

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento del Desprendimiento de Retina Seroso

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-327-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

H33.2 Desprendimiento de Retina Seroso

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Desprendimiento de Retina Seroso

ISBN en trámite

DEFINICION

El desprendimiento seroso de la retina neurosensorial puede ocurrir debido a cualquier proceso que altere la barrera hemato-retiniana externa controlada por el epitelio pigmentario retiniano. Las fugas subretinianas debido a la alteración de la perfusión vascular y la permeabilidad de la coroides se produce en enfermedades sistémicas, inflamatorias e infecciosas, con paso de líquido al espacio subretiniano que separa las capas de la retina acumulando líquido en su interior y generando la formación de pliegues. No se encuentran pérdidas de continuidad en la retina (desgarros o agujeros). Es característico encontrar un fluido movedizo que explica la variación en la localización del DR dependiendo de la posición en que examinemos al paciente.

FACTORES DE RIESGO:

Existen diversos trastornos que actúan como factores de riesgo para el desprendimiento de retina seroso. Se pueden agrupar en idiopáticos, inflamatorios, isquémicos, tumorales y vasculares retinianos. Entre los que se encuentran:

- Artritis reumatoide
- Síndrome antifosfolípidos
- Poliarteritis nodosa
- Enfermedad de Behçet
- Arteritis de células gigantes
- Sarcoidosis
- Toxocariasis
- Artritis idiopática juvenil
- Sífilis
- Tuberculosis
- Lupus eritematoso sistémico
- Enfermedad de Lyme
- Coriorretinopatía serosa central
- Síndrome de efusión uveal
- Escleritis posterior
- Síndrome de Sturge-Weber, asociado con hemangioma coroideo
- Síndrome de necrosis retiniana aguda
- Neuroretinitis subaguda unilateral
- Síndrome de Vogt Koyanagi Harada
- Vasculitis asociada a ANCA (anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos)
- Enfermedad de Coats

DIAGNÓSTICO

Habitualmente el paciente acude con baja visual y el diagnóstico de desprendimiento de retina es clínico. Durante la historia clínica es necesario realizar un interrogatorio clínico intencionado y exhaustivo en busca de todas aquellas patologías que cursan con desprendimiento de retina seroso. Mientras que la exploración confirma la presencia del desprendimiento al observar la separación de las capas de la retina que se encuentran íntegras, con presencia de líquido subretiniano y poco profundo y localización fluctuante del desprendimiento que depende de la posición en que se encuentre el paciente.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los exámenes iniciales de laboratorio deben incluir:

- Biometría hemática completa
- Plaquetas
- Volumen de sedimentación globular
- Antiestreptolisina
- Factor reumatoide y proteína C reactiva cuantitativas
- A criterio del reumatólogo y/o médico internista considerar: radiografía de tórax y de mano, VDRL, FTA-ABS anticuerpos anti Lyme, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-DNA, doble cadena, anticuerpos anti-Smith, complemento C3, C4 CH50, anticoagulante lúpico, anticardiolipina, anti- β 2-glicoproteína I, antipéptido cíclico citrulinado, anticuerpos contra citoplasma de neutrófilos y estudios angiográficos.

TRATAMIENTO OFTALMOLÓGICO

Se sugiere prednisona en inflamación ocular crónica a dosis de:

- Dosis inicial 1mg/kg/día
- Dosis oral máxima en adultos 60-80mg/día.
- Dosis de mantenimiento en adultos igual o menor de 10mg/día

Dosis de reducción:

- En caso de utilizar 40mg/día o más, disminuir 10 mg cada 1-2 semanas.
- En caso de utilizar 40-20mg/día disminuir 5 mg/día cada 1-2 semanas
- En caso de utilizar 20-10mg/día disminuir 2.5mg/día cada 1-2 semanas.

En caso de utilizar 10-0 mg/días disminuir 1 a 2.5mg/día cada 1-4 semanas

Además se deberá:

- Realizar monitoreo mensual de: peso, niveles de glucosa y presión arterial
- Realizar Monitoreo anual de: Colesterol y triglicéridos y monitoreo de densidad ósea los primeros 3 meses y anualmente a partir de entonces
- Otorgar suplementos de: calcio 1500 mg y vitamina D 800 UI al día. Estrógenos y agentes antireabsorción para reducir la pérdida ósea.

