

Macular



Chats

Opciones de tratamiento para la atrofia geográfica

13 de septiembre de 2023

1:00 PM, hora estándar del Este

Transcripción de la teleconferencia con Dr. Veeral Sheth, Socio y director de Ensayos Clínicos, University Retina

La información proporcionada en esta transcripción es un servicio público de BrightFocus Foundation y no constituye consejo médico. Consulte a su médico para recibir asesoramiento médico, dietético y de ejercicio personalizado. Cualquier medicamento o suplemento debe tomarse solo bajo supervisión médica. BrightFocus Foundation no respalda ningún producto o terapia médica.

Por favor tome nota: este chat o charla pudo haber sido editado para mayor claridad y brevedad.

Sra. DIANA CAMPBELL: Hola. Me llamo Diana Campbell, y me complace estar hoy aquí con ustedes para el chat o charla de hoy sobre la degeneración macular, "Opciones de tratamiento para la atrofia geográfica". BrightFocus Foundation les ofrece hoy este chat. La Investigación sobre la Degeneración Macular es uno de los programas de BrightFocus. Financiamos investigaciones científicas excepcionales en todo el mundo para vencer la enfermedad de Alzheimer, la degeneración macular y el glaucoma, y proporcionamos información especializada sobre estas desgarradoras enfermedades. Puede encontrar mucha más información en nuestro sitio web, www.BrightFocus.org. Ahora, me complace presentarles al invitado de hoy, el Dr. Veeral Sheth, que nos hablará de la atrofia geográfica, una forma avanzada y grave de degeneración macular seca relacionada con la edad, y del panorama de tratamientos disponibles en la actualidad. El Dr. Sheth es natural de

Chicago y está especializado en enfermedades de la retina y el vítreo. Es profesor clínico adjunto en la Universidad de Illinois Chicago y socio de University Retina and Macula Associates. Es director de Ensayos Clínicos en uno de los centros de ensayos clínicos más activos del país. Ha sido investigador principal en más de 60 ensayos clínicos y tiene intereses de investigación en degeneración macular, retinopatía diabética y oclusión venosa, así como en patología quirúrgica. Participa en ensayos clínicos para desarrollar nuevos fármacos, dispositivos de administración y terapia génica. Dr. Sheth, muchas gracias por acompañarnos hoy.

DR. VEERAL SHETH: Diana, gracias por tu amable presentación. Es un placer estar hoy aquí.

Sra. DIANA CAMPBELL: Sé que es un tema muy candente; ya hemos recibido muchas preguntas al respecto, así que empezaremos la discusión definiendo la atrofia geográfica o, como probablemente la llamaremos y abreviaremos durante la llamada, GA (por sus siglas en inglés). Para muchas personas, es un término con el que no estaban tan familiarizados hasta que empezaron a oír hablar mucho más de él en el último año o así, a medida que se disponía de tratamientos, aunque las estadísticas dicen que más de un millón de personas sólo en los Estados Unidos padecen actualmente de GA. ¿Podría empezar explicándonos qué es la atrofia geográfica? y ¿En qué se diferencia o cómo se relaciona con la degeneración macular seca?

DR. VEERAL SHETH: Sí. Un buen punto de partida. Así que, usted mencionó el punto de que un millón -y probablemente más de un millón- de estadounidenses tienen esta enfermedad, pero hasta hace poco, no era algo de lo que hablábamos mucho, y creo que parte de eso es porque no teníamos ningún tratamiento para ello, y así, muchas veces atendíamos a los pacientes que tienen este tipo de degeneración macular, y frustrantemente, no fuimos capaces de ofrecerles nada. Así que, creo que parte de la razón por la que empezamos a hablar más de ello, empezamos a oír hablar de ello, y estamos viendo anuncios en televisión, es porque, por fin, desde principios de este año, tenemos opciones de tratamiento para los pacientes. Por tanto, hablemos un poco de ello. La atrofia geográfica es una forma de degeneración macular seca, y creo

que es práctico e importante definir realmente lo que es la degeneración macular seca. Entonces, ¿Qué es la mácula? La mácula es la parte central de la retina. ¿Qué es la retina? La retina es la capa posterior del ojo; es casi como la película de la cámara. Es la parte del ojo que procesa la visión. Así que, la mácula, que es la parte central, es responsable de la visión central. Por lo tanto, cualquier degeneración que ocurra en esa área causará una degeneración en la visión central. Esa es la visión que utilizamos para leer o mirar caras o ver la televisión, o cuando estamos en nuestros dispositivos, esa es la parte de la retina que está procesando esa información. Y así, cualquier degeneración en esa zona va a afectar a todas esas actividades de las que acabamos de hablar.

El componente seco: ¿por qué decimos “macular seco” frente a “macular húmedo”? Bueno, durante mucho tiempo -unos 20 años- nos hemos centrado en la macular húmeda, y cuando decimos “húmeda”, decimos húmeda porque hay líquido que se filtra en la retina. Ese fluido puede ser sangre o componentes de la sangre que se filtran en la retina y causan pérdida de visión. ¿Por qué hemos hablado de eso durante 20 años? Porque hemos tenido excelentes terapias, tratamientos, para esos tipos de casos de degeneración macular. Pero “seca” significa que hay una degeneración que no tiene fluido involucrado; no hay sangrado. Y hablemos de la macular seca por un segundo. La macular seca tiene muchas formas diferentes. Hay formas más leves, formas intermedias y más avanzadas, y la forma más avanzada de degeneración macular seca se llama atrofia geográfica. “Atrofia” significa adelgazamiento o pérdida de ese tejido retiniano. En otras palabras, en esa parte central de tu retina, estás empezando a percibir una pérdida de ese tejido. Y cuando pierdes tejido nervioso, cuando pierdes retina, ésta no funciona, y entonces tienes pérdida de visión central, puntos ciegos en tu visión, distorsión en tu visión, todas esas cosas como resultado de lo que llamamos atrofia geográfica.

