

Cierre angular primario agudo desencadenado por medicamentos psicotrópicos

Acute primary angle closure caused by psychotropic drugs

Acerca del artículo titulado "Cierre angular agudo bilateral inducido por benzodiacepinas", publicado por el Dr. Y. Martín y otros autores (<http://www.revofthalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/210/html>), opino lo siguiente:

El cierre angular agudo es una urgencia oftalmológica que requiere atención médica inmediata para prevenir secuelas graves en las funciones visuales.

Muchos casos acuden al Cuerpo de Guardia pasadas las seis horas de instalación del cuadro hipertensivo agudo, lo que genera de modo subsecuente daño irreversible del esfínter pupilar, midriasis media arrefléxica, aposición constante del iris sobre el trabéculo y finalmente sinequias anteriores periféricas.¹⁻²

Son pocos los que logran recuperar completamente la función del esfínter pupilar, donde la iridotomía láser periférica puede brindar una solución duradera. La mayoría requerirá remoción del cristalino para disminuir el riesgo de descompensación futura de la presión intraocular y la instauración del daño glaucomatoso que culmine en ceguera; otros necesitarán cirugía filtrante o la combinada con la facoemulsificación, si no se controla la presión intraocular con los colirios hipotensores.

Lo primordial es la prevención. Coincido con los autores del artículo acerca de la importancia del chequeo oftalmológico antes de instaurar el tratamiento con los medicamentos psicotrópicos, ya que estos ejercen su acción modificando procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales que afectan el sistema nervioso autónomo controlador del estado de la pupila o provocan desplazamiento anterior del diafragma irido-cristaliniano mediante intumescencia del cristalino, del cuerpo ciliar, del vítreo o por la expansión del volumen coroideo. Aunque no se conocen exactamente los mecanismos que desencadenan el glaucoma, el mayor peligro se encuentra en los individuos que desconocen su predisposición para el cierre angular y no en aquellos diagnosticados y tratados previamente mediante iridotomía láser periférica.¹⁻²

Por lo general se acude al optómetra a partir de los 40 años de edad, ante la necesidad de corrección para la visión cercana. En ese momento es importante la consulta médica con el especialista, quien realizará el examen oftalmológico completo, yendo de lo simple a lo complejo. Referente al glaucoma, cobran importancia maniobras simples como los signos de la media luna y el van Herick, que permiten sospechar la presencia de cierre angular hasta su confirmación con el estándar de oro actual (la gonioscopia), y complementarlo con el estudio de la presión intraocular y la fundoscopia.

Las clasificaciones basadas en la gonioscopia contemplan la posibilidad de cierre angular una vez que en la posición primaria de la mirada no se visualiza el espolón escleral. Todo paciente con estas características debe recibir iridotomía láser previo al uso de medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, a pesar de existir una iridotomía periférica permeable, el control de la presión intraocular y la sintomatología son importantes para evaluar la seguridad de estos en el paciente. Puede ser necesario ajustar el tratamiento, valorando el riesgo-beneficio de modo individual.

Es esencial que los clínicos estén alertas ante la posibilidad de un glaucoma inducido por medicamentos y, en correspondencia, indiquen el chequeo con el oftalmólogo.

Dra. LIAMET FERNÁNDEZ ARGONES

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".
La Habana, Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quigley HA. Glaucoma de ángulo cerrado, respuestas simples a mecanismos complejos. Explicación de los mecanismos del glaucoma de ángulo cerrado sobre la base de conceptos fundamentados en evidencias. Am J Ophthalmol. 2009;148:657-69.
2. Tripathi RC, Tripathi BJ, Haggerty C. Drug-induced glaucomas mechanism and management. Drug Safety. 2003;26(11):749-67.