

## Cartas al Director

# Dexametasona intravítrea como potenciador del tratamiento anti-VEGF en la degeneración macular asociada a la edad neovascular: recuperando un viejo aliado

## Intravitreal dexamethasone as an enhancer for the anti-VEGF treatment in neovascular ARMD: recovering an old ally

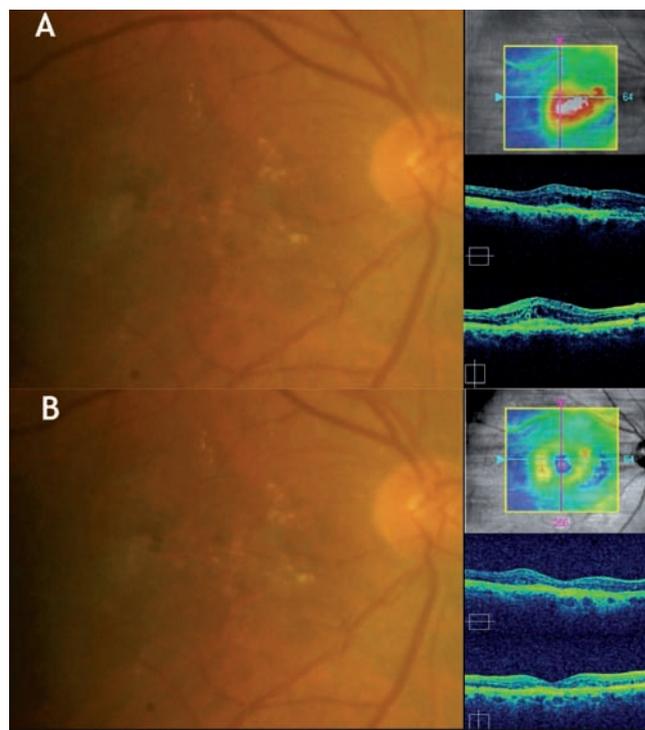
Sr. Director:

Es evidente que la aproximación terapéutica a la neovascularización coroidea (NVC) asociada a la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) debe fundamentarse en la combinación de tratamientos, dado que ninguno de ellos actúa sobre todos los puntos de la patogenia multifactorial<sup>1</sup>. Junto a los fármacos antiangiogénicos inhibidores del VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*)-A y la terapia fotodinámica, está el uso de los corticoides intravítreos, concretamente de la dexametasona. Frente al desprestigio progresivo del empleo de triamcinolona motivado por sus efectos secundarios (catarata, glaucoma, endoftalmitis aséptica) ha renacido la vieja alternativa de la dexametasona intravítrea<sup>2</sup>, fácilmente preparable desde los viales comerciales de Fortecortin® (4 mg).

Dado que el grado de respuesta inicial al tratamiento antiangiogénico intravítreo (dosis de carga) es determinante en el pronóstico ya que durante él se produce la mayor ganancia de agudeza visual<sup>3</sup>, hemos desarrollado un estudio piloto prospectivo comparativo a fin de evaluar el beneficio visual y anatómico de añadir la asociación de dexametasona a ranibizumab (Lucentis®) durante la dosis de carga inicial en pacientes con NVC secundaria a DMAE.

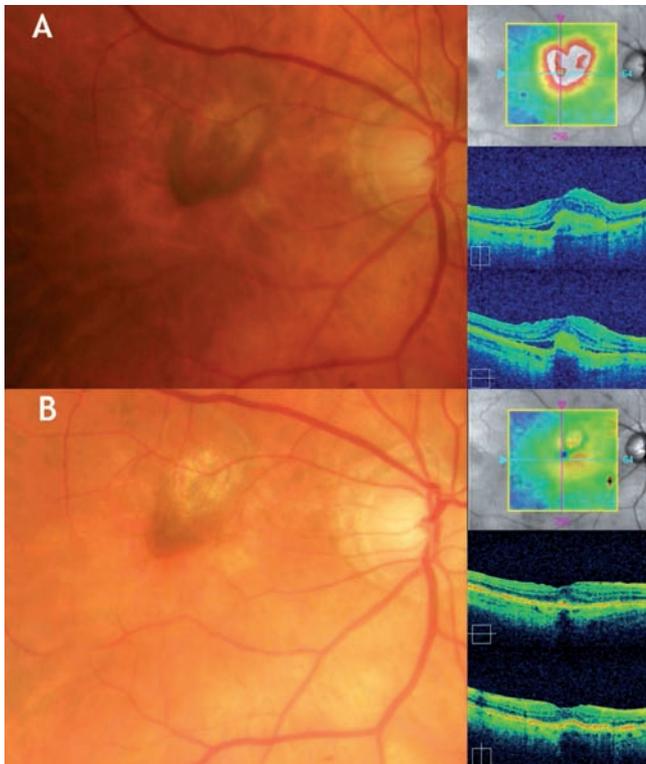
Un total de 16 pacientes con NVC subfoveal secundaria a DMAE fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos de tratamiento realizando como dosis de carga inicial una inyección mensual durante 3 meses: *Grupo 1*: monoterapia con ranibizumab; *Grupo 2*: terapia combinada con ranibizumab (0,5 mg en 0,05 ml) y dexametasona (0,4 mg en 0,1 ml). Los sujetos fueron reevaluados un mes después de la última inyección de la dosis de carga (tercer mes).