Sra. DIANA CAMPBELL: Gracias por esta descripción tan buena. Me encanta oír que se describe como la película de una cámara y la visión que eso nos da para entender realmente lo que está pasando, así que gracias por ponerlo en términos sencillos y realmente comprensibles. En cuanto a la progresión, ¿cuánto tarda la DMRE seca intermedia

en convertirse en DMRE seca avanzada o atrofia geográfica? Y para continuar con eso, si alguien ha recibido un diagnóstico de degeneración macular seca o DMRE, ¿con qué frecuencia y cuándo debería hacer un seguimiento con su médico para discutir la posible progresión a GA o el diagnóstico de identificación de atrofia geográfica?

DR. VEERAL SHETH: Bien, excelentes preguntas. Hay un par de partes. Responderé a la primera parte. Tu pregunta era realmente la progresión, y con que rapidez progresa la macular seca intermedia a las formas más avanzadas, en particular la atrofia geográfica. Y creo que es importante dar un paso atrás y decir, mira, es un espectro. Vemos que la macular empieza como macular leve; son casos en los que vemos algunos pequeños hallazgos en la retina, y en ese punto, potencialmente estamos informando a nuestros pacientes sobre ello. Y a medida que avanza, se observan más cambios en la mácula, que son más preocupantes porque, a medida que avanza, es más probable que con el tiempo pueda convertirse en algo como atrofia geográfica o degeneración macular húmeda, ¿cierto? Esos son los dos extremos del espectro. En cuanto a su pregunta sobre la rapidez con la que se pasa de una DMRE seca intermedia a una DMRE seca más avanzada, no hay una respuesta clara. Hay muchas variables aquí.

Así que, ¿Cuáles son las causas de que la degeneración macular progrese más rápidamente en un paciente? Pues la genética, cierto. Sabemos que hay un gran componente genético en la degeneración macular; si tiene antecedentes familiares significativos, existe la posibilidad de que la degeneración macular progrese más rápidamente, por lo que es muy importante conocer los antecedentes familiares y obviamente transmitir esa información a quien le atiende y le haga los exámenes oculares. Cosas como los factores ambientales sobre los que a veces tenemos control, le daré uno: fumar. El tabaquismo ciertamente acelera la progresión de la degeneración macular, por lo que, si dos pacientes presentan la misma enfermedad, la persona que fuma a lo mejor progresará más rápidamente que la que no fuma. Por lo tanto, eso es un factor importante en la rapidez o lentitud con que la enfermedad puede avanzar. Cosas como la dieta, a veces las damos por sentadas, pero una de las razones por las que su médico puede recomendarle ciertas vitaminas es porque sabemos

que ciertos antioxidantes, como la vitamina E, el zinc, el cobre, pueden retardar o ralentizar el daño que se está produciendo en la mácula. Mira, sólo una hortaliza verde y saludable de vez en cuando puede ayudar a ralentizar las cosas. Así que, sabemos que la dieta también afecta. Y luego la edad, ¿verdad? Cuanto mayor seas, esto se llama DMRE, degeneración macular relacionada con la edad, así que cuanto mayor seas, más rápido puede progresar. Así pues, se trata de diferentes variables que pueden influir en una progresión más rápida o lenta de esta enfermedad.

La segunda parte de su pregunta era: Si a alguien se le diagnostica ahora DMRE seca, ¿cuándo debe acudir a su médico, a su oftalmólogo? Y la respuesta es: Depende, cierto, y depende de muchas de las cosas de las que acabamos de hablar. ¿Cuál es su riesgo? ¿Tienen antecedentes familiares importantes? ¿Es fumador? ¿Y cómo de avanzada está la enfermedad? Y así, gran parte de esa calculación matemática va a ser hecha por la persona que cuida de sus ojos. Si cree que el riesgo es bajo y la enfermedad es leve, ellos pueden decirle: "Vuelva dentro de 6 meses o un año". Pero si tienes una enfermedad más avanzada, y sin duda tienes más factores de riesgo, entonces pueden decir: "Bueno, mira, tal vez vuelvas en 3 meses o vuelvas en 6 meses". Por lo tanto, creo que depende en gran medida de muchos de los factores que hemos discutido, pero es absolutamente algo que usted va a querer discutir con su proveedor de atención oftalmológica.

Sra. DIANA CAMPBELL: Gracias. Cambiemos a ese momento cuando ya han recibido un diagnóstico de GA. ¿Tiende la progresión a ocurrir a un ritmo más rápido una vez que la atrofia geográfica se ha establecido? Y tenemos oyentes que preguntan: ¿En qué medida un diagnóstico de GA aumenta la probabilidad o posibilidad de quedarse ciego? Empecemos por ahí, y luego tengo un par de preguntas más de nuestra audiencia.

DR. VEERAL SHETH: Sí, muy buenas preguntas. Como ya he mencionado, la atrofia geográfica es una de las formas más avanzadas de degeneración macular, así que ciertamente, debido a eso, el riesgo de perder la visión... y la palabra "ceguera" es un poco "engañosa" porque los pacientes preguntan sobre esto todo el tiempo: "¿Me voy a quedar ciego?". Y con la degeneración macular, si su único problema con los ojos es la

