Comunicación oral

ATENCIÓN PRIMARIA / SALUD PÚBLICA | Viernes, 4 de abril | 10:00 h | Sala N-112 | ID-00013

GROSOR DE LA CAPA DE FIBRAS DEL NERVIO ÓPTICO COMO UN BIOMARCADOR DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

Autores:

Juan Carlos Viñuela Rodríguez[1]

Instituciones: [1]*Natural Optics Pallars*

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

La diabetes es una enfermedad sistémica que representa la mayor causa de ceguera en los países desarrollados. El aumento de la prevalencia (371 mill. personas, 3,8 % de la población mundial, *Atlas de la IDF 2012*) y de los costos sociales y sanitarios que genera han dado lugar a las nuevas vías de tratamiento: la prevención y el diagnóstico precoz.

Una vez establecido el diagnóstico diabético, el estudio del grosor de la capa de fibras del nervio óptico podría representar un biomarcador previo a la aparición de retinopatía diabética. El objetivo del estudio es determinar si existe un defecto en el grosor de la capa de fibras del nervio óptico en pacientes diabéticos sin desarrollar retinopatía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio con 22 ojos de pacientes diabéticos (tipo I y tipo II) sin retinopatía diabética y 22 ojos de pacientes no diabéticos (sanos) como control, ambos grupos simétricos en edad y sexo (IC=95%, Potencia=87%). Criterios de exclusión: todo tipo de alteración de la transparencia de medios, lesiones vasculares retinianas, glaucoma y neuropatías, degeneración macular y otras maculopatías, agudeza visual < 20/20, limitaciones del campo visual, discromatopsias.

A los dos grupos se les realizó una tomografía de coherencia óptica (OCT) de nervio óptico y de mácula. Se utilizó una estrategia circular con un anillo de 3,4 mm x 1024 para el análisis del grosor de la capa de fibras del nervio. Para el estudio macular la estrategia fue de un escáner radial de 6.0 mm - 1024 x 6.

RESULTADOS

Los resultados de los dos grupos fueron comparados en los diferentes sectores del nervio óptico: superior, inferior, nasal y temporal. También la media del espesor total del nervio. Todos los valores fueron más altos en el grupo control salvo los del sector Nasal que fueron superiores en el grupo diabético.

Por otro lado, el espesor central foveal resultó inferior en el grupo diabético. Sin embargo, el espesor medio considerando el área de 6.0 mm en su conjunto fue mayor en este mismo grupo de diabéticos.

CONCLUSIONES

Existe un grosor de la capa de fibras del nervio óptico más reducido al menos en tres de los cuatro cuadrantes en los pacientes diabéticos. Con esto, y sabido que los cambios estructurales y funcionales neuronales ocurren antes que las complicaciones vasculares detectables, podemos decir que el grosor de la capa de

fibras y su variación en el tiempo nos puede predecir la retinopatía diabética.

Por otro lado, hay un espesor retiniano menor en la zona foveolar para el grupo diabético y sin embargo la colina macular (zona inmediatamente parafoveolar) es más gruesa en estos pacientes que en el grupo control. Esto podría deberse a la presencia subclínica de cierto grado de edema macular. Para justificar esta hipótesis el estudio continúa en el tiempo analizando los mismos datos en la misma muestra y comprobando sus variaciones.