

IRIDOTOMIA PERIFERICA PROFILACTICA EN PACIENTES CON ANGULOS CAMERULARES ESTRECHOS

Luis Villalobos Gómez*

RESUMEN

El Argón Laser ha sido empleado con buen éxito en el manejo del glaucoma de ángulo cerrado. Sin embargo no se utiliza rutinariamente en pacientes portadores de ángulos estrechos sin hipertensión ocular y sin daños en el nervio óptico.

Se presentan ocho pacientes con estas características a quienes se le practicó, iridotomías periféricas en uno de sus ojos con Argón Laser. Se lograron iridotomías permeables con escasa reacción inflamatoria y sin daño alguno en las estructuras aledañas. Luego de tres meses de observación solamente una iridotomía se obstruyó.

La iridotomía mediante Argón Laser se presenta como un procedimiento económico, rápido, poco riesgoso y relativamente simple que puede evitar severos daños oculares y altos costos a mediano o largo plazo.

SUMMARY

Argon Laser has been used with success in the management of angle closure glaucoma. However it is not used as a routine in handling patients with narrow angles without ocular hypertension and without damage to the optic nerve.

Eight cases with this characteristics are presented. All of them were treated with Argon Laser, forming peripheral iridotomies in one eye, nice permeable iridotomies were created with minimal inflammatory reaction and without damage to the eye. Only one of the iridotomies get closed. The peripheral iridotomies with laser seems as a economic, rapid, low risk and simple procedure, that can prevent severe ocular damage and high costs in the future of this patients.

INTRODUCCION

A pesar de constituir solamente alrededor del 15% del total de los glaucomas del adulto, el glaucoma crónico de ángulo cerrado tiene la particularidad de que cuando se presenta en forma pura, a diferencia de los glaucomas de ángulo abierto puede curarse. En el pasado han existido diversas formas de tratamiento, que van desde quienes pregonaban el tratamiento quirúrgico (iridectomía periférica) hasta quienes creían que lo más razonable era mantener a estos pacientes bajo miosis medi-

camentosa (1, 2, 3). Ambos procedimientos así como las terapias intermedias tenían inconvenientes para el paciente. Sin embargo con el advenimiento del laser de argón estos problemas han desaparecido casi por completo, el tratamiento con rayos laser es un procedimiento rápido, sencillo e indoloro mediante el cual se practica una iridotomía periférica que no produce problemas al paciente.

Recientemente se ha dicho que los pacientes que deben tratarse con este procedimiento son aquellos con los cuales por lo menos un cuadrante se encuentra posicionalmente cerrado con o sin

* Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia

presiones intraoculares elevadas (4); sin embargo, ¿qué sucede con aquellos pacientes con un ángulo grado I en por lo menos dos cuadrantes, con presiones normales con difícil acceso a hospitales y que no pueden valorarse con regularidad?, ¿deben o no tratarse?, ¿cuáles son los riesgos y efectos secundarios de este procedimiento? Este trabajo presenta ocho casos clínicos con estas características en los cuales se practicaron iridotomías periféricas con laser de argón y que tratan de contestar estas preguntas.

MATERIALES Y METODOS

Del 1° de julio al 30 de setiembre de 1987, en el servicio de oftalmología del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla se recolectaron ocho pacientes con las siguientes características: ser mayores de 40 años, vecinos preferiblemente de sitios alejados de la zona sur del país, con presiones oculares menores de 21 mmHg, sin historia de crisis de dolor ocular y que presentaron al examen gonioscópico con lente de Zeiss un ángulo camerular grado I (Scheie) en por lo menos dos cuadrantes sin evidencia de sinequias u oposición angular.

A estos pacientes se les instruyó sobre su situación, la ausencia de riesgo inmediato, pero que eventualmente podría provocarse un problema difícil resolución que podía preveerse mediante terapia con rayos laser argón.

Una vez que se contó con la anuencia de los pacientes, se les practicaron iridotomías periféricas únicamente en un ojo (a pesar de que ambos ojos renunieron las características anotadas). Las iridotomías se realizaron con las siguientes características: potencia de 1.2 a 1.5 watts, diámetro del spot de 50 u y una duración de 0.05 a 0.1 seg. En todos los casos se corroboró mediante transiluminación la permeabilidad de la iridotomía y todos los casos se valoraron una hora después, a los 4 días, 30, 60 y 90 días y así mismo recibieron un ciclo corto de esteroides tópico (dexametasona*) durante cuatro días.

En los controles subsiguientes se valoraron tres puntos fundamentales: 1- Tono ocular, 2- Re-

acción inflamatoria y 3- Persistencia de la iridotomía. Además de estos puntos se corroboró la condición de la córnea y cristalino todo en el afán de contestar las hipótesis planteada al inicio.

RESULTADOS

Los ocho pacientes mostraron buena tolerancia al procedimiento, solo presentaron mínima sensación de cuerpo extraño probablemente secundario a la utilización del lente de Abrahams.

Los resultados de los puntos considerados fundamentales en el estudio, se muestran en los cuadros 1, 2, 3. La presión intraocular se elevó o se mantuvo en todos los casos una hora después del procedimiento, pero solamente en dos casos se elevó por encima de 21 mmHg, cabe notar que ambos mostraron también mayor reacción inflamatoria que los demás casos. Uno de ellos persistió con reacción inflamatoria durante cuatro días, no notándose sin embargo en las valoraciones subsiguientes. Solamente el paciente indentificado con el número tres (4), se le ocluyó su iridotomía coincidiendo este hecho con un mayor grado de reacción inflamatoria. Un paciente se ausentó a partir del segundo mes, por lo que a partir de dicho momento no se tienen datos sobre su condición; dos pacientes se ausentaron en forma intermedia durante el período de observación, sin embargo acudieron de nuevo a control.