degeneración macular, no se va a quedar ciego en el sentido de que se despierte y de repente el mundo se le oscurezca. Pero sí que afecta a la parte central de la visión, sin duda la más importante, porque de ahí proviene el enfoque fino, pero no afecta a la visión periférica. Y digo esto porque las personas pueden funcionar perfectamente bien si tienen atrofia geográfica en un ojo y el otro ojo no la sufre; pueden tener un campo visual completo y una buena visión central. Así que es algo que hay que tener en cuenta. Pero si tu pregunta es: "¿Cómo de rápido se va a acelerar una vez que tengas ese diagnóstico?". Yo vuelvo a la respuesta de la última pregunta, que es: Hay tantas variables aquí, incluyendo la genética, incluyendo si usted es fumador o no, incluyendo algunos de esas asuntos ambientales y relacionados con la edad de las que hemos hablado; y, por lo tanto, no hay una manera clara de responder a esa pregunta, pero lo que voy a decir es: Hay ciertas características que su médico va a examinar con esa GA como un especialista en retina. No nos limitamos a decir: "¿Tienes GA o no?". Cuando usted tiene GA, estamos realmente buscando en detalle, bien, ¿cuáles son las características? ¿Hay varios puntos de GA? ¿Cuál es el tamaño de la GA? ¿Dónde está exactamente la GA en la retina? Porque todas estas variables pueden ayudarnos a orientarnos: ¿Qué tan rápido esperamos que este GA se acelere o cambie con el tiempo? De nuevo, esto nos permite informar a nuestros pacientes al respecto. Así que, de nuevo, no para ser tímido o no para evitar la pregunta, pero la respuesta es realmente: Depende. Pero hay muchas variables en juego, incluyendo lo que su oftalmólogo está viendo en el ojo y cómo lo están definiendo.

Sra. DIANA CAMPBELL: Absolutamente. Voy a pasar a un par de preguntas de la audiencia. Una está relacionada con los factores ambientales que estábamos discutiendo, y la pregunta es específicamente: ¿El tiempo frente a la pantalla, ya saben, el tiempo concentrado en computadoras o teléfonos u otras pantallas, contribuye en algo a la progresión?

DR. VEERAL SHETH: Sí, es una pregunta muy oportuna, porque creo que lo que hemos aprendido, particularmente como especialistas en retina, lo que hemos aprendido durante la pandemia es que mucha gente está en sus pantallas mucho más, bien, ya sea porque usted está trabajando desde casa, ya sea porque acabamos de ver una explosión de estos dispositivos

que tenemos a nuestro alrededor, ya sea tabletas o teléfonos o lo que sea, y estamos en ellos todo el tiempo ahora. Y así, estamos constantemente haciendo la pregunta de: Oye, ¿esto nos está perjudicando de una manera que va a afectar cosas como la degeneración macular? ¿O cosas como la miopía? Y la respuesta es: Creemos que sí, pero es una cosa tan nueva para nosotros, no hemos tenido estos dispositivos durante 50, 60 años, en realidad ha sido 5-10 años donde hemos visto el aumento del uso de estos dispositivos. Por eso, como la degeneración macular es una enfermedad de evolución lenta, no se da en personas de 30 o 40 años, sino en personas de 60, 70 u 80 años. Aún no tenemos grandes respuestas a eso; creo que en algún momento las tendremos, sobre todo cuando llevemos más tiempo con estos dispositivos, y a medida que las personas que los han estado utilizando a edades más tempranas envejeczan un poco y veamos su impacto, tendremos mejores respuestas. Pero lo que te diría es lo que les digo a mis pacientes, que es: Mira, todo con moderación. Creo que cualquier cosa en la que te pases de la raya o hagas cantidades excesivas de cosas como estas en las que estás en la pantalla durante 8, 10, 12 horas al día, lo que vemos con bastante frecuencia en personas que están frente a la computadora por trabajo y cosas así, le digo a la gente: "Mira, tienes que tomar descansos, tiene que darles a tus ojos un descanso". Creo que la cuestión de llevar anteojos o gafas que ayuden a filtrar la luz azul, o ponerse protectores de pantalla que ayuden a filtrar parte de la luz, son todas buenas ideas, ideas de sentido común. Aún no tenemos las mejores pruebas; creo que algún día las tendremos, pero creo que son cosas de sentido común que podemos hacer. En primer lugar, no sólo para reducir la fatiga visual, sino también para reducir algunos de los efectos nocivos de las pantallas que tenemos delante.

Sra. DIANA CAMPBELL: Me gustan estos consejos prácticos. Sé que, en mi caso, al estar todo el día frente a la computadora y luego yendo y viniendo con el teléfono, definitivamente siento que mi visión es más borrosa y mis ojos están cansados al final del día, así que eso es algo que puedo observar, pero imagino que hay otros procesos que probablemente estén ocurriendo más allá de eso.

DR. VEERAL SHETH: Sí, y escucha, a ese punto, también estamos siendo introducidos a estas pantallas mucho antes, cierto. Quiero decir, usted

habló de su hijo. Bueno, los niños están en estos dispositivos bastante ahora, y todavía estamos aprendiendo sobre el impacto. Por lo tanto, creo que, de nuevo, eso es sólo un consejo general sobre la moderación.

Sra. DIANA CAMPBELL: Absolutamente. Bien, tenemos otra pregunta, de Ralph, que pregunta sobre la monitorización en su domicilio: ¿Qué cambios en particular que uno nota cuando utilice la cuadrícula de Amsler debería alertarlo a llamar inmediatamente a su especialista de retina? ¿Y hay otros indicios que la gente debería observar en casa, como una señal de que su visión podría estar empeorando?

