

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

ATENCIÓN PRIMARIA /
SALUD PÚBLICA

ID: 1308

Diagnóstico de glaucoma agudo de ángulo cerrado y seguimiento posiridotomía YAG. A propósito de un caso

➤ Autores: Antonio García Requena¹, Jorge A. Calvo Sanz², Noelia Fernández Mora³

¹Clínica Oftalmológica Dr. Benavides, Granada, España. ²Instituto de Ciencias Visuales, Madrid, España. ³Instituto Médico Quirúrgico Oftalmológico, Madrid, España. ⁴opticosoptometristas.org

INTRODUCCIÓN

El glaucoma agudo de ángulo cerrado (GAAC) se produce por el cierre del ángulo iridocorneal (AIC) debido a predisposiciones anatómicas (profundidad de cámara anterior estrecha, anteriorización del cristalino). Es más prevalente a partir de los 60 años por el aumento de tamaño del cristalino con la edad, y puede provocar un aumento paulatino de la presión intraocular (PIO) generando un bloqueo total del AIC y el consecuente ataque glaucoma agudo que, si no es tratado con urgencia, puede llevar a la pérdida irremediable de la visión en el globo ocular afecto.

Uno de los tratamientos realizados habitualmente ante la sospecha de posible bloqueo AIC en GAAC es la realización de iridotomías periféricas con Láser YAG.

El óptico optometrista, como profesional de atención primaria, debe estar capacitado para realizar una correcta remisión de los sujetos que acudan a su consulta en caso de detectar un bloqueo de AIC, para ello es imprescindible la formación continuada para actualizar sus conocimientos clínicos, procedimientos y de diagnóstico.

Se presenta un caso clínico de un varón que acu-

de a consulta optométrica con dolor en OD, y que fue remitido de urgencia para valoración oftalmológica por posible cierre de AIC.

CASO CLÍNICO

Paciente, varón de 72 años, que acude a consulta refiriendo dolor el OD todos los días por la noche desde la última semana. Recientemente ha cambiado la graduación de las gafas, pero no cree que esté relacionado. Sin antecedentes personales optométricos ni oftalmológicos destacables, salvo el uso de corrección óptica en gafas progresivas.

Exploración optométrica:

AV con su corrección óptica

OD -0.75 40 AV 0.7+

OI +0.75 -0.50 120 AV 0.8+

Cerca adición +3.00 AO AV 1.0

PIO (tonómetro Goldman)

OD 40 mmHg

OI 20 mmHg (12:00h)

Biomicroscopía: cataratas grado NO1NC1 en ambos ojos; cámara estrecha con ángulo grado 0 en ambos ojos.



Sesión 3



Viernes, 13
de abril



16:00 h a 16:15 h



Terminal
8



Se hace OCT capa de fibras nerviosas de retina (CFNR), células ganglionares maculares y polo anterior para medición de ángulo iridocorneal (AIC) en eje horizontal (Ver *figura 1*). Medidas ángulos iridocorneales en eje horizontal. OD 23/16° OI 19/18.

Se remite a consulta oftalmológica de urgencia, donde se realizan iridotomías YAG en ambos ojos y se comienza tratamiento con un análogo de prostaglandinas (*Latanoprost*).

Profundidad ACD desde epitelio aprox 1.6 mm AO.

Se repite OCT de polo anterior posiridotomía para nueva valoración de ángulo iridocorneal a los 15 minutos de la realización de las iridotomías.

Ángulo iridocorneal OD 24/28, iridotomía permeable.

DISCUSIÓN

Aunque existen otros tratamientos que han demostrado mayor efectividad para la recirculación del humor acuoso en el GAAC, la iridotomía permite la reapertura del ángulo iridocorneal de forma rápida.

En este caso, la realización de OCT de polo anterior permite valorar la apertura del AIC en el pre y post tratamiento.

CONCLUSIONES

El óptico optometrista debe estar capacitado para remitir de urgencia a pacientes ante la sospecha de glaucoma agudo de ángulo cerrado. La iridotomía con Láser YAG es un método efectivo para favorecer la recirculación del humor acuoso y conseguir una mayor apertura del ángulo iridocorneal.

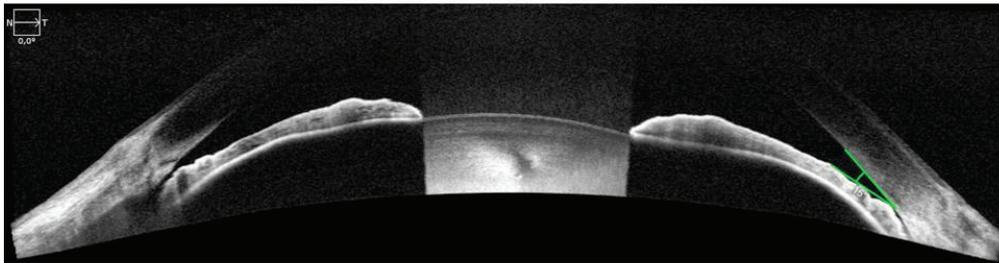


Figura 1a. Imagen OCT de ángulo iridocorneal en eje horizontal, previa a tratamiento. Ángulos iridocorneales de 15 y 18°

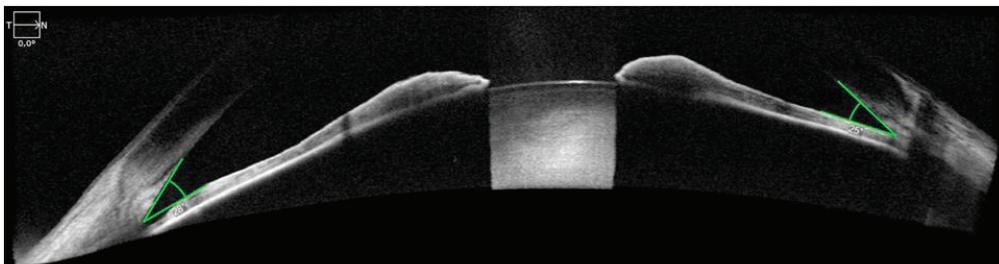


Figura 1b. Imagen OCT de ángulo iridocorneal en eje horizontal, después de realizar iridotomía YAG. Ángulos iridocorneales de 25 y 28°

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

