

Implantes e inyectables para el tratamiento del glaucoma

Fecha: 14 de mayo de 2025

Con: Nitasha Gupta, MD

Nota: este chat o charla ha sido editado para mayor claridad y brevedad.

Sra. SARAH DISANDRO: Hola y bienvenidos al chat sobre glaucoma de hoy, «Implantes e inyectables para el tratamiento del glaucoma». Mi nombre es Sarah DiSandro y, en nombre de BrightFocus Foundation, me complace estar aquí con ustedes hoy. Nuestros chats sobre glaucoma son un programa mensual, en colaboración con la Sociedad Americana de Glaucoma, diseñado para proporcionar a las personas que viven con glaucoma y a sus familiares y amigos apoyo directo de los expertos. Todas las charlas sobre glaucoma presentadas por BrightFocus también están disponibles para escuchar como podcasts en YouTube, Spotify, iHeartRadio, Amazon Music, Apple Podcasts y Pandora. El Programa Nacional de Investigación sobre el Glaucoma de BrightFocus Foundation es uno de los principales financiadores sin ánimo de lucro de la investigación sobre el glaucoma en el mundo y ha destinado más de 51 millones de dólares a becas científicas para explorar las causas profundas, las estrategias de prevención y los tratamientos para acabar con esta enfermedad que roba la vista.

Ahora, me gustaría presentarles a la oradora invitada de hoy. La Dra. Nitasha Gupta es especialista en glaucoma y cirujana de cataratas, certificada por la junta médica y formada mediante una beca de investigación. Obtuvo su licenciatura y su título de medicina en la Universidad Northwestern antes de completar su residencia en la Universidad de Chicago y una beca de investigación en la Universidad de Wisconsin-Madison. En su último año de residencia, la Dra. Gupta ocupó el cargo de jefa de residentes y fue reconocida por el Departamento de Oftalmología y Ciencias Visuales por su excelencia en la atención al paciente. Bienvenida, Dra. Gupta.

Dra. NITASHA GUPTA: Hola, Sarah, muchas gracias. Es un verdadero placer estar aquí.

Sra. SARAH DISANDRO: Genial. Para empezar, es importante reconocer que muchas personas pueden no saber por dónde empezar después de haber sido diagnosticadas con glaucoma. ¿Cuál suele ser el primer paso para tratar esta afección?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, esa es una gran pregunta. El glaucoma es, en mi opinión, una de las enfermedades más difíciles de diagnosticar en el ámbito de la oftalmología, porque es algo sobre lo que realmente sientes que no tienes control. No hay

dietas, cambios en la alimentación, modificaciones en el estilo de vida ni nada que puedas hacer para tratar tu propia enfermedad, y realmente todo se reduce a tomar medicamentos, acudir a las citas y cosas así por el estilo. Así que realmente sientes que no tienes control. Por eso, lo primero que hago cuando diagnostico glaucoma por primera vez es tener una conversación (con el paciente) que gira en torno a: ¿cómo va a ser esta relación? El glaucoma es una enfermedad de por vida, por lo que la relación entre el médico y el paciente tiene que ser sólida y debe basarse en la confianza mutua y el respeto recíproco. Por lo tanto, suelo empezar con: ¿Qué es el glaucoma? Y doy una breve descripción general de lo que es el glaucoma, cómo afecta a la visión de una persona, y le recuerdo al paciente, y si tiene familiares con él, que el objetivo de todos nuestros tratamientos, todas nuestras intervenciones, todo lo que hacemos es mantener la visión que tiene y detener el avance de la enfermedad, con la esperanza de que no empeore. Y luego paso a explicar cómo tratamos el glaucoma. Hay muchas formas diferentes de tratar el glaucoma, y creo que hemos hablado de muchas de ellas en el pasado y hoy hablaremos de varias de ellas. Pero normalmente empiezo a esbozar (describir) las opciones de tratamiento diciendo que tenemos colirios, varios colirios diferentes, y luego tenemos procedimientos en el consultorio, incluyendo láseres e implantes de medicamentos de liberación prolongada. Y luego, sí hablamos del ámbito quirúrgico, tenemos cirugías mínimamente invasivas y cirugías más invasivas. Y luego suelo llegar a decir que, lamentablemente, la mayoría de las personas necesitarán casi todas estas intervenciones, y solo es cuestión de determinar cuál es el orden más adecuado para cada caso. Y esa es la clave.

Sra. SARAH DISANDRO: Genial, gracias. Me gusta mucho lo que has dicho sobre la necesidad de establecer esa relación de confianza con el médico. Yo también estoy de acuerdo en que es muy importante. Y bueno, hemos hablado un poco sobre los colirios y los procedimientos con láser. Ahora bien, ¿qué pasa si los colirios o los procedimientos con láser, como la trabeculoplastia selectiva con láser o SLT (por sus siglas en inglés), no funcionan como tratamientos iniciales? ¿Qué otras opciones podrían interesar a nuestros oyentes?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, Sarah, me parece que hay dos preguntas ahí. Una es: ¿Cuál es el enfoque inicial o cuál es el enfoque inicial adecuado para el tratamiento?

