

Glaucoma en el embarazo

Glaucoma during pregnancy

Beatriz Zozaya Aldana^I; Isabel Medina Rodríguez^{II}

^IEspecialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructora. Hospital universitario "Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Auxiliar. Hospital universitario "Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica del glaucoma durante el embarazo, con el objetivo de describir el manejo que se tiene de dicho binomio. Se señalan elementos fisiopatológicos que posibiliten un mejor diagnóstico y tratamiento de estas pacientes, en una etapa vital de sus vidas, lo que redundará en un mejor control de su enfermedad durante la gestación, se evita el progreso de las alteraciones visuales irreversibles que el glaucoma puede provocar, sin olvidar el balance riesgo-beneficio, que la terapéutica pueda traer tanto para la madre como para su futuro bebé.

Palabras clave: Glaucoma, diagnóstico, embarazo, tratamiento.

ABSTRACT

Authors made a bibliographic review on glaucoma in pregnancy to describe the management of these two variables. Physiopathologic elements are pointed out allowing a better diagnosis and treatment of these patients during a vital stage of their life, leading to a better control of disease during pregnancy, avoiding the progression of irreversible visual alterations related to glaucoma, taking into account the risk-benefit balance that therapeutics may offer for the mother and for her future baby.

Key words: Glaucoma, diagnosis, pregnancy, treatment.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento del glaucoma como entidad que acompaña el embarazo de miles de mujeres en todo el mundo está siendo revalorada de forma muy seria a la luz de nuevos estudios, este se define como una neuropatía óptica caracterizada por un patrón específico de daño en la cabeza del nervio óptico y en el campo visual, de causa multifactorial. La elevación de la presión intraocular (PIO), constituye el más importante factor de riesgo para el desarrollo del daño glaucomatoso, pero este es solo un factor de riesgo y no una enfermedad *per-se*.^{1,2}

Numerosos estudios han reconocido que la PIO disminuye durante la gestación incluso de forma progresiva del primer al último trimestre,³⁻⁷ por diferentes factores. Sin embargo existen casos cuyo control de la presión intraocular ha sido complicado e incluso se ha reportado la progresión del daño glaucomatoso y pérdida del campo visual.⁸

Teorías fisiopatológicas de la reducción de la PIO en la gestación

-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 este.

-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.^{5,8,9}

Elementos diagnósticos en el glaucoma a tener en cuenta

Cuando se habla de glaucoma, no se puede delimitar solo una enfermedad con características bien definidas, pues se trata de un grupo de entidades que tienen como denominador común un daño en el nervio óptico, que se traduce por alteraciones anatómicas y campimétricas que siguen un único e irreversible camino, la ceguera, por lo que lo primero que se debe tener en cuenta es:

¿Ante qué tipo de glaucoma nos encontramos en esta paciente? Si ya es conocido, ¿se encontraba compensado este o no?

¿Necesitó alguna multiterapia médica, laserterapia o fue intervenida quirúrgicamente previo a su embarazo?

Por otro lado, es importante acotar que un paciente compensado es aquel que con su tratamiento médico hipotensor ocular no ha tenido una progresión en los signos patológicos que se buscan fundoscópicamente en el nervio óptico, ni en los hallazgos campimétricos subsiguientes, manteniendo cifras "bajas" de PIO.

La presión intraocular (PIO) objetivo, es definida por la Sociedad Europea de glaucoma (EGS) como la presión intraocular promedio, obtenida con tratamiento, que evita un aumento del daño glaucomatoso. En el mismo sentido, los protocolos terapéuticos de la American Academy of Ophthalmology consideran que en el tratamiento del glaucoma, el oftalmólogo ha de intentar alcanzar "un rango estable de presión, que haga improbable una progresión del daño glaucomatoso en un paciente particular". El límite superior de ese rango de presión es definido como la presión objetivo.

La presión objetivo es un concepto teórico. No se puede determinar *a priori* cuál es el umbral al daño (el nivel de PIO seguro) para una persona determinada, pero aún conociéndolo, esa cifra sería variable a lo largo del tiempo y del curso de la enfermedad.^{10,11}

La causa más frecuente en una serie retrospectiva de gestantes glaucomatosas es el glaucoma juvenil.⁸ Se pueden presentar otras formas de glaucoma como el de tensión baja, el secundario a uveítis, el pigmentario, el congénito, secundario a afaquia o asociado a anomalías del desarrollo como el síndrome de Rieger, síndrome de Peters, y aniridia, entre otros.^{3,5,8}

Brauner publicó una serie retrospectiva de 15 casos y 28 ojos. En 57,1 % de los ojos la presión intraocular se mantuvo estable durante el embarazo sin signos de progresión o pérdida del campo visual. Sin embargo en el 17,9 % la pérdida del campo visual progresó mientras la presión intraocular se mantuvo estable o elevada. En el 17,9 % la presión intraocular aumentó sin encontrarse evidencia de progresión del daño glaucomatoso.⁸

Lo anterior permite señalar que el curso del glaucoma es variable en el embarazo y su tratamiento debe ser entonces personalizado.

Tratamiento médico del glaucoma durante la gestación

Todo médico con pacientes con glaucoma en edad reproductiva debe informar al paciente las opciones de tratamiento y las decisiones que deben tomarse si ocurre un embarazo. Si durante el embarazo se observan signos clínicos y campimétricos de progresión glaucomatosa o una presión intraocular muy elevada, se debe reforzar al máximo la relación médico paciente, hablar con claridad y honestidad sobre las posibilidades terapéuticas, sus posibles efectos adversos y en conjunto tomar la mejor decisión posible.

