

GLAUCOMA AGUDO

Autor:

Dr. Juan Carlos Garcia M.P.Nº 8218/9

Esp. en Oftalmología M.E.Nº 2637

Definición:

El glaucoma primario agudo es una patología en la cual se produce un aumento de la presión intraocular brusca que si persiste durante un tiempo prolongado puede llevar a la ceguera.

Cuadro clínico:

El glaucoma agudo se instala de manera violenta y dramática con dolor intenso (de los más intensos de la patología), por lo cual también se lo denomina *dolor suicida*.

Se localiza en la frente y zona malar, *dolor en marco*, que se irradia hacia las raíces dentarias del maxilar superior. Es continuo, no tiene períodos de calma, posiciones antiálgicas ni responde a los analgésicos comunes. Por reflejo trigémino-vagal, se acompaña de náuseas y vómitos, confundiendo con un cuadro de cólico biliar. Puede llevar al afectado a la desesperación. El ojo se presenta rojo, doloroso a la palpación y con grave compromiso de la agudeza visual que solo percibe los bultos o la luz. Afecta a alrededor de 1 cada 1.000 individuos mayores de 40 años, con un pico en la sexta década. Mayor predilección sobre la raza blanca y el sexo masculino. Ocurre en ojos generalmente hipermetropes con la cámara anterior muy plana y cristalino grande (cataratas).

Conducta inicial:

- a) Sedar al paciente con analgésicos inyectables enérgicos como la morfina. La morfina, además, tiene efectos mióticos beneficiosos.
- b) Instaurar venoclisis con Manitol al 15% en agua, en goteo rápido de 500 cc en media hora. El paciente debe permanecer con la cabeza levantada para impedir la congestión cefálica.
- c) e
- d) Al ceder el dolor y tener certeza de que la disminución de la presión ocular por la recuperación de la transparencia corneal, se pueden agregar colirios de pilocarpina (miótico) al 2% cada hora hasta que ceda la midriasis.
- e) Derivar con la mayor urgencia posible al especialista.

El tratamiento es básicamente quirúrgico y se debe realizar en un tercer nivel especializado. Se trata de desbloquear el ángulo iridocorneal mediante un canal que libere la circulación del humor acuoso al espacio subtenoniano mediante una incisión en el iris, manual o con láser. Este procedimiento es de alta especialización y debe ser realizado exclusivamente en un tercer nivel.

Riesgos de iatrogenia:

- a) Confundir una crisis de glaucoma agudo con un cólico biliar (error frecuente).
- b) Instalar equivocadamente goteos con soluciones que incrementen el ingreso de volúmenes acuosos al sistema vascular.
- c) No prestar atención a pacientes que refieren episodios aislados de visión borrosa y halos de color en las luces.
- d) Demorar la derivación al especialista.

Bibliografía:

1. Kanski, J. Oftalmología clínica, 8* ed. España, Elsevier, 2020.
2. Alezzandrini AA, Fundamentos de oftalmología 3° Edición. Buenos Aires: El Ateneo, 2020.
3. Actualidad en el tratamiento médico del glaucoma. Rodríguez MM. Coba Gonzalez MJ. Ortiz Gonzalez E, Pérez Tamayo E. Rev. Cubana de Oftalmología, 2020.