En pacientes con inflamación ocular, que:

- No responden
- Presentan efectos secundarios a esteroides
- Requieren dosis altas de esteroides sistémicos

Refractarios a tratamiento con esteroides:

- Agentes inmunosupresores
- Agentes inmunomoduladores

Son una alternativa viable y es importante que sea administrada por un médico internista o reumatólogo (que además realizarán del diagnóstico de la patología de base), quien administrará y dosificará en forma suficiente el medicamento elegido, monitorizando al paciente de manera eficaz para evitar los efectos adversos, atender posibles complicaciones y dar seguimiento mediante consulta y laboratorio.

La elección de tratamiento dependerá del paciente y otras características, como manifestaciones neurológicas, función renal, fertilidad y el estado de la médula ósea.

Los expertos manifiestan que debe considerarse la toxicidad y realizar controles serológicos regulares para detectar dichos eventos adversos oportunamente

- Los agentes biológicos no cuentan con suficientes estudios como para emitir una recomendación de uso rutinario. Deberán ser evaluadas por el médico tratante en casos de uveítis refractarias a tratamiento.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Terapias alternativas son la aplicación de láser, terapia fotodinámica y vitrectomía con resultados similares y no se recomienda su uso rutinario. Sin embargo los casos que no responden después de tratamiento a esteroides o terapia inmunológica deberán intentarse para evitar la pérdida celular que a largo plazo genera membrana neovascular subretiniana y secuelas visuales.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

De primer a segundo nivel de atención:

- Envío urgente a oftalmología, del paciente con baja visual importante.
- Envío ordinario a medicina interna y/o reumatología de pacientes que acuden a consulta por baja visual y sean portadores de enfermedades que cursan con DRS

De segundo a tercer nivel de atención:

- Pacientes con DRS sin evidencia de inflamación activa y con involucro del área macular que persista después de tratamiento con prednisona durante 3 meses, seguido de manejo con inmunomoduladores por reumatología y/o medicina interna por un año, para evaluar terapia fotodinámica o drenaje de líquido subretiniano como última alternativa.

De tercero a segundo nivel de atención:

- Pacientes sometidos a terapia fotodinámica o cirugía de drenaje al resolverse el proceso inflamatorio.

De segundo a primer nivel de atención:

- Pacientes que recibieron tratamiento médico y que presentaron resolución de la inflamación y del DRS

INCAPACIDAD

Se sugiere la incapacidad inicial por 28 días y la subsecuentes dependerá de la presencia o ausencia de complicaciones y secuelas y se determinará por las especialidades involucradas que dependeran del tiempo de resolución del desprendimiento y de la agudeza visual y de la actividad que realice el paciente

SEGUIMIENTO

Consiste en evaluación anual en el segundo nivel para detección y manejo de procesos inflamatorios oculares

CAUSAS DE DESPRENDIMIENTOS DE RETINA EXUDATIVOS Y HEMORRÁGICOS	
1. Tumores	Retinoblastoma
	Melanoma de coroides
	Metástasis
2. Vasculares	Angiomatosis
	Enfermedad de Von Hippel-Lindau
	Enfermedad de Leber-Coats
3. Inflamación	Papiledema
	Escleritis posterior
	Síndromes uveomeningeos
	Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada
4. Enfermedades del colágeno	Coriorretinopatía serosa central
	Nanoftalmos
5. Enfermedades sistémicas	Hipertensión grave toxemia gravídica
	Glomérulo nefritis crónica
6. Iatrogénica	Sobre dosificación
	Foto coagulación
	Crió coagulación

J.R. Fontenla, D. Pita. Desprendimiento de retina exudativo y hemorrágico.

