

Multimed 2017; 21 (1)

ENERO-FEBRERO

CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO CARLOS MANUEL DE
CÉSPEDES

Glaucoma y embarazo. Presentación de un caso

Glaucoma and pregnancy. Case presentation

Esp. Oftalmol y MGI. Ania Mercedes Oliveros Ginarte,^I Esp. Oftalmol y MGI. Yuleidys Fernández Verdecia,^I Esp. Oftalmol y MGI. Norkis Cabrales Muñoz,^I Esp. Oftalmol y MGI. Mara Dayamí Remón Martí,^I Res. MGI. Yamirka Luisa Sarduy Ginarte.^{II}

^I Hospital Provincial Universitario "Carlos M. de Céspedes". Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Docente Comunitario "Luis Enrique de la Paz Reyna". Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

El glaucoma se puede definir como una neuropatía óptica crónica irreversible caracterizada por la muerte específica de las células ganglionares de la retina, que clínicamente se detecta con pérdida de la capa de fibras nerviosas y cambios anatómicos característicos del nervio óptico con disminución del campo visual y que puede o no estar asociado a un aumento en la presión intraocular. Durante el embarazo, su curso sufre modificaciones, que pueden ir desde el descenso de la presión intraocular, hasta su elevación, por lo que se necesita una evaluación personalizada en cada caso. La conducta terapéutica está mediada por la relación riesgo-beneficio/materno fetal. Se presenta el caso de una paciente femenina de 21 años de edad, con glaucoma juvenil, que llega al embarazo en el límite del control

de su enfermedad, y logra obtener presión intraocular blanco sin tratamiento, solo con los beneficios de los cambios fisiopatológicos en la reducción de ésta en la gestación. Glaucoma y embarazo ha logrado unificar criterios, pero aún tiene retos para el futuro.

Palabras clave: glaucoma, embarazo, factores de riesgo, mantenimiento del embarazo.

ABSTRACT

Glaucoma can be defined as an irreversible chronic optic neuropathy characterized by specific death of the retinal ganglion cells, which is clinically detected with loss of nerve fiber layer and characteristic anatomical changes of the optic nerve with decreased visual field and may or may not be associated with an increase in intraocular pressure. During pregnancy, its course undergoes modifications, which can range from the decrease of the intraocular pressure, until its elevation, reason why a personalized evaluation in each case is needed. Therapeutic behavior is mediated by the risk-benefit/maternal fetal ratio. We report the case of a 21-year-old female patient with juvenile glaucoma who reaches pregnancy at the limit of control of her disease and achieves white intraocular pressure without treatment, only with the benefits of pathophysiological changes in the reduction of gestation. Glaucoma and pregnancy has managed to unify criteria, but still has challenges for the future.

Keywords: glaucoma, pregnancy, risk factors, pregnancy maintenance.

INTRODUCCIÓN

El glaucoma se puede definir como una neuropatía óptica crónica irreversible caracterizada por la muerte específica de las células ganglionares de la retina, tiene como consecuencia una disminución de los axones derivados de éstas células, que clínicamente se detecta con pérdida de la capa de fibras nerviosas y cambios anatómicos característicos del nervio óptico con la consecuente eventual disminución del campo visual y que puede o no estar asociado a un aumento en la presión intraocular. ¹ Es la segunda causa de ceguera irreversible en Estados Unidos y la más frecuente a nivel mundial, afecta con mayor frecuencia pacientes mayores de 40 años aunque se puede presentar en cualquier edad. ²

En Cuba es la primera causa. Se origina debido a la interacción no excluyente de factores mecánicos, vasculares, inmunitarios y moleculares con la consiguiente

apoptosis de las células ganglionares de la retina y la consecuente lesión del nervio óptico y capa de fibras nerviosas.