DR. VEERAL SHETH: Sí, buena pregunta. La monitorización en casa es muy importante. Hablamos de esto con todos nuestros pacientes con degeneración macular. Usted ha hablado de la cuadrícula de Amsler; espero que todos en la audiencia sepan lo que es, y si no, es una pequeña cuadrícula o rejilla que tiene una serie de cuadros de líneas, y la clave es probar cada ojo de forma independiente, es decir, cubrir un ojo y mirar a una distancia de lectura en esa cuadrícula, y si no tiene degeneración macular, todas esas líneas, teóricamente, deberían estar rectas. Ahora bien, si usted tiene algún grado de degeneración macular, incluso sólo degeneración macular seca intermedia, puede ser que tenga un poco de distorsión, por lo que algunas de esas líneas pueden parecer no ser rectas, pueden parecer un poco onduladas. Y si esa es su línea de base normal, esa es su línea de base normal porque se espera algún grado de eso si usted tiene algún grado de degeneración macular. Ahora bien, la clave es -y su pregunta es: "¿Cuándo debe notificarlo a su médico?"- cuando empiece a notar cambios con respecto a su referencia o valor basal. Así que, si empiezas a decir: "Mira, las líneas me parecen más onduladas", esa es una buena razón para llamar a tu médico. Si usted dice: "Mira, estoy empezando a ver realmente borroso en la cuadrícula de Amsler", eso es una razón, u, "Oye, estoy viendo un punto oscuro en esa cuadrícula" - cualquiera de esas cosas son tipo de desencadenantes para que usted diga: "Mira, voy a llamar a mi médico." Y tu médico te va a escuchar, te va a decir: "Mira, me lo esperaba por lo que tienes", o: "Oye, eso suena diferente, ¿por qué no vienes y echamos un vistazo?". Creo que merece la pena hacer la llamada telefónica y dejar que ellos decidan cuál es el siguiente paso.

Sra. DIANA CAMPBELL: Excelente. Otra pregunta rápida de un oyente: ¿Tener GA en un ojo aumenta la probabilidad de que tengan GA en el otro ojo, ya sea que tengan o no DMRE seca en ese ojo?

DR. VEERAL SHETH: Sí, es una gran pregunta. Una cosa que puedo decir a la gente es que por lo general que, si algo ha ocurrido en un ojo, es más probable que ocurra en el otro ojo. Esto se aplica a la degeneración macular, a las cataratas y a cualquier otro problema. Y no es diferente para la GA. Así que, GA, afirmativo. Si lo tienes en un ojo, tienes más riesgo de desarrollarlo en el otro. Y eso, de nuevo, va para la DMRE seca, la DMRE húmeda, la GA, todo ello. Y creo que es importante porque tu médico va a saber eso, y van a estar buscando eso cada vez. Las personas que nos escuchan y que van a ver a sus médicos por GA o degeneración macular húmeda saben que, en general, sus especialistas no sólo miran el ojo que están tratando, sino que también miran el otro ojo específicamente por esta razón.

Sra. DIANA CAMPBELL: Absolutamente. Sé que muchas veces en las charlas, gente como tú dirá: "No sólo cada persona es diferente, sino que cada ojo es diferente, realmente se tratan como dos potenciales diferentes". Tenemos mucha gente en la llamada de hoy con DMRE húmeda en un ojo y DMRE seca en el otro, así que es bueno saberlo.

DR. VEERAL SHETH: Por supuesto.

Sra. DIANA CAMPBELL: Haremos una última pregunta rápida sobre la DMRE seca, y luego pasaremos a los tratamientos que se han puesto a disposición este año. Así pues, la pregunta es: Hay muchas personas que actualmente consumen vitaminas AREDS2 porque se ha determinado que padecen DMRE seca. Los oyentes preguntan: "¿Son eficaces las AREDS una vez que la DMRE seca ha progresado a atrofia geográfica?"

DR. VEERAL SHETH: Sí, es un tema importante porque es una de las cosas de las que hemos hablado a la gente, a los pacientes, durante décadas, y entonces realmente, ¿cuál es el propósito de las vitaminas AREDS? El propósito de las vitaminas AREDS - y ahora estamos hablando de la formulación AREDS2 de estas vitaminas - es reducir la probabilidad de que la degeneración macular seca progrese a la degeneración macular

húmeda. Así que, tanto si tienen GA o degeneración macular seca intermedia, recomiendo estas vitaminas a mis pacientes porque creo que reducen el riesgo de que desarrollen el tipo húmedo de degeneración macular, y por eso creo que es importante, y creo que es una gran pregunta que hacer, y sin duda es una buena pregunta para que los pacientes pregunten a sus proveedores de atención oftalmológica, porque en algunas etapas de la macular, puede que ni siquiera recomendemos las vitaminas, y por eso creo que es algo realmente importante para discutir con su proveedor.

Sra. DIANA CAMPBELL: Definitivamente. Y luego, por supuesto, volver a los diferentes escenarios que podrían estar ocurriendo en un ojo o el otro, por lo que podría ser útil para uno, supongo. De acuerdo. Pasemos a las noticias emocionantes del año. Ha sido un año realmente lleno de acontecimientos en oftalmología, pero especialmente relacionado con los primeros tratamientos para la atrofia geográfica. En febrero y luego en agosto se aprobaron los dos primeros fármacos para el tratamiento de la atrofia geográfica. ¿Podría darnos una visión general de los tratamientos disponibles en la actualidad?

DR. VEERAL SHETH: Por supuesto. En la introducción, sé que ha mencionado que realizamos muchos ensayos clínicos. Llevamos muchos, pero muchos años realizando ensayos clínicos sobre la atrofia geográfica, y durante muchos años hemos sentido un entusiasmo reprimido por la posibilidad de tratar a los pacientes con atrofia geográfica, y todo esto explotó a principios de este año, como usted ha dicho, cuando se aprobó nuestro primer tratamiento, llamado Syfovre®, y posteriormente, hace un mes, un segundo tratamiento llamado Izervay™, lo que realmente ha cambiado todo en nuestro campo. Esto me recuerda a hace 20 años, cuando se aprobaron los primeros tratamientos para la degeneración macular húmeda, antes de los cuales no disponíamos de una forma realmente buena de estabilizar la visión de las personas, y en aquel momento, hace 20 años, supuso un cambio radical. Así que creo que eso está ocurriendo de nuevo en nuestro campo, y es increíblemente alentador porque ahora tenemos, por primera vez, como usted ha dicho, algo que ofrecer a los pacientes.