Sra. SARAH DISANDRO: Correcto.

Dra. NITASHA GUPTA: Y siempre ofrezco gotas oftálmicas y láser como primera línea de tratamiento. Tenemos disponibles unas cuatro o cinco gotas oftálmicas diferentes, pero el problema con las gotas oftálmicas es que tienen efectos secundarios. Ahora bien, contienen conservantes y enrojecen los ojos. También pueden causar, en

ocasiones, efectos secundarios sistémicos. Se puede sentir fatiga, mareos, confusión mental o frecuencia cardíaca baja. No todas las gotas son necesariamente benignas. Afortunadamente, nuestras intervenciones han avanzado mucho y ahora son mucho más seguras. Por lo tanto, la SLT, -trabeculoplastia láser selectiva-, que usted ha mencionado, es, en mi opinión, una excelente opción como tratamiento de primera línea. Es muy segura. Se puede repetir. Se realiza durante la consulta. No hay tiempo de inactividad. El ojo puede sentirse irritado durante un par de días, pero realmente no hay restricciones ni tiempo de inactividad. Y, como todo lo relacionado con el glaucoma, tiene una tasa de éxito de alrededor del 75 %, y eso es lo que suelo citar para todo lo que hacemos, incluso si se trata de gotas para los ojos. Mucha gente piensa que las gotas para los ojos son, en cierto modo, la forma más segura o «Sí, solo usaré gotas para los ojos porque es fácil. Va a funcionar. Es sencillo, seguro, apúntame a eso». Pero lo que a veces intento recordar a la gente es que hay que acordarse de aplicarse las gotas todos los días y que además tienen efectos secundarios. Los ojos se enrojecen. Se secan por todos los conservantes, lo que también afecta a la visión. Y, en todo caso, eso afecta más a la calidad de vida que el propio glaucoma.

Por lo tanto, animo a los pacientes a que pregunten sobre el láser y a algunos de nuestros oyentes a que pregunten a su médico sobre el láser si aún no lo han probado, y a que tengan en cuenta que, aunque las gotas puedan parecer la opción más segura a primera vista, en muchos casos puede que no sean la mejor opción para usted. Por esa razón, suelo empezar ofreciendo gotas y láser como primera opción, y diría que acabo haciendo un 50/50, porque dejo que sea el paciente quien decida cómo quiere empezar. Lo bueno del láser es que se puede repetir. Así que, aunque no funcione tan bien como te gustaría la primera vez, cada vez hay más pruebas que se están descubriendo y presentando en conferencias y demás que demuestran que repetir el láser es más eficaz, y el hecho de que no hayas respondido bien la primera vez no significa que no puedas probarlo una segunda vez.

Por lo tanto, dependiendo de la persona, intentaré repetir el tratamiento con láser, pero luego podría recurrir a otras opciones que tenemos en la consulta. Una de ellas es un dispositivo de liberación prolongada llamado Durysta®. Se administra en la consulta. Tiene el mismo principio activo que Lumigan®, y estoy seguro de que muchos de nuestros oyentes están familiarizados con Lumigan. Es un colirio de primera línea muy, muy, muy utilizado. Es mi colirio de primera línea, por lo general, y en lugar de aplicarlo todos los días, se presenta en forma de implante de liberación prolongada, que es biodegradable. Se inyecta directamente durante la consulta, tarda literalmente 30 segundos, es indoloro y se disuelve directamente en el ojo, liberando el medicamento directamente en el ojo, donde se necesita. Es muy seguro, lo cubren la mayoría de los

planes de seguro y realmente puede liberarle de las gotas. Esa es una forma en la que me gusta empezar.

Sra. SARAH DISANDRO: Bien, eso es genial. Es muy interesante. Así que has mencionado algunas de las ventajas de los tratamientos de liberación prolongada. ¿Hay algún inconveniente que la gente deba tener en cuenta o conocer en relación con la liberación prolongada?

