



## **ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COLEGIO DE MÉDICOS OFTALMÓLOGOS DE JALISCO CORRESPONDIENTE AL 01 DE FEBRERO 2024**

### **TEMA: TRATAMIENTO MÉDICO ANTIGLAUCOMATOSO: SUS ALCANCES, LIMITACIONES Y FUTURO.**

Siendo las 20:30 horas del jueves 1 de febrero del 2024, se da por iniciada la segunda sesión ordinaria del año del Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco, teniendo como sede la casa del oftalmólogo, con domicilio en calle López Cotilla número 2313, en la ciudad de Guadalajara.

Se da la bienvenida por el presidente del colegio Dr. Mario Salvador García Contreras quien informa que la sesión será en conjunto con la Asociación de Glaucoma de Occidente

Se procede a la lectura del acta de la sesión del mes de enero siendo aprobada. El Dr. Mario García presenta y sede la palabra a la presidente de la AGO. y coordinadora de la sesión Dra. Sara García y Otero

La Dra. Sara realiza una pequeña introducción del tema y presenta al Dr. Carlos Álvarez Guzmán, quien cuenta con un amplio curriculum y experiencia.

El Dr. Inicia con una reflexión con respecto a la inspiración que generan los residentes ya que la mejor forma de aprender es a través de la enseñanza. Muestra una imagen en la que representa que los especialistas de glaucoma barren con todas las estructuras del ojo. En la plática se referirá al tratamiento del Glaucoma primario de ángulo abierto. De forma inicial se requiere hacer el diagnostico de que existe una neuropatía glaucomatosa.

Hace una remembranza del tratamiento que se llevaba a cabo en el 2013. 10 años después de igual forma se determina el tratamiento conforme al grado de severidad. Se considera la trabeculoplastia selectiva ya que los estudios refieren que es un buen tratamiento para estos pacientes, nuevos fármacos como análogos de prostaglandinas libres de conservadores y de liberación prolongada. El glaucoma actualmente es una condición que requiere tratamiento quirúrgico como una cirugía de mínima invasión o una ampolla de mínima invasión o implantes supra coroideos. Los hipotensores se consideran en la actualidad como terapia puente y procedimientos de ciclo modulación. El tratamiento para el glaucoma debe considerarse como una solución temporal a un problema permanente, en casos avanzados trabeculectomía y dispositivos de drenaje.

Presenta fotos clínicas de una paciente que tiene alteraciones palpebrales y en superficie secundaria al uso de hipotensores por lo que es muy importante evaluar la superficie ocular. Muestra la OCT en donde se observa prácticamente normal y al valorar estudios funcionales, se determina que la paciente no requiere tratamiento para glaucoma.

Explica los mecanismos de ESO iatrogénica por su efecto detergente, citotóxico, neurotóxico e inflamación y alergia.

¿Por qué importa el glaucoma en la enfermedad de la superficie ocular? conforme se incrementa el número de fármacos que utilizan para control de la presión, también se incrementa el número de pacientes que tienen enfermedad de la superficie ocular y esto genera dificultades cuando el paciente requiere un procedimiento quirúrgico. El 40% de los cambios de tratamiento es por enfermedad de la superficie ocular severa. En cuanto a la adherencia al tratamiento existe una falta de cumplimiento del 5 al 80%, el 40% suspende el tratamiento antes del primer año y el 70% olvidan al menos una dosis de hipotensor a la semana. ¿Por qué no usan las gotas?, por cuestiones económicas, por la relación médico paciente y por depresión y ansiedad, conocimiento de la enfermedad y los efectos adversos de las gotas. Muestra una gráfica en que los pacientes que nunca olvidan las gotas la progresión es baja en contraste con aquellos que no se aplican el tratamiento.

¿Qué componentes causan la ESO? combinaciones sustancia activa, vehículo, interacción con ESO previa, conservadores. El cloruro de Benzalconio (BAK) es el componente más tóxico y el BAK se deposita e intoxica la malla trabecular. ¿Quiénes están en riesgo? Pacientes con antecedente de ojo seco evaporativo, alergias oculares, epitelio corneal alterado, glaucoma avanzado.