Por lo tanto, ¿Qué significa esto? ¿Qué pretenden realmente estos tratamientos? Así que, antes hemos hablado de la atrofia geográfica y de cómo la atrofia, o el adelgazamiento de la retina, puede extenderse gradualmente con el tiempo, lo que significa que la pérdida de visión asociada a esas zonas que se están volviendo atróficas, o delgadas, empieza a expandirse. En otras palabras, si tienes un punto ciego por atrofia, el punto ciego aumenta con el tiempo. Pues bien, lo que hacen estos fármacos no es revertir el punto ciego, es decir, no vuelven a poner tejido retiniano, sino lentificar o retardar el daño adicional que se va a producir en ese ojo.

En otras palabras, si usted está en una trayectoria de que la atrofia empeora y empeora y empeora con el tiempo, estos medicamentos van a frenar esa trayectoria. No la detendrán, así que no la detendrán en seco, pero si piensas en la atrofia como un tren fuera de control, esto puede ayudar realmente a lentificar o desacelerar ese tren. Así que, estamos entusiasmados porque sabemos que eso significa para nuestros pacientes que, si tengo un paciente que está empezando a perder visión debido a la atrofia y empiezo con uno de estos tratamientos, sé que un año más tarde o 2 o 3 años más tarde, estos pacientes van a estar mejor porque los bajé de ese tren acelerado y los puse en un tren más lento. Así que, esa pérdida de visión, realmente hemos empezado a frenarla de una manera significativa. Hablamos todo el tiempo con pacientes que están a punto de perder parte de su visión central, y digamos que hoy tienen una visión de 20/40, pero sé que la degeneración macular va a empeorar, y dentro de un año o dos, pueden tener una visión de 20/60 o 20/70. Estamos hablando de la diferencia entre poder conducir y hacer tus propios recados y ahora, potencialmente, perder tu licencia. Por tanto, si podemos lentificar ese proceso y retrasarlo todo lo posible, para mí tendrá un impacto significativo en la vida de ese paciente.

Sra. DIANA CAMPBELL: Me encanta cómo lo has articulado. Y sé que ha sido una decisión leve para la gente, y vamos a hablar de esto en un momento, pero sopesar los efectos secundarios con hacer algo que usted sabe que es bueno para usted, pero usted no está viendo necesariamente el beneficio inmediato. Seguiremos hablando de eso en un momento. Sé que ambos fármacos se dirigen a diferentes áreas o componentes

de la vía del complemento; ¿podría explicarnos cómo actúan en el ojo y cuáles son las diferencias entre ambos en términos de enfoque? Y luego, supongo, tocar el tema de si... contrastar y comparar... ¿los regímenes de tratamiento son los mismos? En particular, ¿son los mismos intervalos entre inyecciones? Es decir, cómo actúa el fármaco y en qué se diferencian y en qué se parecen los dos tratamientos.

DR. VEERAL SHETH: Sí. Claro. Buena pregunta. Mencionaste “complemento” al principio de la pregunta, y creo que es importante hablar brevemente de lo que es. Bien, el complemento es un proceso en nuestro cuerpo, en todas partes, pero en particular en el ojo, responsable de algo como la inflamación. Y sabemos históricamente que el factor del complemento o este tipo de hiperactividad de este complemento en el ojo puede estar asociado con el empeoramiento de la atrofia geográfica. Lo sabemos por estudios genéticos y cosas así en el pasado, y desde hace más de una década, sabemos que ahí existe una asociación. Y así, el pensamiento fue: Bien, si podemos disminuir o lentificar la actividad del complemento en el ojo, en otras palabras, ajustar un poco la vía inflamatoria, ¿podemos entonces frenar el daño que se produce en el ojo? Ésa es la clase de teoría en la que se basa nuestro enfoque para este tipo de enfermedad. Y así, lo que hemos visto con estos dos tratamientos es que ambos realmente trataron de frenar ese proceso. Lo hacen de maneras ligeramente diferentes, pero lo que hemos visto es que, al hacerlo, hemos visto, clínicamente, que hemos sido capaces de lentificar la enfermedad. Y, por lo tanto, es importante entender, bien, pues, ¿qué estamos haciendo? Esencialmente, lo que estamos haciendo es reducir la inflamación en las capas profundas de la retina, que son responsables de la progresión de la atrofia geográfica. Y así, si las bajamos, podemos desacelerar el daño que se está haciendo. Muy bien. Entonces, la siguiente parte de la pregunta fue: ¿En qué se parecen? Así que ... en eso es lo que son similares. El otro enfoque similar es que ambos se administran de la misma manera, ambos son inyecciones intravítreas. Tenemos que anestesiarse el ojo y aplicar la inyección para que el medicamento entre directamente en el ojo. Y eso es para la gente en la llamada, probablemente son conscientes de este tipo de tratamientos; hemos estado haciendo esto para la degeneración macular húmeda durante 20 años, para cosas como la retinopatía diabética y oclusiones

de la vena retiniana durante mucho, mucho tiempo. Por lo tanto, el tipo de procedimiento no es nuevo en absoluto; lo que es nuevo es el tratamiento en sí, en ambos tratamientos. ¿Y con qué frecuencia se administran? Ambos están aprobados para administrarse mensualmente; el Syfovre puede administrarse cada mes o cada dos meses, por lo que el tratamiento puede administrarse cada dos meses y seguir teniendo un efecto bueno y eficaz. En cuanto al Izervay, actualmente está aprobado para administrarse cada mes y, al administrar estos tratamientos, se puede observar una desaceleración significativa de la enfermedad. Además, pueden administrarse durante un periodo de tiempo bastante largo para continuar con la lentificación de la enfermedad. Creo que he respondido a la mayoría... ¿había otra parte de la pregunta? Puede que me la haya saltado.