Cualquiera de las modalidades de tratamiento que se utilicen tiene sus riesgos y es vital considerar el balance riesgo-beneficio en ella, en nuestro medio se cuenta con el uso del beta-bloqueador Timolol 0,25 y 0,5 % respectivamente, los cuales se han asociado con bradicardia y arritmias fetales en casos esporádicos, su uso requiere de un monitoreo fetal cercano.⁹

En la serie de *Brauner* no se reportaron efectos adversos materno-fetales con el uso de pilocarpina,⁸ la cual es otro medicamento hipotensor que se utiliza en Cuba.

También existen otros como el latanoprost o xalatan, que en un reporte reciente de 11 gestantes no se reportaron evidencias de efectos.¹²

La brimonidina es el hipotensor tópico con mayor seguridad durante el embarazo, pero debe ser suspendido durante la lactancia por su asociación con el desarrollo de bradicardia, hipertensión, hipotermia y apnea en infantes.^{9,13-15}

Otras de las opciones a considerar es la trabeculoplastia con láser argón. En el "Glaucoma Láser Trial" (GLT) los ojos que fueron tratados con trabeculoplastia con argón usaron un menor número de medicamentos para el control de la presión intraocular; además mostraron una disminución de 9mm Hg en el seguimiento a 3 meses. La trabeculoplastia con argón representa una alternativa segura y eficiente, aunque temporal, para reducir la presión intraocular lo suficiente para evitar la progresión del daño glaucomatoso hasta el término del embarazo o incluso para librar el primer trimestre antes de la introducción de un fármaco tópico, si se requiere una mayor reducción de la presión.⁹

Cualquier etapa del embarazo es controversial debido a la falta de estudios clínicos que reflejen los efectos de los fármacos más comunes utilizados en glaucoma sobre la madre y el feto. Sin duda una buena recomendación es tratar de evitar su uso durante el primer trimestre.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico en el glaucoma, aunque a lo largo de estos años ha logrado sustanciales avances en su éxito y refleja solo un bajo porcentaje de complicaciones no está exento de riesgos, pero en casos avanzados donde el control de la presión intraocular sea inaceptable, se hayan presentado efectos adversos al tratamiento médico, o se haya documentado progresión rápida del daño glaucomatoso, se puede recurrir a la cirugía filtrante como la trabeculectomía sin el uso de antimetabolitos, a pesar de tratarse de mujeres generalmente jóvenes, donde la posibilidad de reacciones inflamatorias severas es mayor, aún así el riesgo para la madre es bajo, sobre todo si el tipo de anestesia que utilizamos es tópica y el acto quirúrgico fluya en un periodo de tiempo corto.

CONCLUSIONES

No se puede subestimar la presencia del glaucoma en las gestantes. El correcto diagnóstico, tratamiento y consecutivo seguimiento de la enfermedad, posibilitarán un control estricto y personalizado de ella, así como un bajo riesgo madre-feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson RS. The psychophysics of glaucoma in improving the structure/function relationships. *Prog Ret Eye Res.* 2006;25:79.
2. Aung T. Configuration of the drainage angle, intraocular pressure and optic disc cupping in subjects with chronic angle-closure glaucoma. *Ophthalmology.* 2005;112:28.
3. Akar Y, Yucel I, Akar ME, Zorlu G, Ari ES. Effect of pregnancy on intraobserver and intertechnique agreement in intraocular pressure measurements. *Ophthalmologica.* 2005;219:36-42.

4. Qureshi IA, Xi XR, Yaqob T. The ocular hypotensive effect of late pregnancy is higher in multigravidae than in primigravidae. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2000;238:64-7.
5. Vaidenau D, Fraser S. Glaucoma management in Pregnancy: a questionnaire survey. *Eye.* 2007;21:341-3.
6. Kass MA, Sears ML. Hormonal regulation of intraocular pressure. *Surv Ophthalmol.* 1977;22:153-76.
7. Nouri-Mahdavi K, Hoffman D, Coleman AL, Liu G, Li G, Gaasterland D, et al. Predictive factors for glaucomatous visual field progression in the Advanced Glaucoma Intervention Study. *Ophthalmology.* 2004;111(9):1627-35.
8. Brauner SC, Chen TC, Hutchinson TB. The course of glaucoma during pregnancy. *Arch Ophthalmol.* 2006;124:1089-94.
9. Mosaed S, Kamal D. Medical Therapy in Pregnancy. *J Glaucoma.*2005;14:414-6.
10. European Glaucoma Society. Terminology and guidelines for glaucoma. 2da. ed. Savona: Ed. DOGMA; 2003.
11. Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study Group, The effectiveness of intraocular pressure reduction in the treatment of normal-tension glaucoma. *Am J Ophthalmol.* 1998;126:498-505.
12. Marco De Santis. Latanoprost Exposure in Pregnancy. *Am J Ophthalmol.* 2004; 138:305-6.
13. Maris PJ Jr, Mandal AK, Netland PA. Medical therapy of pediatric glaucoma and glaucoma in pregnancy. *Ophthalmol Clin North Am.* 2005;18:461-8.
14. Chung CY, Kwok AK, Chung KL. Use of ophthalmic medications during pregnancy. *Hong Kong Med J.* 2004;10(3):191-5.
15. Kaiserman I, Kaiserman N, Nakar S, Vinker S. The effect of combination pharmacotherapy on the prescription trends of glaucoma medications. *J Glaucoma.* 2005;14(2):157-60.

Recibido: 20 de diciembre de 2009.

Aprobado: 10 de enero de 2010.

Dra. *Beatriz Zozaya Aldana*. Hospital universitario "Miguel Enríquez". Ramón Pintó No. 202. Luyanó. La Habana, Cuba. Correo electrónico: bzaldana@infomed.sld.cu