<http://www.oftalmocom.com/Temas/Retina/DR/DRexudativo.htm>

ESCALA DE RECOMENDACIÓN E INDICACION TERAPEUTICA DE LOS INMUNOMODULADORES		
Medicamento	Enfermedad	Recomendación
Azatioprina	Coroiditis serpinginosa, coroiditis y uveítis multifocal, neuroretinitis y pénfigo cicatrízal ocular	BI
Micofenolato de Mofetil	En pacientes intolerantes a esteroides y en quienes fallan otras drogas inmunosupresoras.	BII
Metotrexate	Artritis reumatoide, lupus, Artritis reumatoide juvenil, uveítis HLA B-27 positivo, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, e inflamación de etiología desconocida	BII
Ciclofosfamida	Enfermedad de Behçet, policondritis, coroiditis serpinginosa, pénfigo cicatrízal, escleritis	CII
Clorambucil	En pacientes que han tenido falta de respuesta al tratamiento con corticoides como monoterapia o en combinación con azatioprina, o fueran intolerantes a los corticosteroides, o por los efectos secundarios de la azatioprina. Artritis reumatoide juvenil, oftalmía simpática, enfermedad de Behçet, coroiditis serpinginosa	CII
Ciclosporina	Uveítis en general, enfermedad de Behçet, retinocoroidopatía de Birdshot, coroiditis serpinginosa, oftalmía simpática, coroiditis, panuveítis. pénfigo cicatrízal ocular	AI
Tacrolimus	Pénfigo cicatrízal ocular puede ser utilizado en pacientes refractarios ó intolerantes a la ciclosporina	CII

Okada, Anabelle A. Immunomodulatory Therapy for Ocular Inflammatory Disease: A Basic Manual and Review of the Literature, Ocular Immunology and Inflammation 2005 (13) 335-351.

Immunosuppression in uveitis Ali R. Djalilian, MD*, Robert B. Nussenblatt, MD Ophthalmol Clin N Am 15 (2002) 395- 404

AGENTES INMUNOSUPRESORES: CLASE	DOSIS Y RUTA DE ADMINISTRACIÓN:
Antimetabolitos:	
Metotrexate	Oral: 7.5 – 15 mg/kg/día (puede administrarse IM)
Azatioprina	Oral: 1.0 – 2.5 mg/kg/día
Leflunomide	Oral: 20 mg/día (dosis de carga única = 50mg/día)
Micofenolato mofetil	Oral: 1g, 2 veces/día
Citotóxicos o Alquilantes:	
Ciclofosfamida	Oral: 1.0 – 2.5 mg/kg/día
	Pulso IV: 750 mg/m ² (ajustado a función renal y cuenta leucocitaria)
Clorambucil	Oral: 0.1 – 0.2 mg/kg/día
Inmunomoduladores:	
Ciclosporina-A	Oral: 2.5 – 5.0 mg/kg/día (régimen de dosis baja)
Tacrolimus (FK506)	Oral: 0.10 – 0.15 mg/kg/día
Rapamicina	Oral: 2.0 mg/día
Dapsona	Oral: 25 – 50 mg, 2-3 veces/día (ajustar a cuenta roja)
Hidroxicloroquina	Oral: 200 – 300 mg/día (monitoreo ocular, dosis acumulativa)
Adyuvantes:	
Bromocriptina	Oral: 2.5 mg, 3-4 veces/día
Ketoconazol	Oral: 200 mg 1-2 veces/día
Colchicina	Oral: 0.5 – 0.6 mg, 2-3 veces/día
Anticuerpos Monoclonales / Moléculas:	
Daclizumab (anti-IL-2 o CD25)	IV o SC: 1 – 2 mg/kg
Etanercept (rTNF)	SC: 25 mg 2 veces/sem.; niños: 0.4 mg/kg 2 veces/semana
Infliximab)α(anti-TNF	SC: 3 – 10 mg/kg
Interferón alfa Inmunoglobulina	SC: 3 – 6 x 10 ⁶ IU/día x 1 mes, luego c/3 ^{er} día; 3 x 10 ⁶ IU 3 veces/sem.IV: 0.5 g/kg/día (infusión para 4 hrs. x 3 días consecutivos x mes)