Dra. NITASHA GUPTA: Responderé a esa pregunta en términos de toda la fase mínimamente invasiva. El implante Durysta, que acabo de mencionar, se realiza en la consulta. En mi opinión, dura entre 6 y 12 meses, según lo que he visto. Creo que algunos estudios muestran un efecto de Durysta de hasta 18 meses, e incluso de hasta 24 meses. Personalmente, para ser completamente sincera, no lo he visto necesariamente, por lo que suelo citar más bien entre 6 y 12 meses. Pero lo bueno es que se realiza directamente en la consulta. Hay otro dispositivo de liberación prolongada, que —de hecho, hoy estoy operando y acabo de colocar un par— se llama iDose®. Este dura 3 años. Como dura más tiempo, nos gusta hacerlo en el quirófano, para asegurarnos de que se coloca correctamente y de forma segura en el entorno más estéril. Y creo que funcionan muy bien y son muy comparables al ámbito del glaucoma mínimamente invasivo, lo que supone un buen puente hacia algunas de las cirugías invasivas que, lamentablemente, pueden haber experimentado nuestros oyentes, como las trabeculectomías y las cirugías de derivación de conducto o tubular.

En general, Sarah, me preguntaste sobre las desventajas de algunos de estos tratamientos de liberación prolongada. En general, diría que, en el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva y los implantes Durysta e iDose, es posible que no funcionen. Sinceramente, en mi opinión, esa es la mayor desventaja. Desde el punto de vista del procedimiento, creo que es extremadamente seguro. El riesgo de infección es bastante bajo. Creo que los ensayos de Durysta, que es el que se utiliza en la consulta, tuvieron un riesgo de infección del cero por ciento. Sé que los datos de iDose también tienen un riesgo del cero por ciento de infecciones notificadas, al menos en los estudios. Por lo tanto, es extremadamente seguro. Desde el punto de vista quirúrgico, seguimos un protocolo muy estéril, que incluye lavados con Betadine, haciendo realmente todo lo posible para garantizar la esterilidad y la ausencia de infecciones. Así que realmente no creo que la infección sea un riesgo. Y más allá de eso, se trata de una cirugía, por lo que, en teoría, sí, existe la posibilidad de que ocurra algo inesperado. El implante podría colocarse de una forma ligeramente diferente si hablamos de iDose y habría que recolocarlos. Pero, en general, cualquier cirujano que esté capacitado en esto, cualquier especialista en glaucoma... es bastante sencillo, y yo les digo literalmente a mis pacientes que el mayor riesgo es que no funcione y que tengamos que revisar el

siguiente plan y qué es lo siguiente que vamos a hacer.

Sra. SARAH DISANDRO: Muy bien, genial. Gracias por la información. Antes ha mencionado, y sé que nuestros oyentes probablemente hayan recibido recomendaciones de sus oftalmólogos sobre algo llamado derivación tubular. Ahora bien, en términos sencillos, ¿qué es una derivación tubular y cómo ayuda a las personas con glaucoma?

Dra. NITASHA GUPTA: Las derivaciones tubulares son un grupo de cirugías. Hay tres o cuatro —no me hagas mucho caso en esto— dispositivos diferentes disponibles en el mercado. Básicamente, se trata de un tubo fabricado con silicona de grado médico que se inserta en la parte delantera o frontal del ojo, cerca del iris —que es la parte coloreada del ojo— y luego ese tubo se conecta a una parte del dispositivo general que llamamos placa. La placa se fija a la parte blanca del ojo, llamada esclerótica. Básicamente, se trata de un dispositivo externo que se fija a la pared del ojo, al globo ocular, y que tiene un tubo que se extiende hacia la parte frontal del ojo. La idea es que el líquido de la parte delantera o frontal del ojo, que es en cierto modo el culpable del glaucoma y que queremos redirigir y controlar mejor, pueda fluir a través del tubo y salir del ojo a través de las placas puestas sobre el globo ocular, de modo que se evite el drenaje natural del ojo y las partes anatómicas naturales, que lamentablemente no funcionan tan bien a medida que avanza el glaucoma. En resumen, eso es lo que es una derivación tubular, y se utiliza para reducir la presión rápidamente. Por ejemplo, si la presión de alguien está aumentando muy rápidamente, ha estado estable en los 10 y luego tiende a subir a los 20, incluso a los 30. Una derivación tubular es probablemente la forma más rápida de reducir la presión. Sin duda, las gotas quirúrgicas también pueden tardar algún tiempo, por lo que probablemente sea la forma más rápida de reducir la presión. En lo que respecta a la visión, muchas veces nuestro objetivo no es necesariamente mejorar su visión, sino más bien detener la enfermedad; esa es la desventaja, una vez más, del glaucoma. Por lo tanto, la derivación tubular ayuda a tratar la presión y, con suerte, eso estabilizará la enfermedad a largo plazo.

