



Consenso 2024: Láseres en glaucoma

Capítulo: Iris – Iridotomía periférica con laser (IP).

Coordinadores: Mercedes Bastien
Leila Galetto
Carla Savino Indovino
Javier Casiraghi



Diagnóstico

El método diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia para catalogar/clasificar un cierre angular es la gonioscopía.

El diagnóstico de sospecha de cierre angular lo tomamos cuando el ojo presenta un contacto iridotrabecular de más de 2 cuadrantes (mayor a 180°).

No coincidimos en cuando utilizar sistemáticamente la UBM o el OCT de SA.



Consenso 2024: Láseres en glaucoma

Capítulo: Iris – Iridotomía periférica con laser (IP).

Indicaciones y contraindicaciones

Debería recibir una IP de manera profiláctica:

- Pacientes con sospecha de cierre angular que no pueden asistir a seguimiento regular.
- Pacientes con sospecha de cierre angular que requiera una dilatación pupilar frecuente.
- Pacientes con sospecha de cierre angular positivos en una prueba de provocación (PIO en reposo/ test de sobrecarga hídrica).
- Pacientes con sospecha de cierre angular con un ojo con SCAP o antecedentes familiares de CAP o GCAP.
- Pacientes con sospecha de cierre angular con un ojo contralateral con un /CAP.
- Pacientes con sospecha de cierre angular con hipermetropía alta.
- Pacientes con sospecha de cierre angular en contexto de “ojo único”.
- Pacientes con sospecha de cierre angular sin otro factor de riesgo asociado.
- Pacientes con sospecha de cierre angular que deben tomar alguna medicación sistémica (ej. antidepresivos u alguna medicación con efecto anticolinérgico).

El topiramato tiene otro mecanismo de acción y no tiene indicación de IP profiláctica



Indicaciones y contraindicaciones

Deberían recibir una IP de manera terapéutica:

Pacientes con forma aguda de CAP.

Pacientes con iris bombé debido a cierre angular secundario.

No coincidimos en indicar la IP terapéutica en pacientes con Glaucoma Primario de Angulo Cerrado.

La indicación varía según la gonioscopia y las Sinequias anteriores perifericas.



Indicaciones y contraindicaciones

No indicamos la IP en:

- Glaucoma neovascular.
- Glaucoma pigmentario (*salvo excepción de detectar bloqueo pupilar inverso*).

La indicación en el glaucoma uveítico estaría supeditada a la actividad del cuadro y las sinequias anteriores periféricas.



Consenso 2024: Láseres en glaucoma Capítulo: Iris – Iridotomía periférica con laser (IP).

Técnica

Teniendo la posibilidad de realizar IP con Nd:YAG o Láser Argón, preferiría realizar el procedimiento con el láser Nd:YAG.

Se puede realizar de las tres formas según caso y preferencia (Nd:YAG solo, argón/diódo solo o ambos combinados).

Ya sea realicemos la IP con Nd:YAG o diódo utilizamos lupa para su realización.

De preferencia, la lente de Abraham.

Los parámetros utilizados (energía) son modificados durante el procedimiento según el color del iris, lo estrecha de la CA o el estado del equipo utilizado.



Consenso 2024: Láseres en glaucoma Capítulo: Iris – Iridotomía periférica con laser (IP).

Técnica

El tamaño óptimo para la IP con Nd:YAG estaría entre las 150/200 μ .

Una vez que se constata perforación, aumentamos el tamaño de la iridotomía.

Al aumentar tamaño realizarlo de forma horizontal.

Tomamos como signo de perforación el pasaje del humor acuoso por la IP.



Consenso 2024: Láseres en glaucoma Capítulo: Iris – Iridotomía periférica con laser (IP).

Técnica

En caso de existir sangrado durante el procedimiento comprimimos con la lupa (o hacemos presión/masaje).

En caso de impactar la córnea y no tener buena visualización no coincidimos: o seguimos el procedimiento láser en otro sitio o esperamos otro momento para continuar.



Preparación y pos laser

Previo al láser preparamos al paciente con la colocación de pilocarpina al 2% tópica y un anestésico tópico (por ejemplo: proparacaína) aunque no utilicemos lente para su realización.

*No tuvimos coincidencia en el uso de brimonidina, ni de corticoides ni antiinflamatorios no cortisónicos en antes, durante ni después del láser.
Si coincidimos en no utilizar hipotensores oculares tópicos.*



Reacciones adversas

Se consideran reacciones adversas de la IP:

- Las alteraciones visuales tipo disfotopsias.
- El pico de hipertensión ocular dentro de las primeras 24 hs pos laser.
- La inflamación de cámara anterior.
- La inflamación del segmento posterior como el edema macular.
- El glaucoma maligno.

Recordar siempre hacer firmar el consentimiento informado del procedimiento.



Indicaciones

La iridoplastia es útil para disminuir el bloqueo angular que persiste a pesar de una iridotomía permeable que no lo pudo desbloquear.

La iridoplastia en forma sectorial es útil en pacientes con cierre aposicional del ángulo en un segmento por configuración de pseudoplateau o en presencia de, por ejemplo, quistes de cuerpo ciliar.

No coincidimos en indicar la iridoplastia para controlar un ataque agudo de cierre del ángulo (CAA) como medida primaria, ni para controlar un ataque de cierre de ángulo agudo (CAA) cuando los medicamentos no logran controlar la presión intraocular y no se logra realizar iridotomía periférica con láser YAG.



Consenso 2024: Láseres en glaucoma

Capítulo: Iris – Iridoplastia periférica con laser de argón(ALPI).

Indicaciones y contraindicaciones

Se consideró como una *contraindicación relativa* el edema corneal u la opacificación periférica (ej. arco senil) que dificulta la visualización del iris periférico y el iris en estrecha cercanía a la córnea.

No pudimos considerar si el cierre angular sinequial es una contraindicación relativa o absoluta.



Técnica

No es necesario la utilización de lentes, pero si son utilizados, la preferencia es una lente de Abraham.

Los parámetros a utilizar son:

- 200-500 μm de tamaño del spot,
- 0.5 a 0.7 segundos de duración,
- inicialmente 80-100 mW de poder.



Técnica

Considerar la contracción del iris como un signo indirecto de la correcta energía utilizada.

Si se observa dispersión de pigmento en cámara anterior o formación de burbujas se debe disminuir la potencia del láser.

Se debe establecer una separación de 1 o 2 spots entre los disparos de láser.



Preparación y post láser

Antes del procedimiento colocamos:

- Pilocarpina 2% tópica
- Anestésico tópico.

Luego de realizado el procedimiento utilizamos corticoides tópicos, de preferencia acetato de prednisolona.

No coincidimos en el tiempo de uso, estaría entre 3 y 5 días.

No utilizamos antiinflamatorios no esteroideos.



Preparación y post láser

La forma de controlar la apertura del ángulo pos láser es realizando una gonioscopía.

Si bien no hubo consenso en cuando es el control, este podría ser entre 1 y 10 días posteriores a la cirugía.

Si el ángulo no se abre no se repite el procedimiento.



Reacciones adversas

Se consideran reacciones adversas de la ALPI:

- Iritis que cede con corticosteroides tópicos.
- Necrosis iridiana si los spots fueron emplazados muy juntos.
- Quemaduras endoteliales difusas.
- Midriasis pupilar permanente.
- Sinequias pupilares posteriores.

Consideramos que la ALPI no aumenta la incidencia de catarata luego de realizado.



Consenso 2024: Láseres en glaucoma
Capítulo: Iris.

Participaron del consenso:

