Comunicación oral

INSTRUMENTACIÓN EN OPTOMETRÍA CLÍNICA | Viernes, 4 de abril | ▶ 09:40 h | ▶ Sala N-118 | ▶ ID-00113

ESTUDIO DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES CON DRUSAS DE NERVIO ÓPTICO

Autores:

Patricia Flores-Rodríguez[1], Pablo Gili Manzanaro[2], Javier Orduña-Azcona[2], Elena Loma Serrano[3]

Instituciones: *[(1)]Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile [(2)]Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Departamento de Oftalmología. [(3)]Hospital Universitario del sureste Arganda del Rey Madrid. Departamento de Oftalmología.*

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Las drusas de nervio óptico (DNO) muestran una papila elevada, de bordes borrosos, con imágenes nodulares amarillentas (drusas visibles) o sin ellas (drusas ocultas o enterradas). Aunque en las fases iniciales las DNO suelen ser asintomáticas, los defectos campimétricos son frecuentes (75%) y, en ocasiones, marcados. La teoría patogénica es que las calcificaciones producirían una compresión de la capa de fibras nerviosas(CFNR) que conduciría a la aparición de defectos campimétricos.

El objetivo es evaluar la afectación de CFNR en pacientes con DNO visibles y ocultas, y analizar la relación entre la localización topográfica en fondo de ojo y la afectación por sectores en la tomografía de coherencia óptica (OCT).

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de 66 ojos (66 pacientes) con DNO confirmadas por ecografía B. Realizamos fotografías papilares en color, autofluorescencia y tomografía de coherencia óptica de dominio tiempo (TD-OCT) y de dominio espectral (SD-OCT). Clasificamos las DNO en visibles y ocultas; registramos la localización de las drusas por cuadrantes. Valoramos el espesor de la CFNR promedio y por cuadrantes mediante el protocolo *RNFL Fast Optic Disc* (con TD-OCT) y *Optic Disc Cube* 200X200 (con SD- OCT). Analizamos la afectación de CFNR y valoramos la relación entre la localización de las drusas y la afectación por sectores en OCT.

RESULTADOS

43 ojos mostraban DNO visibles y 23 ocultas. La localización de las DNO pudo determinarse en 59 de los 66 ojos. Las drusas se localizaron en los sectores 62% nasal, 52% superior, 42% inferior y 24% temporal.

El espesor de CFNR con TD-OCT y SD-OCT fue menor en los pacientes con DNO visible respecto a las ocultas, con diferencias estadísticamente significativas en todos los cuadrantes, a excepción del cuadrante temporal. En DNO visibles el espesor por cuadrantes fue: nasal 65 y 60 µm (para TD-OCT y SD-OCT), temporal 73 y 66 µm; superior 99 y 89 µm; inferior 108 y 104 µm, respectivamente. En DNO ocultas: nasal 90 y 82 µm; temporal 87 y 86 µm; superior 138 y 130 µm; e inferior 135 y 135 µm.

La asociación entre la localización de las drusas y la afectación del espesor de CFNR mostró una relación estadísticamente significativa en todos los cuadrantes en las DNO visibles: cuadrante superior (afectación del 86% con TD-OCT 86% y del 89%con SD-OCT), in-

ferior (83% y 73%), nasal (100% y 100%) y temporal (100% y 100%). En las DNO ocultas no existió relación significativa, a excepción del cuadrante temporal.

CONCLUSIONES

Los pacientes con DNO visibles muestran una pérdida mayor del espesor de CFNR que las ocultas. Existe una relación entre la localización topográfica de las drusas y la afectación sectorial de CFNR en OCT para las DNO visibles.