bien el láser es el tratamiento más reconocido, los agentes farmacológicos desempeñan una función importante en el control de estos pacientes. Además, es importante controlar los pacientes de alto riesgo durante el período posoperatorio.

Referencias

- 1 Somaiya MD, Burns JD, Mintz R, Warren RE, Uchida T, Godley BF. Factores que afectan los resultados visuales después de la facoemulsificación de incisión pequeña en pacientes con diabetes. *J Cataract Refract Surg* 2002;28(8):1364-1371.
- 2 Cheema RA, Al-Mubarak M, Amin YM, Cheema MA. Función de la cirugía de cataratas y la inyección de bevacizumab intravítrea en la prevención de la progresión de la retinopatía diabética: un estudio aleatorizado prospectivo. *J Cataract Refract Surg* 2009;35(1):18-25.
- 3 Endo N, Kato S, Haruyama K, Shoji M, Kitano S. La eficacia de la solución oftálmica de sodio bromfenac en la prevención del edema macular cistoideo después de la cirugía de cataratas en los pacientes con diabetes. *Acta Ophthalmol* 2010;88(8):896-900.