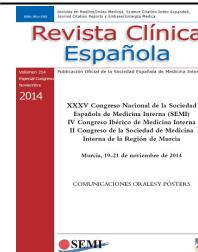




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

T-6. - ESTUDIO SISTÉMICO DE UNA COHORTE DE 50 PACIENTES CON OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA

L. Guirado, V. Rosa, M. Cotugno, M. Hernández, M. García, B. García, S. Ojalora

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Objetivos: La oclusión venosa retiniana (OVR) es una trombosis venosa de sitio inusual que da lugar a pérdida de agudeza visual y es la 2ª causa de vasculopatía retiniana tras la retinopatía diabética. Son conocidos como factores de riesgo (FR) la edad y la hipertensión arterial (HTA). También se asocian los FR vasculares tradicionales y FR clásicos de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). El objetivo es analizar su relación en los pacientes con OVR, analizamos la eficacia de las pruebas solicitadas en una consulta de M. Interna y su comparación con los resultados publicados en la literatura.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal de 50 pacientes diagnosticados de OVR entre enero/2009 y diciembre/2011 en el servicio de oftalmología de nuestro hospital que fueron enviados a la consulta especializada de ETEV para una valoración sistémica. Se realiza una anamnesis detallada insistiendo en FRCV y FR para ETEV, exploración física completa y se solicita ECG, eco doppler troncos supraaórticos (TSA) así como bioquímica incluyendo perfil hepático, lipídico, función renal, HbA1c y homocisteína, hemograma y coagulación con dímero D y anticuerpos anticardiolipina IgM e IgG, beta-2-glicoproteína y anticoagulante lúpico. Posteriormente se evalúan los resultados y se prescribe tratamiento médico si procede.

Resultados: El 64% (32) son hombres y un 36% (18) son mujeres con una edad media de 62,9. El 50% (25) de los pacientes tienen HTA, el 40% (20) tienen dislipemia y un 28% (14) son diabéticos. Un 24% (12) son fumadores activos, el 22% (11) exfumadores y un 54% (27) no fumadores. Ningún paciente tiene trombofilia ni ETEV previa. Sin embargo, el 2% (1) tiene antecedentes familiares (AF) de ETEV y un 4% (2) de cardiopatía isquémica (CI) precoz. El 4% (2) tiene enfermedad arterial periférica e igual para insuficiencia cardíaca, el 6% (3) CI y otro 6% (3) accidente cerebrovascular (ACV) previo. El 10% (5) tuvo aborto previo, lo que suponía el 27% de las mujeres. Ninguna estaba embarazada. Un 2% (1) tuvo cirugía reciente previa, el 12% (6) tiene antecedente de neoplasia siendo activa en el 17% (1). Ningún paciente tomaba tratamiento hormonal, tuvo ingreso médico, traumatismo ni inmovilización previa, y tampoco hubo ningún paciente con antecedentes de EII, sd. nefrótico ni hemorragia previa. Las cifras de glucemia fueron entre 118 ± 38 , HbA1c 6.7 ± 1.3 , colesterol 204 ± 35 , TG 173 ± 137 , LDL 120 ± 34 , HDL 50 ± 14 , Hb 14.5 ± 4.1 , leucos 7.580 ± 3.005 , plaquetas 244.240 ± 64.897 y fibrinogeno 369 ± 76 . Hiperhomocisteinemia en 16% (8), SAF en 5% y 0 anticoagulante lúpico. El 70% (35) tuvo eco doppler normal, el 28% (14) con estenosis no significativa y un 2% (1) significativa. El 96% (48) de ECG era normal y sólo un 4% (2) era FA.

Discusión: Los resultados de la relación entre FR asociados con OVR de nuestros pacientes son similares a los publicados en la literatura, siendo prácticamente iguales con respecto a edad, HTA, dislipemia, viscosidad

sanguínea y DM. Hemos obtenido menor porcentaje de pacientes con AF de CI precoz, traumatismo previo, estenosis carotídea que en estudios ya publicados. Cabe destacar que otros datos no fueron recogidos en otros estudios como son la localización de OVR, antecedentes de embarazo/puerperio, trombofilia, AF ETEV, neoplasia, inmovilización o cirugía previa, valores de dímero D, muchos de ellos FR clásicos para ETEV. Con respecto a los marcadores analíticos como homocisteína, dímero D, Ac anticardiolipinas y anticoagulante lúpico (ningún paciente tuvo este último +), así como la realización de ECG y eco doppler TSA, carecieron de utilidad práctica en cuanto al diagnóstico y tratamiento en nuestros pacientes con OVR.

Conclusiones: Destacar la importancia de realizar una valoración sistémica de factores de riesgo en pacientes con OVR, evitar la realización de pruebas analíticas y no analíticas que carecen de utilidad diagnóstica y terapéutica pero sí conllevan coste económico, así como, mejorar los protocolos existentes en las distintas guías.