De acuerdo con su etiología se pueden dividir en primarios cuando no se asocian a alteraciones sistémicas u oculares y secundarias cuando sí existen alteraciones. Los glaucomas del desarrollo presentan anormalidades en el desarrollo del ángulo camerular. Según la apariencia anatómica del ángulo iridocorneal se pueden clasificar en ángulo abierto o cerrado.³ La elevación de la presión intraocular (PIO) constituye el más importante factor de riesgo, para que se produzca el daño glaucomatoso. El tratamiento está encaminado a bajar los valores de PIO, para lograr detener la progresión del daño del disco óptico. Éste puede ser médico, láser o quirúrgico.

El embarazo es un proceso fisiológico, en el cual emergen diversos fenómenos mediados por el sistema endocrino, y que afectan las condiciones basales de cada paciente. El glaucoma no escapa de esta afectación.

La imposibilidad de realizar estudios hace que tengamos que recurrir a las series de casos clínicos para obtener más información sobre el manejo del glaucoma durante el embarazo. En un trabajo retrospectivo sobre 28 ojos de 15 mujeres publicado hace 6 años, el 57,1 % de los ojos estudiados (16 ojos en total) no progresó y mantuvo la PIO estable durante el embarazo y a pesar de esa tendencia natural al descenso de la PIO, se han descrito casos en los que ha habido progresión de la enfermedad durante el embarazo.⁴

La conducta a seguir ante una glaucomatosa embarazada debe ser reflexionada con alta responsabilidad. Todos los tratamientos tienen riesgos y beneficios que necesitan ser considerados en cada paciente, pero son difíciles de calcular en una embarazada con glaucoma o hipertensión ocular. Aunque esto no ocurre con frecuencia, el glaucoma afecta a menos del 0,5 % de la población menor de 40 años, constituye un potencial dilema para los oftalmólogos. Todavía no existe una guía sobre cómo tratar a una mujer en esta situación, aunque se dan pasos en este sentido.⁵ Por esta variabilidad y la carencia de estudios al respecto, la evaluación debe ser personalizada.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 21 años de edad, antecedentes de salud aparente, que acude a consulta de oftalmología, por dificultades visuales para la lectura, y dolor ocular ligero-moderado, casi todo el día, de varias semanas de evolución. Al examen ocular encontramos como datos de interés:

Agudeza visual sin corrección (AV s/c): ojo derecho (OD): 1.0
ojo izquierdo (OI): 1.0

Visión con acomodación paralizada (VAP): OD: + 0.50 + 0.50 x 150^o (1.0)
OI: + 0.50 x 180^o (1.0)

Prueba final (PF): OD: + 0.50 x 155^o (1.0)
OI: plano.

La PIO (ajustada por paquimetría) OD: 22 milímetros de mercurio (mm Hg), OI: 16 mm Hg; gonioscopia: ángulo abierto grado IV. A la oftalmoscopia directa: índice excavación papila (IEP) OD: 0.5 y OI: 0.6-0.7, con rechazo vascular nasal, visualización de lámina cribosa, y disminución del anillo neuroretiniano (ANR) hacia sectores temporal y superior. Realizamos campimetría (Goldman), donde encontramos discreta caída periférica de las isópteras en ambos ojos. Tomografía retinal de Heidelberg (HRT): copa disco (CD): OD: 0.58 y OI: 0.45; *cup shape*: OD: -0.03 y OI: -0.01; capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL): OD: 0.25 y OI: 0.31.

Con esto, llegamos al diagnóstico de astigmatismo hipermetrópico simple monocular OD, para lo cual se le indicaron cristales correctores, como medida terapéutica y glaucoma juvenil, lo cual constituyó un hallazgo y a su vez lo más relevante.

Para tratar esta entidad, se impuso tratamiento con timolol (colirio 0.5 %) tópico cada 12 horas ambos ojos (A/O), inicialmente, y se mantuvo en seguimiento por consulta de glaucoma. En el primer semestre estuvo controlada (PIO entre 11 y 12 mmHg, sin progresión del daño); luego subieron las cifras de tensión ocular (16, 18 y 20 mmHg, sin progresión del daño), por lo que tuvimos que ir modificando el tratamiento: agregamos, dorzolamida, y luego, latanoprost.

