

Resúmenes de artículos publicados recientemente en otras revistas

J. Català

Diferentes aspectos en relación con el rechazo en la queratoplastia penetrante

Pleyer U, Dannowski H, Volk HD, Ritter T. Corneal allograft rejection: current understanding. I. Immunobiology and basic mechanisms
Ophthalmologica 2001 Jul-Aug;215(4):254-6.

Inoue K, Amano S, Oshika T, Tsuru T. Risk factors for corneal graft failure and rejection in penetrating keratoplasty.

Acta Ophthalmol Scand 2001 Jun;79(3):251-5.

Sit M, Weisbrod DJ, Naor J, Slomovic AR. Corneal graft outcome study.
Cornea 2001 Mar;20(2):129-33.

Naacke HG, Borderie VM, Bourcier T, Touzeau O, Moldovan M, Laroche L.
Outcome of Corneal transplantation rejection.
Cornea 2001 May;20(4):350-3.

El artículo que nos introduce en este tema es una revisión de los factores inmunológicos y de los mecanismos patogenéticos implicados en el rechazo de un injerto corneal. Los dos artículos siguientes nos explican los resultados de sendos estudios retrospectivos en los que se analizan los factores de riesgo del rechazo: Entre los factores implicados en el fallo del injerto se incluye la vascularización corneal, los reinjertos, los ojos afáquicos y pseudofáquicos, la presencia de sinequias anteriores periféricas y la edad mayor de 50 años en el receptor. En el rechazo del injerto propiamente dicho intervienen la vascularización corneal, los tiempos operatorios largos y la edad menor de 60 años en el donante. Por otra parte no se ha encontrado una asociación signifi-

ficativa entre fallo o rechazo del injerto y su tamaño ni la técnica de sutura. Finalmente el último artículo sobre este tema analiza los aspectos clínicos más relevantes una vez desencadenado el rechazo mediante un estudio prospectivo en 79 ojos: La mitad de los rechazos son reversibles. Las QPP en pacientes con queratopatía bullosa y los reinjertos corneales muestran mayor tendencia hacia la irreversibilidad del rechazo que los pacientes con distrofia de Fuchs o queratocono. La reversibilidad del rechazo no parece estar influenciada por factores del donante.

Estudio del coste del tratamiento en el glaucoma crónico

Calissendorff BM. Consumption of glaucoma medication.
Acta Ophthalmol Scand 2001 Feb;79(1):2-5.

Calissendorff BM. Costs of medical and surgical treatment of glaucoma.
Acta Ophthalmol Scand 2001 Jun;79(3):286-8.

J.F. Rouland, G. Peigne, E. Sellem, J.-P. Renard, W. Williamson, J.-M. Filippi, H. Cohn, P. Hamard, P. Abellan, A. Chagnon, F. Malet, I. & nb... Étude observationnelle rétrospective de coûts des deux premières années de traitement dans le glaucoma primitif à angle ouvert et l'hypertension oculaire en France.

J Fr Ophtalmol 2001;24(3):233-44.

El glaucoma es *la enfermedad* crónica por excelencia en oftalmología, además en los últimos años han aparecido nuevos tratamientos médicos y técnicas quirúrgicas modificadas que han aumentado la efica-

cia y también los costes de nuestra lucha contra esta enfermedad. En el primer artículo el autor remarca las diferencias entre los costes del tratamiento médico entre las diferentes regiones de Suecia y parece que no se deben a diferencias étnicas sino a aspectos de criterio terapéutico. Finalmente incide en que las nuevas terapias antiglaucomatosas tienden a ser añadidas al tratamiento ya establecido en lugar de sustituirlo. El mismo autor nos muestra un estudio retrospectivo en el que compara los costes del tratamiento médico y quirúrgico del glaucoma en 470 pacientes seguidos 3 años antes de la cirugía y 3 años desde la intervención. En el último artículo comentado se han analizado los costes directos y los resultados del tratamiento médico antiglaucomatoso durante 2 años en 11 centros diferentes.

Revisión global de la arteritis de Horton

Hachulla E, Boivin V, Pasturel-Michon U, Fauchais AL, Bourroz-Joly J, Perez-Cousin M, Hatron PY, Devulder B. Prognostic factors and long-term evolution in a cohort of 133 patients with giant cell arteritis. *Clin Exp Rheumatol* 2001 Mar-Apr;19(2):171-6.

Salvarani C, Hunder GG. Giant cell arteritis with low erythrocyte sedimentation rate: frequency of occurrence in a population-based study. *Arthritis Rheum* 2001 Apr;45(2):140-5.

Liu NH, LaBree LD, Feldon SE, Rao NA. The epidemiology of giant cell arteritis: a 12-year retrospective study. *Ophthalmology* 2001 Jun;108(6):1145-9.

Empezamos con un amplio estudio retrospectivo que abarca 18 años y 133 pacientes en los que se analizan distintos factores de la arteritis de células gigantes como sus criterios diagnósticos, la respuesta al tratamiento, las recidivas o la mortalidad. Entre las conclusiones destaca el hecho de que la afectación ocular se asocia a una menor supervivencia. El siguiente artículo también está publicado en una revista no oftalmológica y estudia las características de la enfermedad en los pacientes que cursan con una VSG normal a pesar de cumplir los criterios diagnósticos de arteritis de Horton activa. Estos individuos presentan menos síntomas sistémicos y menor

afectación ocular que el resto. No se detalla la correlación con los valores de la proteína C reactiva. Finalmente el artículo del *Ophthalmology* nos detalla los resultados de un estudio retrospectivo de 12 años en el que se relacionan aspectos como la VSG, la edad de inicio de la enfermedad y la raza con la positividad de la biopsia de la arteria temporal en pacientes que cumplen criterios clínicos de arteritis de células gigantes. Según sus resultados la positividad de la biopsia es excepcional en hispanos, siendo mucho más frecuente en la raza caucásica.

¿Qué material es el más adecuado para realizar una suspensión frontal?

El-Toukhy E, Salaem M, El-Shewy T, Abou-Steit M, Levine M. Mersilene mesh sling as an alternative to autogenous fascia lata in the management of ptosis. *Eye* 2001 Apr;15(Pt 2):178-82.

Wasserman BN, Sprunger DT, Helveston EM. Comparison of materials used in frontalis suspension. *Arch Ophthalmol* 2001 May;119(5):687-91.

Para los autores del primer artículo la respuesta a esta pregunta está entre dos candidatos: la fascia lata homóloga y el mersilene. Han diseñado un estudio prospectivo con 80 ojos en el que evalúan la eficacia y complicaciones de estos dos materiales con la técnica de la suspensión frontal. Según sus resultados, tras 33 meses de seguimiento parece que el mersilene es una alternativa con validez, efectividad y complicaciones similares a la fascia lata. En el segundo artículo se ha realizado un estudio retrospectivo con 102 suspensiones frontales realizadas en 46 pacientes. Han comparado la frecuencia de infección, la formación de granulomas y la recidiva de la ptosis utilizando los siguientes materiales: fascia lata autóloga y homóloga, monofilamento de nylon, poliéster trenzado, politetrafluoroetileno expandido y polipropileno. La mayor frecuencia de infecciones se ha dado con el politetrafluoroetileno expandido, mientras que con este material y con la fascia lata autóloga son menos frecuentes las recidivas. Aunque todos los materiales presentan el riesgo de infección y de formación de granulomas, parece que la fascia lata autóloga es el que ofrece unos mejores resultados con menor índice de complicaciones.