

## ENTREVISTA AL DOCTOR VICENÇ GUIMERÀ, ESPECIALISTA EN GLAUCOMA Y CIRUGÍA DE CATARATAS

# La detección del glaucoma se da en una revisión oftalmológica

El doctor Vicenç Guimerà, es especialista en glaucoma y cirugía de cataratas en el Instituto Balear de Oftalmología. Cabe señalar que es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Central de Barcelona y Médico Especialista en Oftalmología en el Hospital Clínico Universitario.

SUSANA FERNÁNDEZ

**P.- ¿Cómo podemos definir el Glaucoma?**

R.- El termino glaucoma agrupa una serie de enfermedades que tienen en común el deterioro progresivo del nervio óptico, generalmente, a consecuencia de la presión intraocular (aunque puede haber otros factores), lo que supone una pérdida progresiva e irreversible de visión.

**P.- De qué depende la presión intraocular.**

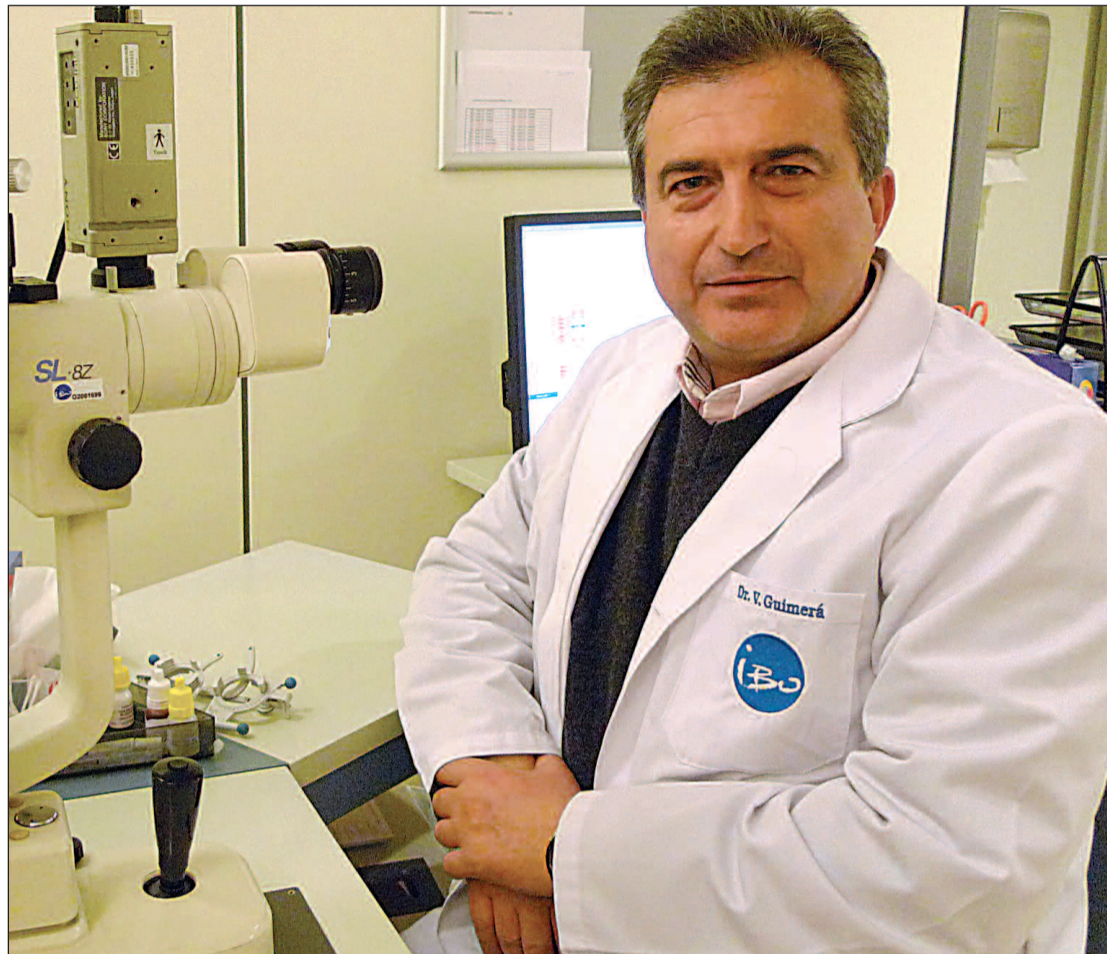
R.- La presión intraocular es la resultante de la producción del humor acuoso (líquido dentro del ojo), y su salida al exterior del globo ocular, que se produce a nivel del ángulo de la cámara anterior, que se forma entre la córnea (capa transparente de la parte anterior del ojo) y el iris (que es lo que tiene color). Es decir, donde termina el iris hay una especie de rejilla que dificulta la salida de este líquido. Cuando se produce más humor acuoso la presión aumenta. La causa principal del glaucoma es la dificultad en la salida de éste líquido.

