

USO INTRAVÍTREO DE PLASMINA AUTÓLOGA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO A LA CIRUGÍA OCULAR EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VÍTREO MACULAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

P. Garrido Collado¹, V.C. Delgado Ceballos², E. Delgado Alonso², F. Rodríguez Hurtado², M. Jurado Chacón¹

¹Servicio de Hematología y Hemoterapia; ²Servicio de Oftalmología.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Fundamentos: La degradación de coágulos de fibrina es llevada a cabo de forma fisiológica por la plasmina, que es una proteasa de serina que circula como proenzima inactiva del plasminógeno. Ante una lesión, tras la activación de la cascada de la coagulación, el plasminógeno se une al fibrinógeno y a la fibrina y se incorpora al coágulo. El activador tisular del plasminógeno (tPA) y en menor grado la urokinasa, son proteasas de serina que convierten el plasminógeno en plasmina, la cual digiere a la fibrina degradando el coágulos. El Síndrome de Tracción Vitreo-Macular (STVM) es una patología asociada a la edad y a la retinopatía diabética que actualmente se trata mediante una compleja cirugía denominada vitrectomía. En esta patología el vítreo posterior queda unido de forma anómala mediante fibras de colágeno y fibrina a la mácula. La vitreolisis enzimática por inyecciones de plasmina autóloga es una técnica que está facilita el despegamiento de esta unión. Existen muy pocos casos que describen el uso de inyecciones intravítreas de plasmina como tratamiento para facilitar el despegamiento de esta unión/membrana.

Objetivos: Mostrar los resultados iniciales de las inyecciones locales de plasmina autóloga activa da como tratamiento inicial del STVM.

Pacientes y métodos: La población objeto de estudio son aquellos pacientes que consultaron en el Servicio de Oftalmología desde enero hasta mayo del 2011 por pérdida de visión y fueron diagnosticados de STVM mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y aceptaron participar en el estudio. La plasmina autóloga se obtuvo mediante la extracción de 9cc de sangre del propio enfermo en 2 tubos de citrato de 4.5ml y es procesada por el Hematólogo en el mismo área quirúrgica. Tras su centrifugación para la obtención de plasma, se añade urokinasa activada a 37°C en un baño térmico. Se mezclan 1.8 ml de plasma con 0.2 ml de urokinasa, se agita vigorosamente durante 5 minutos y se obtiene la plasmina. Se toman 0.2 ml de la mezcla (plasmina), previo filtrado en filtro milipore de 0.22 micras. Inmediatamente se inyecta intravítrea con anestesia tópica. Si no existe despegamiento, se repite la técnica hasta en máximo de 3 inyecciones, tras las cuales se plantea cirugía. La eficacia del despegamiento se valora mediante OCT.

Resultados: Se han incluido a 10 enfermos con una edad media de 75 años sin diferencias por sexos. En 4 casos ha existido un despegamiento de la hialoides posterior, en 3 de ellos con una sola inyección, no precisando cirugía. En 7 casos hubo mejoría de la agudeza visual, en 2 no varió y en 1 existió empeoramiento, existiendo una correlación entre el despegamiento de la hialoides posterior y la mejoría de la agudeza visual. Sólo en uno de los casos con despegamiento, existió hipertensión intraocular post-inyección como complicación. En ningún paciente se han detectado complicaciones infecciosas.

Conclusiones: El uso de inyecciones intravítreas de plasmina autóloga en el STVM es eficaz en un 40% de los casos, carece de complicaciones importantes y su coste económico es muy bajo respecto a la vitrectomía. Debería valorarse como una opción de tratamiento en esta patología.