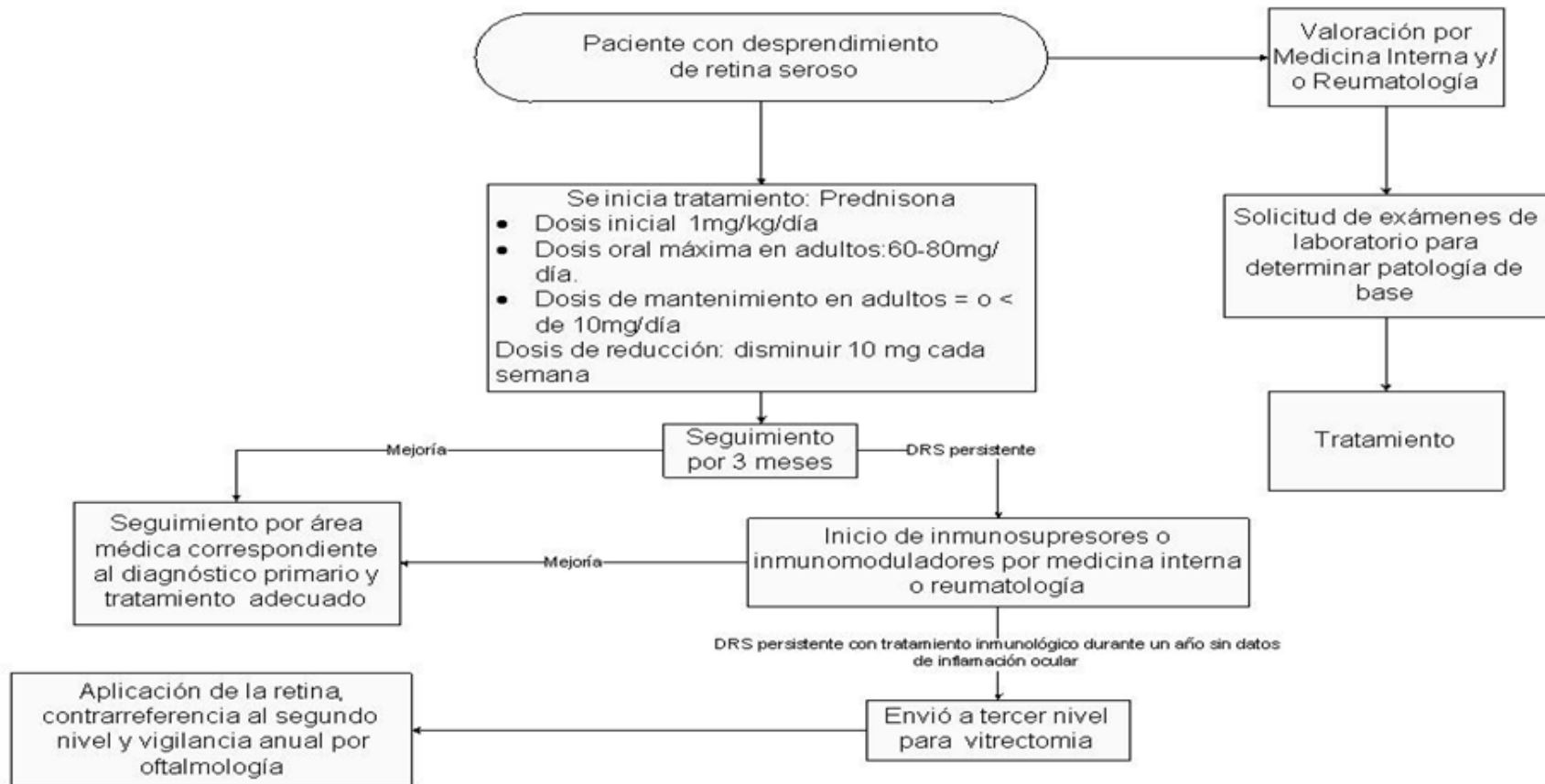
IV = intravenoso; IM = intamuscular; SC = subcutáneo; IL-2 = interleucina-2; CD25 = grupo de diferenciación 25; rTNF = factor de necrosis tumoral recombinante;

Rodríguez García. Revisiones temáticas 2007. Experiencia del tratamiento inmunosupresivo e inmunomodulador en pacientes con diversas formas de uveítis.

Jabs DA, Rosenbaum JT, Foster CS, Holland GN, Jaffe GJ, Louie JS, Nussenblatt RB, Stiehm ER, Tessler H, Van Gelder RN, Whitcup SM, Yocum D. [Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: recommendations of an expert panel.](#) Am J Ophthalmol. 2000;130(4):492-513

ALGORITMOS

Desprendimiento de Retina Seroso, Abordaje Oftalmológico



Desprendimiento de Retina Seroso. Abordaje de Estudio Reumatológico