En el primer grupo, la mejor agudeza visual corregida (MAVC) media mejoró de  $0,95 \pm 0,17$  logMAR ( $0,10 \pm 0,08$  equivalente Snellen) a  $0,52 \pm 0,13$  logMAR ( $0,31 \pm 0,08$  equivalente



**Figura 1 - Caso típico de neovascularización coroidea subfoveal en el ojo derecho tratada con 3 inyecciones solo anti-VEGF. La mejor agudeza visual corregida mejora desde 0,1 inicial (A) a 0,32 Snellen (B).**

Snellen); el grosor macular central medio (*central subfield thickness [CST]*) medido con OCT espectral (HD-Cirrus®) disminuyó de  $437,25 \pm 31,24$  micras hasta  $316,25 \pm 11,12$  micras; y el volumen macular medio (*retinal volume, [RV]*) se redujo de



**Figura 2 - Caso típico de neovascularización coroidea subfoveal en el ojo derecho tratada con 3 inyecciones combinadas (dexametasona + anti-VEGF ranibizumab). La mejor agudeza visual corregida mejora desde 0,1 inicial (A) a 0,63 Snellen (B). La ganancia visual es mayor que con el tratamiento solo anti-VEGF.**

11,53 ± 1,07 mm<sup>3</sup> a 9,98 ± 1,10 mm<sup>3</sup>. En el segundo grupo, la MAVC media mejoró de 0,98 ± 0,15 logMAR (0,09 ± 0,07 equivalente Snellen) a 0,40 ± 0,22 logMAR (0,45 ± 0,23 equivalente Snellen); el CST medio se redujo de 418,17 ± 67,84 micras a 296,5 ± 66,94; y el RV medio de 11,12 ± 0,52 mm<sup>3</sup> hasta 8,73 ± 0,86 mm<sup>3</sup>.

Al comparar la respuesta obtenida en ambos grupos de tratamiento se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría de MAVC ( $p = 0,03$ ) a favor del grupo de terapia combinada, pero no así en la reducción del CST ni del RV ( $p = 0,18$  y  $p = 0,432$  respectivamente). No se observó en ningún paciente los efectos secundarios típicos de la triamcinolona.

Aunque son necesarios estudios con mucho mayor seguimiento y tamaño muestral que puedan explicar la disociación de respuesta anatómica y visual del grupo tratado con terapia combinada frente a solo anti-VEGF, el presente estudio sugiere concluir que la dexametasona asociada a ranibizumab, con el mismo grado de respuesta anatómica, mejora los resultados visuales en pacientes con NVC secundaria a DMAE.

R. Gallego-Pinazo<sup>a</sup>, C. Marín-Lambías<sup>a</sup>, F. Marín-Olmos<sup>b</sup>,  
R. Martínez<sup>b</sup>, R. Fons<sup>c</sup> y M.L Díaz-Llopis<sup>a,d,e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup>Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

<sup>c</sup>Servicio de Oftalmología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España

<sup>d</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, España

<sup>e</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Valencia, España

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Bakri SJ, Couch SM, McCannel CA, Edwards AO. Same-day triple therapy with photodynamic therapy, intravitreal dexamethasone, and bevacizumab in wet age-related macular degeneration. *Retina*. 2009;29:573-8.
2. Graham RO, Peyman GA. Intravitreal injection of dexamethasone. Treatment of experimentally induced endophthalmitis. *Arch Ophthalmol*. 1974;92:149-54.
3. Lalwani GA, Rosenfeld PJ, Fung AE, Dubovy SR, Michels S, Feuer W, et al. A variable-dosing regimen with intravitreal ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: year 2 of the PrONTO Study. *Am J Ophthalmol*. 2009;148:43-58.