**P.- ¿Cuál sería la presión normal?**

R.- La presión normal se considera entre 15 y 18 mm Hg y hasta 21 estaría dentro de lo tolerable, más de esta cantidad sería hipertensión ocular.

**P.- Pero existen algunas excepciones.**

R.- Hay casos de nervios ópticos que toleran durante toda la vida la presión alta sin que se detecten pérdidas: estaría-



Vicenç Guimerà, especialista en glaucoma y cirugía de cataratas en su consulta en el IBO.

mos hablando de una hipertensión ocular, que es un factor de riesgo pero que en este caso no desarrollaría un glaucoma. Por el contrario, hay casos en que la presión no es la causa, y con una presión normal la evolución del glaucoma existe. En este caso el nervio óptico va atrofiándose y hundándose, que es la característica pero no por la presión sino que sería por factores propios del nervio óptico. Esto es lo que se conoce como un glaucoma de presión baja. Por ejemplo, hay razas como los orientales que suelen tener más incidencia en éste tipo de glaucomas.

**P.- ¿Cómo se manifiesta el deterioro del nervio óptico?**

R.- Cuando el especialista mira el fondo de ojo, observa que el nervio óptico se va hundiendo. Esta es la característica del glaucoma es una enfermedad que excava el nervio óptico. En un glaucoma terminal encontramos una excavación del cien por cien. Valoramos hasta que punto esta excavación va en aumento a lo largo del tiempo. Podemos ha-

cerlo o bien por exploración simple (mirando el nervio óptico) o por nuevos sistemas de medición como la OCT que es la tomografía de coherencia óptica que mide la cantidad de fibras nerviosas y como van disminuyendo en caso de que el glaucoma progrese.

**P.- ¿Qué consecuencias acarreará la lesión de fibras nerviosas en el glaucoma?**

R.- Nos va produciendo una pérdida progresiva e irreversible del campo visual, que es la ventana de visión que tenemos. La manera de medir la visión es por un lado ver la agudeza visual que mide la profundidad de la visión y por otro el campo visual que mide la amplitud de nuestra ventana de visión. Esto es lo que se va deteriorando por culpa del glaucoma.

**P.- Existen diferentes tipos de glaucoma.**

R.- Si. Podemos clasificarlos según la edad de aparición; congénito, juvenil o adulto. Tenemos el glaucoma primario que suele ser de causa desco-

nocida y el glaucoma secundario que es debido a otra enfermedad ocular como inflamaciones oculares, cataratas, malformaciones, etc. Según la evolución también podemos distinguir entre el glaucoma agudo y el glaucoma crónico.

**P.- ¿Cuál es de todos ellos el más frecuente?**

R.- El más frecuente es el glaucoma crónico simple aparece en edad adulta, es de causa desconocida y suelen ser el 80 por ciento de los glaucomas.

**P.- ¿Qué síntomas da?**

R.- Por definición no da síntomas. El paciente puede padecerlo toda su vida. Su visión se deteriora progresivamente y solo en fase muy terminal la persona es capaz de notar que tiene algún problema. Normalmente, pierde campo visual, excepcionalmente, el paciente tiene dolor de cabeza o dolor ocular. Puede que vea halos por las noches cuando hay una subida de presión, pero es mucho más frecuente que pase inadvertido.

**P.- ¿Cómo se detecta?**

R.- La detección del glaucoma se da en una revisión oftalmológica de rutina o bien en una campaña de detección del glaucoma.

**P.- ¿Cuál es el tratamiento?**

R.- El tratamiento del glaucoma puede ser farmacológico, tratamiento con láser o bien tratamiento quirúrgico. El tratamiento farmacológico nunca va a ser curativo sino paliativo, es decir, bajará la presión a niveles tolerables. Debemos plantearnos que va a ser un tratamiento por tiempo indefinido y suele administrarse en forma de colirios (gotas oculares).

**P.- El tratamiento con láser.**

R.- El tratamiento con láser tiene una eficacia moderada y es útil para algún tipo de glaucoma como puede ser el glaucoma pigmentario o de exfoliación. Ambos tienen como característica un ángulo abierto y pigmentado. La eficacia del tratamiento con láser es mejor en personas mayores que en jóvenes, su eficacia disminuye con el tiempo.

**P.- Y, el tratamiento quirúrgico.**

R.- En el tratamiento quirúrgico buscamos la salida del líquido intraocular desde dentro del globo ocular al espacio subconjuntivado (el espacio que queda debajo de la conjuntiva que es la capa transparente que cubre el globo ocular). Para lo cual disponemos de dos técnicas quirúrgicas: la trabeculectomía (tunelización directa) o la escleroptomía profunda. La ventaja de estas técnicas es que pueden funcionar durante mucho tiempo o terminar por cerrarse, aunque la intención de la cirugía a diferencia del tratamiento farmacológico es resolver el caso para siempre. No es un tratamiento que se hace sistemáticamente sino que nos reservamos el tratamiento quirúrgico porque no deja el ojo en las mismas condiciones: le debilita frente a traumatismos, infecciones, etc... Por eso es una opción que usamos en caso de fracaso del tratamiento con colirios.