A los 18 meses de seguimiento del glaucoma, nuestra paciente queda embarazada, y se evalúa como gestante con embarazo valioso, por llevar más de 2 años en consulta de reproducción asistida con su pareja, para poder lograrlo. Por este motivo decidimos suspender el tratamiento antiglaucomatoso, en beneficio fetal, y extremar las medidas de vigilancia con la paciente, en beneficio materno. Se le dio seguimiento con intervalo de un mes, y encontramos, PIO que osciló entre 11 y 13 mm Hg. A los 22 días de puerperio, comenzó a manifestar síntomas de mal control, con dolor ocular y PIO entre 14 y 18 mmHg, por lo que decidimos retomar el tratamiento médico.

DISCUSIÓN

Lo primero que salta a la vista es la condición de hallazgo que tiene en nuestra paciente, el diagnóstico de glaucoma. La mayoría de los pacientes están asintomáticos hasta etapas avanzadas de la enfermedad, si no se diagnostican por hallazgo, ya que no contamos con un programa de diagnóstico precoz de esta enfermedad. El astigmatismo hipermetrópico de esta paciente no está relacionado con el glaucoma, por lo cual excluimos su tratamiento de la discusión.

El glaucoma en esta paciente clasifica dentro del glaucoma juvenil, si bien tiene características de glaucoma de tensión baja. Es un tipo de glaucoma pediátrico junto con el congénito y el infantil (glaucoma CIJ-por sus siglas en inglés), depende de la edad de presentación. El glaucoma congénito se presenta en los tres primeros meses de vida, el infantil entre los tres meses y tres años de vida, y el juvenil entre los tres y los 35 años.

Esta enfermedad está relacionada con anomalías del desarrollo en el ángulo de la cámara anterior. Cuando se presenta en los primeros tres meses de vida, o entre los primeros tres meses y tres años, con frecuencia está asociado a cambios anatómicos en el globo. Cuando la presentación es después de los tres años, generalmente no existen cambios asociados en el tamaño del globo.

Puede existir una continuidad entre el glaucoma infantil y el juvenil, dependiendo del grado de anomalía del desarrollo angular. El glaucoma que se presenta después de los 35 años de edad usualmente no está relacionado con anomalías en el desarrollo, el ángulo es normal y se considera como un glaucoma adquirido.⁶

Numerosos estudios han reconocido que durante la gestación la PIO disminuye incluso de forma progresiva del primer al último trimestre por diferentes factores.

Sin embargo existen casos cuyo control de la presión intraocular se ha complicado e incluso se ha reportado la progresión del daño glaucomatoso y pérdida del campo visual.⁷

En el período preconcepcional, nuestra paciente llegó a tener triple terapia (timolol, dorzolamida, latanoprost) a dosis máximas para lograr niveles adecuados de PIO lo cual no significa buen control de la enfermedad. No se tiene un buen control del glaucoma si es necesaria la triple terapia para lograr la PIO en los límites y es precisamente en esta etapa que se continúa la pérdida de los campos visuales.

En vez de dejar al paciente en terapia médica máxima, debe ser tratado con láser trabeculoplastia o con cirugía. Esta PIO adecuada es la que llamamos "presión blanco" o "presión meta"; aquella con la que luego de un considerable período sugiera que el estado del nervio óptico no está empeorando, ya sea por la apariencia del disco óptico o de la capa de fibras nerviosas o la función del nervio óptico medida con el campo visual, tomografía retinal o tomografía óptica.⁸

Desde el comienzo del embarazo la PIO bajó considerablemente, al punto que no necesitó tratamiento. Esto significa que sobresalieron las teorías fisiopatológicas que reducen la PIO en el embarazo.

Las teorías iniciales se basan en las fluctuaciones hormonales del estrógeno, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana, que aunque no afectan la producción del humor acuoso sí aumentan el flujo uveoescleral de salida de éste.

