Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):30

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EV-21. - ¿REALIZAMOS ADECUADAMENTE EL ESTUDIO ETIOLÓGICO DE LA OCLUSIÓN ARTERIAL/VENOSA RETINIANA (OAR/OVR)?

M. Olid Velilla[1], M. Romero Brugera[1], J. Abellán Martínez[1], M. González Manrique[2], J. Ruiz Galiana[1], L. Vigil Medina[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid.

Resumen

Objetivos: Calcular la incidencia y ver las características clínicas de los pacientes diagnosticados de OAR y OVR en el Hospital Universitario de Móstoles entre enero del 2010 y diciembre del 2013. Analizar la adecuación del protocolo diagnóstico.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico oftalmológico de OAR y OVR derivados a Medicina Interna para completar estudio. Se analiza epidemiología, tratamiento previo al evento, pruebas complementarias realizadas y terapia instaurada.

Resultados: Se analizan 33 pacientes (67,7% varones), con una incidencia en nuestra población de OAR de 0,8 por 100.000 habitantes/año y de OVR de 2,8 por 100.000 habitantes/año. La mediana de edad fue de 68 años (35-87 años). El 78,8% de los pacientes tuvieron OVR y un 21,2% OAR. En la OAR el FRCV más frecuente fue el tabaquismo (85,7%), seguido de HTA (42,9%). Recibían tratamiento antihipertensivo e hipolipemiante el 28,6%. En el protocolo de estudio realizado, la autoinmunidad (ANA, ANCA), y los reactantes de fase aguda o RFA (VSG y PCR) no fueron diagnósticos en ningún paciente. Las pruebas de imagen a nivel cerebral (TAC y RMN) no aportaron datos diagnósticos relevantes. El Doppler de troncos supraaórticos (DTSA) fue patológico en el 57,6%, siendo lesiones hemodinámicamente significativas en el 14,3%. El ecocardiograma (ETT) no aportó hallazgos de interés. A raíz de estos datos se instauró antiagregación en el 71,4% de los casos, no se anticoaguló a ninguno, se mantuvo el tratamiento previo en el 28,6% de los casos y se realizó control de FRCV en todos los casos. En la OVR los FRCV más frecuentes fueron la HTA (65,3%) y la DL (50%). Recibían tratamiento antihipertensivo el 61,5% e hipolipemiante el 30,8%. En el protocolo de estudio realizado, la autoinmunidad fue positiva en el 7,69% para ANA y en el 3,84% para ANCA. En cuanto a RFA, la VSG estaba mínimamente elevada en el 42% (todos ellos en rango no significativo), y PCR no diagnóstica. En cuanto a las pruebas de imagen cerebrales, el TC no fue diagnóstico en ningún caso, encontrándose alteraciones no significativas en la RMN (19,2%). El ETT no aportó datos relevantes, y el DTSA fue patológico en el 15,4% de los estudios, de los que el 20% fue significativo. A raíz de estos datos se instauró antiagregación en el 30,8%, se mantuvo la terapia previa en el 30,8% y se realizó control de FRCV en todos los casos.

Discusión: La incidencia encontrada en nuestra población es similar a la descrita en la literatura. En la OAR y en la OVR se realiza un estudio protocolizado que incluye analítica con autoinmunidad,

estudio de hipercoagulabilidad, RFA, TC y RMN cerebral, DTSA, y ETT sin que se haya probado su adecuación. Según nuestros datos las pruebas radiológicas, el ETT y la autoinmunidad no aportan datos relevantes y se deberían solicitar de forma dirigida ante sospecha clínica. Parece razonable realizar de forma sistemática el estudio DTSA y RFA, al menos en la OAR. En estudios recientes se sugiere que episodios de hipotensión nocturna podrían tener un papel fisiopatológico importante, sin que esto se haya analizado en ninguno de nuestros pacientes.

Conclusiones: La incidencia de OAR y OVR encontrada fue similar a la descrita en estudios previos. Las pruebas de imagen cerebral (RM y TAC), el ETT y los estudios analíticos realizados de forma sistemática no parecen aportar nada al diagnóstico, por lo que consideramos que se deberían solicitar de forma dirigida en función de la edad del paciente, sospecha clínica extraída de la historia clínica o la exploración física y no de forma protocolizada. Parece aconsejable realizar un DTSA en todos los pacientes y sería interesante valorar en estudios posteriores si es adecuado la realización de un MAPA en esta patología.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.