La complicación más frecuente en cirugía filtrante es la fibrosis debido a inflamación preoperatoria y densidad de células caliciformes. Debe abordarse el componente inflamatorio antes de entrar a quirófano.

¿Cómo selecciono un análogo de prostaglandinas? bajo potencial de efectos adversos, mayor tolerabilidad y adherencia, libre de BAK, conocer en que esta preservado (estabilidad, familiarizarse con interacción, excipientes, materiales de frasco).

Aborda los dispositivos de liberación prolongada. Disponible en Estados Unidos por ABBVIE. Indicaciones: Aprobada por la FDA para tratamiento de GPAA o hipertensión ocular: aplicación única y liberación continua, libre de conservadores, liberación directa a vía uveoescleral. No candidatos: antecedentes de uveítis o edema macular, cierre angular primario con sinequias periféricas, función endotelial comprometida, infección activa, ruptura de capsula posterior o afaquia, alergia a PG.

El implante se llama DURYSTA, se implanta en cámara anterior en lámpara de hendidura, liberación sostenida por al menos 3 meses, comparado con las gotas la concentración es exponencialmente más alto en donde se necesita. Estudios demuestran que después de un año y sin tratamiento el 80% se mantiene sin requerir otro tratamiento. La teoría es que se produce un efecto de linfangiogenesis en el cuerpo ciliar, lo que genera nuevas rutas de drenaje.

Con respecto a la trabeculoplastia laser (SLT), presenta el estudio LiGth trial, pacientes se trataron con trabeculoplastia y medicamentos, casi el 80% de los que fueron sometidos a SLT: PIO meta sin medicamentos y el 77% solo requirieron un solo tratamiento, la progresión y la necesidad de cirugía de catarata fue mayor en los pacientes que se les instaló medicamentos y la cirugía de glaucoma en 3 años fue del 0% en paciente sometidos a SLT, la calidad de vida no fue diferentes en ambos grupos. A los 6 años 70% PIO meta sin medicamentos.

Presenta las guías que se siguen en Inglaterra en donde se inicia con SLT y donde se especifica la importancia de enseñar a los pacientes a aplicarse de manera correcta las gotas. La SLT se puede volver a aplicar. En casos de glaucoma avanzado se realiza cirugía y se puede sumar el SLT.

Se debe a aprender a comunicar los beneficios de SLT de primera línea.

¿Cuánto baja la presión y cuánto dura el efecto? 2 de cada 3 pacientes responden con disminución de PIO 20 a 30% al menos por 2 a 3 años. Tratamiento en 360° es más efectivo que 180° y el SLT se puede repetir y el efecto es más prolongado. El uso de AINE o esteroide tiene un impacto benéfico en la PIO a las 12 semanas. En paciente con análogo de PG se puede aplicar SLT. Se propone que realizar un SLT anual a bajas energías puede mantener el trabéculo con buena función y mantener al paciente con menos medicamento, aunque aún no es una recomendación.

Considerar que la presión del consultorio no dice mucho, debe valorarse la fluctuación del glaucoma.

Concluye refiriendo que el SLT es el tratamiento más costo – efectivo: se logra control de PIO, retrasa cirugía de glaucoma, enlentece la progresión, mejora la adherencia al tratamiento y evita ESO y efectos de gotas.

Se procede a realizar una sesión de preguntas por parte de la Dra. Sara García, así como por parte de los socios la cuales son contestadas por el ponente y la Dra. Ana Ponce que enriquece la presentación. La Dra. Sara sede la palabra al presidente del colegio quien agradece a los participantes.

En asuntos varios, se solicita ponerse al corriente de la cuota anual y se informa que a partir del 1 de marzo se realizará un incremento de la cuota. Se invita al curso anual del Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco y a la sesión del mes de marzo.

Se da por terminada la sesión y se invita a la cena patrocinada por laboratorios abbvie.



Dr. Mario Salvador García Contreras.  
Presidente.



Dra. Beatriz Alvarado Castillo  
Secretario