Por otro lado se conoce que existe una disminución de la presión venosa episcleral durante el embarazo, resultado de la disminución generalizada de la presión venosa en las extremidades superiores.

El embarazo induce un estado de acidosis que se asocia con disminución de la presión intraocular.

Por lo referido anteriormente puede decirse que esta reducción de la PIO es multifactorial.⁷

Ante una glaucomatosa en edad fértil, el oftalmólogo debe persuadirla de mantener una armonía entre el control del glaucoma y la planificación familiar, teniendo en cuenta los riesgos para la madre y el feto de esta enfermedad y su tratamiento

durante el embarazo. La paciente recibió información y atención especializada al respecto, lo cual asumió con responsabilidad.

A través de diferentes abordajes del tema, incluso de una encuesta realizada a oftalmólogos publicada en el año 2007 en la revista *Eye*⁵, encontramos discrepancias e inseguridad en el tratamiento del glaucoma en el embarazo, a pesar de contar con bibliografía al respecto. En lo que sí hay uniformidad es en mantener sin tratamiento a la paciente durante el primer trimestre, por el elevado riesgo de teratogénesis, y a partir de ahí considerar la intervención médica en la medida que hayan síntomas de mal control de la patología.

De primera línea para algunos son los agonistas de la prostaglandinas, para otros es más seguro el uso de betabloqueadores, algunos recomiendan los inhibidores de la anhidrasa carbónica, y un buen número, colinérgicos. Tratar con la menor cantidad de fármacos posibles, de preferencia tópicos; si es posible, previa oclusión del punto lagrimal. Si se llega a la triple terapia, evaluar la trabeculoplastia láser, que ha demostrado excelente eficacia, disminuyendo los valores de la PIO hasta en un 9 %.⁸ Lo esencial es balancear el riesgo beneficio en cada caso, como lo hicimos en nuestra paciente, sobre todo si consideramos las dificultades que tuvo para lograr un embarazo (o quizás el embarazo).

El glaucoma es relativamente infrecuente en mujeres jóvenes, y a su vez un problema de salud. La comunicación médico paciente, el control de la enfermedad y del riesgo preconcepcional, son importantes para abordar cada caso. Pero tenemos el reto de desarrollar una guía para el manejo de esta situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaarawy, Glaucoma. Medical Diagnosis and Therapy; Elsevier; 2010, USA, Volume 1.
2. Morrison, John; Glaucoma. Science and Practice. Thieme Medical Publishers; 2003, Hong Kong.
3. Allingham, R. Rand; Shield's Textbook of Glaucoma; November 2010, 6th edition.
4. Méndez Hernández C. Uso de fármacos antiglaucomatosos en embarazo y lactancia. . Archivos de la sociedad española de oftalmología (Internet). 2012;

87(12):389–391. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912012001200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

5. Vaideanu D, Fraser S. Glaucoma management in pregnancy: a questionnaire survey. Eye (Internet) (2007) 21, 341–343. Available from:

<http://scielo.isciii.es/pdf/aseo/v84n10/revision.pdf>.

6. Maurice H, Lunts. Glaucoma pediátrico. En: Benjamin F. Boyd, etitor. Últimas innovaciones en los glaucomas. Etiología, diagnóstico y tratamiento. Panamá: Highlights of Ophthalmology; 2002. p. 119.

7. Sosaya Aldana B, Medina Rodríguez I. Glaucoma en el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(2)188-193. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin16210.pdf>.

8. Jay Kats L. Actualización de la terapia médica para glaucoma. En: Benjamin F. Boyd, etitor. Últimas innovaciones en los glaucomas. Etiología, diagnóstico y tratamiento. Panamá: Highlights of Ophthalmology; 2002. p. 80_83.

Recibido: 4 de octubre de 2016.

Aprobado: 2 de diciembre de 2016.

Ania Mercedes Oliveros Ginarte. Hospital Provincial Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. Email: oliveros@infomed.sld.cu