Sra. DIANA CAMPBELL: No, creo que lo tienes. Gracias. Tenemos una pregunta de la audiencia. Tuvimos la oportunidad de hablar un poco más en profundidad sobre Syfovre tras la aprobación de febrero. Tenemos un oyente que pregunta por los datos más recientes -o, como han dicho, estadísticas- de Izervay en términos de porcentaje de desaceleración de la progresión. ¿Puede hablarnos un poco de cómo son esos datos?

DR. VEERAL SHETH: Sí. Así que, hubo un par, para el Izervay en particular, hay un par de estudios realizados. Fueron llamados los estudios GATHER1 y GATHER2. Y estos fueron los estudios que ayudaron a obtener la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés). Y lo que demostraron en esos estudios es entre un 17 y un 34 por ciento de reducción en el crecimiento de estas lesiones de atrofia geográfica. Así que estamos hablando de entre un 17 y un 34 por ciento de lentificación de estas lesiones. Y así, se lo digo a la gente porque, y no sólo se lo digo, les muestro las imágenes de su atrofia cuando están en mi clínica, porque creo que cuando ves esto y cuando lo ves en la pantalla delante de ti, realmente puedes apreciar, "Bueno, claro, si puedo lentificar o desacelerar esto y puedo evitar que esto realmente crezca en la retina central, podemos tener un efecto significativo en la visión".

Sra. DIANA CAMPBELL: Absolutamente. Veamos. Estoy escaneando a

través de un par de diferentes preguntas que tenemos aquí; Voy a ir con la siguiente, siendo: ¿Cómo evalúan los médicos cuál usar en los pacientes? Y es posible, tenemos mucha gente preguntándose: Si han empezado con uno, ¿podrán pasar al otro? Sé que con la DMRE húmeda en particular, los médicos tienden a probar uno, y si no están satisfechos con los resultados, cambian. ¿Sucede lo mismo con estos dos fármacos?

DR. VEERAL SHETH: Sí. Es una gran pregunta. Y entonces, la primera parte fue: ¿Cómo elegir entre estos dos tratamientos? Y lo que te diré, Diana, es que ambos son tratamientos realmente nuevos, ¿verdad? Y cuando tenemos dos tratamientos nuevos como estos, realmente los estamos utilizando y nos estamos haciendo una idea de lo que está ocurriendo en el mundo real, porque ambos tienen datos de ensayos clínicos realmente buenos, significativos y una buena desaceleración en esos ensayos clínicos. Lo que queremos ver ahora es la siguiente fase de adopción, es decir, vamos a tenerlo en nuestras manos, vamos a usarlo, vamos a ver cómo les va a los pacientes con él, y estamos justo en las primeras etapas de eso, ¿verdad? Acabamos de tener uno aprobado en febrero y otro el mes pasado, así que, si tenemos esta conversación dentro de un año o dos, la respuesta podría ser diferente, pero estamos tan al principio del proceso que creo que no hay respuesta objetiva... al menos en mi consulta personal, estamos usando ambos tratamientos. Ahora, la siguiente parte fue: ¿Se puede cambiar? Y esa es una pregunta más difícil de responder porque ninguno de estos ensayos clínicos lo analizó, ¿verdad? Por lo tanto, no tenemos datos de ningún ensayo clínico en el que un paciente con uno de estos tratamientos haya cambiado a otro. Por lo tanto, no hay una buena manera de responder a esa pregunta. ¿Creo yo que en el mundo real haremos eso, cuando tengamos un paciente con uno y, por la razón que sea, lo cambiemos a otro tratamiento? Por supuesto. Creo que ocurre todo el tiempo en la degeneración macular húmeda, así que preveo que ocurra lo mismo con los tratamientos de la atrofia geográfica. Y, de nuevo, una vez que tengamos más tiempo con estas terapias en el mundo real, creo que la respuesta es sí, haremos eso, y mi instinto es que usted puede hacer eso sin realmente demasiada preocupación.

Sra. DIANA CAMPBELL: Sí, un buen punto sobre lo nuevos que son estos tratamientos. Ya sabe, creo que llevamos mucho tiempo esperándolos

y deseando ver cómo funcionan en el mundo real. Y por supuesto, me doy cuenta de que no llevamos ni un año con ninguno de los dos, así que nos aseguraremos de hacer un seguimiento a medida que pase el tiempo y volveremos a hablar de ello el año que viene. Antes de hablar de los efectos secundarios y de cómo equilibrarlos, sobre los que tenemos muchas preguntas, ¿se aconsejan estos tratamientos o están disponibles para aquellos que ya tienen DMRE húmeda? ¿Cómo es ese plan de tratamiento?

DR. VEERAL SHETH: Sí. Una muy buena pregunta, y de nuevo, una de las cosas que puedo decirte es que realmente no estudiamos, de una manera amplia, pacientes que tenían macular húmeda que ahora estaban empezando un tratamiento para la atrofia geográfica. Pero lo que sí te diré es que, en nuestra práctica clínica, desde que estos medicamentos han sido aprobados, sí que estamos tratando a los pacientes de esa manera. Así que, en otras palabras, si tengo un paciente al que estoy tratando por degeneración macular húmeda y tiene atrofia geográfica, he empezado a tratar a algunos de esos pacientes por la atrofia geográfica, en particular porque creo que es la causa de parte de su pérdida de visión o que pronto podría ser la causa de parte de su pérdida de visión. Quiero adelantarme a esa atrofia en esos casos. Y así lo estamos viendo, pero, de nuevo, no se ha estudiado ampliamente en estos ensayos clínicos, por lo que aún no podemos ofrecerle datos realmente buenos al respecto. Creo que he respondido a esa pregunta. ¿Alguna otra pregunta al respecto?

Sra. DIANA CAMPBELL: En relación con esto, voy a pasar a equilibrar la conversación sobre los posibles efectos secundarios y su relación con el beneficio de retrasar la progresión. Y así, en ese mismo tema de la DMRE húmeda, tengo gente que se pregunta qué porcentaje, o ¿cuál es el riesgo de desarrollar DMRE húmeda después de recibir una inyección de Syfovre o Izervay?