En ningún caso se encontró reacción inflamatoria a partir del mes de control; y finalmente en cuanto a la condición del cristalino y de la córnea, no se encontraron lesiones en los mismos durante el período de observación de los casos.

DISCUSION

Desde que Meyer-Schwickerath reportó en 1956, el uso del fotocoagulador de Xenón para crear agujeros en el iris (1, 3), mucho se ha investigado al respecto.

Sin embargo no es sino hasta mediados de los setentas cuando al popularizarse el laser de argón, este procedimiento se convierte en clínicamente práctico (5). Desde entonces los reportes con buenos resultados han sido mayores y se ha converti-

* Dexametasona + Neomicina Sophya CCSS.

Cuadro 1
TONOMETRIAS OCULARES ANTES Y DESPUES DE IRITOMIA CON ARGON LASER (mmHg)

| NUMERO DE PACIENTES | ANTES DEL PROCEDIMIENTO | UNA HORA DESPUES | DIAS | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|------|----|----|----|
| | | | 4 | 30 | 60 | 90 |
| 1 | 18 | 19 | 18 | * | 17 | 18 |
| 2 | 15 | 20 | 16 | 16 | 15 | 15 |
| 3 | 17 | 21 | 16 | 17 | 17 | 16 |
| 4 | 14 | 17 | 15 | 14 | 15 | 14 |
| 5 | 15 | 18 | 17 | 15 | * | 17 |
| 6 | 19 | 25 | 17 | 18 | 18 | 17 |
| 7 | 18 | 18 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| 8 | 17 | 22 | 18 | 18 | * | * |

* no se hizo

Cuadro 2
REACCION INFLAMATORIA PROVOCADA POR EL PROCEDIMIENTO

| NUMERO DE PACIENTES | ANTES DEL PROCEDIMIENO | UNA HORA DESPUES | DIAS | | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------|------|----|----|----|
| | | | 4 | 30 | 60 | 90 |
| 1 | - | * | - | V | - | - |
| 2 | - | * | - | - | - | - |
| 3 | - | ** | * | - | - | - |
| 4 | - | * | - | - | - | - |
| 5 | - | * | - | - | V | - |
| 6 | - | ** | * | - | - | - |
| 7 | - | * | - | - | - | - |
| 8 | - | ** | - | - | V | V |

- sin inflamación
* leve inflamación
** moderada inflamación
V no se presentó

De acuerdo
a efecto Tyndall
observado

do en un procedimiento rutinario en pacientes portadores de glaucoma de ángulo cerrado (6).

En este trabajo se presentan ocho casos clínicos en que pacientes con ángulos estrechos y sin hipertensión ocular se les practica iridotomías periféricas.

A pesar de la escasa cantidad de pacientes, creo que los hallazgos son valiosos al mostrar mínimos efectos secundarios en un procedimiento relativamente fácil, rápido y que a largo plazo puede

evitar severos daños visuales (incluso ceguera) en pacientes que como es frecuente en nuestro medio abandonan durante periodos prolongados la consulta. El trabajo no pretende mostrar resultados favorables a largo plazo, su idea fundamental es mostrar que la iridotomía periférica con laser argón es un procedimiento inocuo que no pone en peligro la integridad ocular ni visual en pacientes sin riesgo inmediato de glaucoma, pero que eventualmente podrían desarrollar la enfermedad.

Cuadro 3
PERSISTENCIA DE LA IRIDOTOMIA

| NUMERO DE PACIENTES | DIAS | | | |
|------------------------|------|----|----|----|
| | 4 | 30 | 60 | 90 |
| 1 | + | V | + | + |
| 2 | + | + | + | + |
| 3 | + | - | - | - |
| 4 | + | + | + | + |
| 5 | + | + | V | + |
| 6 | + | + | + | + |
| 7 | + | + | + | + |
| 8 | + | + | V | V |

+ (iridotomía presente)

- (iridotomía cerrada)

V (no se presentó)

CONCLUSION

La iridotomía periférica con laser argón es un procedimiento rápido e inocuo que puede practicarse profilácticamente en pacientes portadores de ángulos camerulares estrechos, que por sus características socioeconómicas con difícil acceso a los hospitales, presentan riesgo elevado de desarrollar glaucoma agudo o crónico de ángulo cerrado, de difícil manejo una vez instaurado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Duane, Thomas: Clinical Ophthalmology Vol. 3. Harper and Row. Revised edition 1986.
- 2.- Shields, M. Bruce: Textbook of Glaucoma cap. 32. Ed. Williams and Wilkins 1987..
- 3.- American Academy of Ophthalmology: Basic and Clinical Science Course. 1986-1987. Ed. A.A.O.
- 4.- Spaeth G, Schwartz L, Brown G: Laser Therapy of the Anterior Segment Slack. 1984.
- 5.- Khuri, Ch: Argón Laser iridectomies. AMJ Ophthalmology. 76:490, 1973.
- 6.- Quigley, HA: Long-term follow-up of Laser Iridotomy Ophthalmology. 88:218, 1981.