



## CARTA AL EDITOR

### ¿Necesitamos una nueva clasificación para la retinopatía diabética?



#### Do we need a new diabetic retinopathy classification?

Hace ya más de 2 décadas que contamos con una clasificación de severidad para la retinopatía diabética. Dicha clasificación surgió a partir de estudios ya clásicos, para evaluar la laserterapia como tratamiento de elección para grados severos de la misma y para reducir de esta manera, la pérdida visual importante<sup>1,2</sup>.

Muchos de los que nos dedicamos al tratamiento de esta complicación tardía de la diabetes, que efectos tan devastadores en todos sentidos tiene para el paciente, nos hemos percatado que es en cierto sentido poco práctica y en algunos casos tiene limitaciones.

Cierto es que nos dice el grado de severidad asociado al riesgo de pérdida visual severa en los pacientes con esta retinopatía, pero quizás no nos sirve mucho para establecer pronósticos visuales más precisos; más aún, no nos ayuda probablemente en mucho para decidir quién es operable o no sobre todo en los casos de retinopatía diabética proliferativa avanzada. Casos que por cierto, ocupan una muy buena parte de la práctica quirúrgica del médico oftalmólogo con alta especialidad en retina-vítreo.

En esta categoría lo mismo entra un paciente con desprendimiento mixto (traccional-regmatógeno), que subjetivamente nos parece tener «pocas» o «no muy extensas proliferaciones fibrovasculares», planos de clivaje adecuados para segmentarlos con vitrector o microtijeras, sin riesgo aparente de causar retinotomías yatrógenas, que un desprendimiento también mixto, con fibrosis «extensa», «muy adherida a la retina» que representa un reto técnico-quirúrgico mucho mayor. Lo anterior aún con los avances y mejoras recientes de los equipos de corte y succión, y el mejoramiento de las técnicas bimanuales, entre otros aspectos.

También, lo mismo entran pacientes con fibrosis masiva anterior al ecuador, hipotonía o por el contrario los que cursan con desprendimiento traccional poco extenso que no amenaza la fovea. Este frecuentemente tiende a

mantenerse estable, sobre todo si la retinopatía se encuentra en la llamada etapa quiescente, involutiva, consumida o «burn-out retinopathy» como se le denomina en la literatura anglosajona.

En algunas de las situaciones mencionadas con anterioridad, la decisión de intervenir quirúrgicamente depende mucho del cirujano. Existe todavía una «zona gris» o mal definida entre lo que es quirúrgico y lo que no lo es, sin que exista una guía del todo consensuada que ayude al médico sobre todo con poca experiencia a tomar decisiones en este sentido.

Otras de las desventajas de la clasificación actual, es que es hasta cierto punto compleja y para muchos colegas difícil de aplicar y recordar con precisión en la práctica clínica cotidiana. En un intento por atajar este tipo de inconvenientes, Wilkinson et al.<sup>3</sup> y Chew<sup>4</sup> en el 2003 establecieron una modificación a esta clasificación, simplificándola parcialmente para que fuera más fácil de aplicar y recordar; dicho de otra manera, más «intuitiva» o «amigable»<sup>5</sup>.

Sin embargo, adolece como la anterior de poder establecer diferencias y pronósticos en las etapas más avanzadas de la retinopatía y en la que desafortunadamente llegan una buena parte de los pacientes para su atención.

Por otro lado, con el creciente uso de estudios como la angiografía fluoresceínica de campo amplio o «panorámica» en donde es posible ver todas las áreas de isquemia o cierre capilar, en la literatura cada vez más vemos términos como el de «índice isquémico», que probablemente se tomarán más en cuenta en las clasificaciones futuras de la retinopatía diabética.

Otro de los estudios que actualmente está en sus inicios y seguramente también impactará nuestra visión de esta entidad y muchas otras del vasto espectro de la enfermedad retiniana, es la angio-tomografía de coherencia óptica o angio-OCT, por sus siglas en inglés.

Cualquiera que sea el futuro de la clasificación actual de la retinopatía diabética, es un hecho que como todo en medicina, cambiará y evolucionará inexorablemente con el tiempo, incorporando nuevas tecnologías como las mencionadas previamente. Es obviamente deseable el que nos llegue a proveer de otra invaluable herramienta para la valoración y atención de nuestros pacientes aquejados por esta entidad, que cada día serán desafortunadamente más, sobre todo en el futuro próximo.

## Bibliografía

1. [No authors listed]. Photocoagulation treatment of proliferative diabetic retinopathy. Clinical application of Diabetic Retinopathy Study (DRS) findings, DRS Report Number 8. The Diabetic Retinopathy Study Research Group. *Ophthalmology*. 1981;88:583-600.
2. [No authors listed]. Grading diabetic retinopathy from stereoscopic color fundus photographs-an extension of the modified Airlie House classification. ETDRS report number 10. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. *Ophthalmology*. 1991;98 Suppl 5:S786-806.
3. Wilkinson CP, Ferris III FL, Klein RE. Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales. *Ophthalmology*. 2003;110:1677-82.
4. Chew EY. A simplified diabetic retinopathy scale. *Ophthalmology*. 2003;110:1675-6.
5. Wu L, Fernandez-Loaiza P, Sauma J, et al. Classification of diabetic retinopathy and diabetic macular edema. *World J Diabetes*. 2013;4:290-4.

Sergio E. Hernández Da Mota \*

*Servicio de Retina, Clínica David, Unidad Oftalmológica, Morelia, Michoacán, México*

\* Autor para correspondencia. Servicio de Retina, Clínica David, Unidad Oftalmológica, Blvd. García de León 598-2, Colonia Nueva Chapultepec, CP 58280, Morelia, Michoacán, México.

Correo electrónico: [tolodamota@yahoo.com.mx](mailto:tolodamota@yahoo.com.mx)