DR. VEERAL SHETH: Sí, es una pregunta importante, y es algo que hablo con todos mis pacientes porque los riesgos con cualquier tratamiento en general son realmente importantes para discutir con su proveedor. Por lo tanto, la forma en que lo analizo es, hay una especie de dos cubos de riesgo. Un cubo es sólo el riesgo de un procedimiento de

inyección, correcto, por lo que podría ser cualquier medicamento que está inyectando van a tener un conjunto común de los riesgos. Lo más importante para mí es la infección. Cada vez que se pone algo que es externo del ojo en el ojo, hay un riesgo de contaminación o algo así. Ahora, afortunadamente, creo que el riesgo es muy bajo, y hacemos ciertas cosas desde un punto de vista técnico para mantener ese riesgo lo más bajo posible, pero absolutamente algo de mencionar, y es algo de lo que hablo a mis pacientes todo el tiempo.

Luego, está el riesgo del fármaco en sí, que es el segundo cubo, y lo que hemos visto con estos dos tratamientos es que potencialmente hay un riesgo ligeramente mayor de desarrollar la degeneración macular húmeda en el ojo que se está tratando para la atrofia geográfica - en otras palabras, un ojo que sólo tiene atrofia geográfica, sin degeneración macular húmeda, si se empieza a tratar con Syfovre o Izervay, hay una posibilidad - ligeramente mayor - de que se desarrolle la degeneración macular húmeda en ese ojo. Y es un tema muy importante, de nuevo, para discutir, porque es algo de lo que hablo con mis pacientes, es algo que sin duda ha hecho que algunos pacientes piensen dos veces sobre el tratamiento, ya que no necesariamente quieren empezar a recibir tratamiento para la degeneración macular húmeda. Pero algunos pacientes -especialmente aquellos en los que la atrofia geográfica está empezando a suponer un riesgo de pérdida de visión central y se está acercando realmente a la parte central de su visión- dirán: "Bueno, doctor, sé que tiene un tratamiento para la degeneración macular húmeda; sé que el riesgo está ahí, pero estoy dispuesto a asumirlo porque si puedo mantener este nivel de visión, voy a hacer todo lo que pueda para conseguirlo". Por tanto, se trata de hablar de los riesgos con el paciente y luego, como grupo, decidir qué es lo mejor para cada uno.

Sra. DIANA CAMPBELL: Por supuesto. Voy a aclarar - tenemos a alguien preguntando si los tratamientos reparan la visión perdida, y sólo quería aclarar que estos están realmente diseñados para lentificar la progresión, y no van a hacer que la gente recupere su visión que ya se ha perdido. Y me gusta mucho lo que ha dicho antes sobre mostrar a sus pacientes las imágenes para que puedan ver la progresión y lo que podría significar y, realmente, el ejemplo que ha dado de conducir o no conducir y perder la

independencia, obviamente, creo que son cosas importantes como parte de esta conversación. Tenemos otras dos preguntas sobre los efectos secundarios que haré rápidamente. ¿La GA en sí o el tratamiento con GA aumenta el riesgo de desprendimiento de retina? Y la segunda es: ¿Aumenta la GA o el tratamiento con GA incrementa el riesgo de fallo del cristalino inter ocular tras la cirugía de cataratas? Ambas preguntas son un tanto diferentes, pero son de interés para la audiencia.

DR. VEERAL SHETH: Correcto, muy bien. Entonces, sólo un comentario rápido y general: La GA en sí no aumenta ninguno de esos riesgos, por lo que la atrofia geográfica o tener un diagnóstico de atrofia geográfica no aumenta el riesgo de un desprendimiento de retina o cualquier problema de cataratas del cristalino. El procedimiento de inyección -de nuevo, independientemente de la enfermedad que tenga, podría ser GA, podría ser macular húmeda, podría ser retinopatía diabética- pero el procedimiento de inyección en sí conlleva un ligero riesgo de tener un desprendimiento de retina. Hemos hablado del riesgo de infección. El riesgo de cataratas es mínimo. ¿Hay casos en los que afecte al cristalino? Puede, pero es muy raro. Y así, es una de esas cosas, de nuevo, estas son cosas que aconsejamos a nuestros pacientes, especialmente cosas como el desprendimiento de retina, pero de nuevo, el riesgo es muy bajo y no necesariamente asociado con el hecho de que es GA o un tratamiento para GA, pero realmente es por el procedimiento en sí debido a la forma en que estamos dando los tratamientos.

Sra. DIANA CAMPBELL: Claro, eso hace perfecto sentido. Ahora que empezamos a finalizar, sé que he tenido muchas conversaciones con gente que sopesa el beneficio potencial con el grado de progresión que creen que podrían detener frente a los efectos secundarios. ¿Cuáles son las dos o tres preguntas que sugerirías para guiar la conversación con nuestros oyentes cuando hablen con su médico en este proceso de toma de decisiones?

DR. VEERAL SHETH: Sí, creo que siempre hay buenas preguntas que puedes hacer a tu médico, y realmente me estoy basando en lo que mis pacientes me preguntan y lo que considero realmente buenas preguntas para ellos, porque la información que obtienen es significativa. Puede

ayudarles a decidir cómo van a hacer el seguimiento, o la importancia del seguimiento, o cómo van a aconsejar a sus familiares e instruirles para que quizá se hagan sus exámenes oculares, ¿verdad? Creo que todas esas cosas son importantes, así que ¿cómo se hace esa pregunta? Empiezas con: “¿Tengo degeneración macular?”. Creo que si vas a un oftalmólogo (y creo que mucha gente empieza por la atención primaria, ya sea un optometrista o un oftalmólogo, no necesariamente un especialista en retina), así que, creo importante hacerles las preguntas básicas a estos proveedores de atención oftalmológica: ¿Tengo degeneración macular? ¿Tengo cataratas? ¿tengo glaucoma? Creo que esas son las tres preguntas más importantes. Y si la respuesta es no, excelente. Entonces se trata de: “¿Con qué frecuencia hago el seguimiento?”. Pero si la respuesta es sí, entonces es: “Bien, doctor, ¿qué puedo hacer para reducir mi riesgo?”. Puede ser tomar vitaminas, puede ser llevar gafas de sol cuando estoy fuera de casa, así que hay una gran cantidad de cosas que, de nuevo, van a ser adaptadas a ese individuo y realmente es importante tener como una conversación uno-a-uno. Y lo último que he mencionado es: “¿Debo preocuparme por mis familiares? ¿Tengo que aconsejar a los miembros de mi familia?”. Y una de las cosas que surgen un poco en mi oficina es, recibo un paciente con degeneración macular, y me preguntan acerca de su familia, y yo sólo hago algunas preguntas básicas, especialmente sobre el tabaquismo, cierto, y esa es una de esas cosas en las que podemos decirles: “Oye, si no se les ha dicho, vamos a ver si pueden reducir el consumo de cigarrillos”, porque sabemos que es un gran factor en la progresión, especialmente si usted tiene antecedentes familiares. Así que es importante hablar de este tipo de cosas con su oftalmólogo.

Sra. DIANA CAMPBELL: Excelente. Podría haber preguntado esto antes. Acabamos de recibir una pregunta sobre el humo de segunda mano. Entendemos que dejar de fumar y tratar de dejar de fumar si eres fumador reduce definitivamente ese riesgo; ¿qué pasa con el humo de segunda mano? ¿Es algo que deba preocupar a la gente o se ha estudiado?

DR. VEERAL SHETH: Sí, no hay muchos datos al respecto, pero creo que hay suficientes datos para sugerir que sí, creo que sí importa, especialmente si estás en una casa donde la gente fuma bastante, creo que sí importa. Creo que, afortunadamente, cuando estamos fuera al

aire libre, estamos expuestos a mucho menos humo de segunda mano. No lo vemos tanto, al menos en Estados Unidos, en restaurantes o cuando estamos en eventos, y eso ha sido bueno, creo que ha tenido un buen efecto, un efecto positivo en la salud de la gente y en sus ojos en particular. Pero sí, creo que si estás en una casa donde hay gente fumando, creo que teóricamente aumenta el riesgo.

Sra. DIANA CAMPBELL: Bien, es bueno saberlo, gracias por eso. Se nos acaba el tiempo. Espero sinceramente que todos hayan encontrado útil el chat o charla de hoy, y sabemos que la participación en los estudios de investigación es lo que hace avanzar el campo en cuanto a los tratamientos, y esto ha sido un gran ejemplo de ello hoy. Y sólo quiero decir que éste es un tema continuo, y estamos encantados de poder hablar del hecho de que ahora hay tratamientos para la atrofia geográfica. Y en cuanto a lo que usted ha dicho, creo que la experiencia en el mundo real seguirá su curso, así que volveremos a invitarle en algún momento para ponerle al día después de algún tiempo. Dr. Sheth, antes de terminar, ¿hay algún comentario final, consejo o mensaje general que le gustaría compartir con la audiencia antes de concluir?

DR. VEERAL SHETH: Creo que lo último, por si aún no ha quedado claro en mis declaraciones, es que este es un momento increíblemente emocionante para nosotros, los oftalmólogos, porque por fin somos capaces de tratar esta enorme necesidad insatisfecha, y estamos realmente entusiasmados con ello, así que espero que esto inicie una conversación no sólo entre este grupo, sino también entre sus amigos y familiares y, desde luego, con sus proveedores de atención oftalmológica. Una vez más, les agradezco el tiempo que nos han dedicado y la posibilidad de discutir este tema con todos los presentes en la llamada. Muchas gracias a todos.

Sra. DIANA CAMPBELL: Sinceramente le agradecemos mucho su tiempo. Sabemos lo ocupado que está, tanto con los ensayos como atendiendo a sus pacientes, así que queremos darle las gracias por tomarse el tiempo hoy para discutir esto con nosotros. Como ya he dicho, le volveremos a llamar cuando haya pasado algún tiempo, para volver a tratar el tema y ver en qué punto nos encontramos. Bien, gracias de nuevo, y gracias a la

audiencia por sintonizarnos. Y con esto concluye el BrightFocus Macular Chat. Muchas gracias por acompañarnos hoy.

Recursos útiles y términos claves

(Algunos de los artículos a continuación están disponibles solo en inglés)

Para acceder a los recursos a continuación, comuníquese con BrightFocus Foundation: (800) 437-2423 o visítenos en www.BrightFocus.org. Los recursos disponibles incluyen—

(Algunos de los artículos a continuación están disponibles solo en inglés)

- [Cuadrícula de Amsler](#)
- [Apps for People with Low Vision](#)
- [BrightFocus Foundation Live Chats and Chat Archive](#) (Presentaciones de audio sobre la degeneración macular)
- [Ensayos Clínicos: Respuestas a Todas Sus Preguntas](#) (Publicación)
- [Vida Saludable y la Degeneración Macular: Consejos para Proteger Su Vista](#) (Publicación)
- [Degeneración Macular: Datos Esenciales](#) (Publicación)
- [Research funded by BrightFocus Foundation](#)
- [La Seguridad y el Conductor Adulto Mayor](#)
- [Las cinco preguntas principales que puede hacer a su oftalmólogo](#)
- [Tratamientos para la degeneración macular](#)
- [Understanding Your Disease: Quick Facts About Age-Related Macular Degeneration \(AMD\)](#)

Otros recursos mencionados durante el chat incluyen:

- Nuevos fármacos para tratar la atrofia geográfica: Syfovre e Izervay