Sra. SARAH DISANDRO: Muy bien, genial. Gracias por la explicación. ¿Existe algún riesgo relacionado con este tratamiento en particular, con las derivaciones tubulares, que nuestros oyentes deban conocer?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, las derivaciones tubulares y las cirugías de trabeculectomía son cirugías de glaucoma más invasivas que, hasta hace unos 10 años, eran realmente las únicas opciones quirúrgicas que teníamos. Así que son excelentes. Funcionan y son eficaces. Reducen la presión y las derivaciones tubulares siguen desempeñando un papel muy importante en la cirugía de glaucoma. Riesgos y efectos secundarios:

al ser más invasivas, la cirugía en sí misma dura un poco más, por lo que el riesgo de infección es ligeramente mayor en comparación con las cirugías mínimamente invasivas. En concreto, con las derivaciones tubulares, se introduce un dispositivo en el ojo. En realidad, se está colocando físicamente un dispositivo fabricado con plástico y silicona, por lo que existe el riesgo de erosión o exposición del tubo a través de los tejidos. Normalmente, cuando colocamos la derivación tubular, la cubrimos con tejidos y nos aseguramos de que esté bien aislada, cubierta y protegida. Pero con el tiempo, debido al desgaste y al envejecimiento, pueden producirse cambios en los tejidos del ojo. Y como lo colocamos debajo del párpado, a veces la fricción del movimiento del párpado puede hacer que los tejidos que cubren la derivación tubular se vuelvan un poco frágiles. Y si se vuelven demasiado frágiles, pueden empezar a provocar que el tubo quede expuesto. Probablemente ese sea el mayor riesgo que le diría a la gente sobre las derivaciones tubulares, porque si eso ocurriera, nos gustaría solucionarlo. Supone volver al quirófano, pero nos gusta solucionarlo con bastante rapidez porque puede suponer un riesgo de infección, el simple hecho de tener un tubo expuesto en el ojo. Probablemente ese sea el mayor riesgo, diría yo.

Sra. SARAH DISANDRO: Sí, entendido. Gracias por la información. Para nuestros oyentes que puedan estar preocupados por la salud de sus ojos a largo plazo, ¿cómo podrían afectar a su visión a lo largo de los años los nuevos implantes o tratamientos inyectables?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, esa es una gran pregunta, Sarah. Tengo dos respuestas para eso. Así que, en cuanto a su visión a lo largo de muchos años, sin duda se debe estabilizar la presión lo antes posible de la forma más segura, para detener la enfermedad lo antes posible. Eso es lo primero. Y así ni siquiera tendrás que preocuparte por la pérdida de visión o cualquier pérdida de visión que ya se haya producido. El objetivo es mantenerla donde está y no dejar que empeore. Cada vez sabemos más que las gotas son una forma muy imperfecta de tratar el glaucoma. Una vez más, hay que acordarse de tomarlas. Tienen efectos secundarios. Hay que pagar un copago. Hay un costo literal asociado a ellas. Las gotas presentan muchos retos. Y si dejamos de lado esos aspectos personales y humanos y lo miramos estrictamente desde el punto de vista médico, hay que tomar las gotas varias veces al día. Entonces, ¿por qué? Es evidente que su efecto se va desvaneciendo, y por eso hay que seguir reponiéndolas. Así que, si pensamos en lo que le ocurre a la presión ocular durante ese tiempo, cuando nos aplicamos las gotas, la presión ocular baja, pero luego hay que volver a ponérselas, a veces 12 horas después, a veces 8 horas después, a veces 24 horas después. Pero ¿qué ocurre con la presión justo antes de tener que aplicarse la siguiente gota? Sube un poco, ¿verdad? Así que se producen estas pequeñas

fluctuaciones en la presión ocular que, a largo plazo, probablemente no sean buenas para el nervio óptico y para la progresión de la enfermedad. Y creo que a medida que tenemos más opciones -y honestamente, a medida que tenemos opciones más seguras- creo que estamos aprendiendo cada vez más que incluso estas micro fluctuaciones en la presión no son buenas para la progresión a largo plazo. Por lo tanto, la introducción de implantes de medicamentos de liberación sostenida, la introducción de la cirugía mínimamente invasiva para el glaucoma y la introducción de opciones sin gotas -incluso láser, un procedimiento muy sencillo hecho en el consultorio- pueden minimizar realmente la progresión a largo plazo. Así que esa es la visión a lo largo de muchos años.

Pero también creo que tu visión tiene una ventaja todos los días a corto plazo, porque —sé que sueno como un disco rayado— las gotas tienen efectos secundarios y conservantes. Y si salgo a la sala de espera, sé exactamente quién está allí para verme y sé exactamente quién está allí para ver a uno de mis colegas que solo realiza cirugías de cataratas. Sus ojos se ven muy diferentes. Así que, si podemos minimizar... y siguen estando enrojecidos, se ven secos, a veces están inflamados. Todo es por el conservante de las gotas. No estoy diciendo que las gotas sean malas, ni estoy diciendo que hay que tirarlas a la basura. Las gotas tienen su función. Sin duda alguna, las gotas tienen su papel fundamental, pero si podemos minimizar esa función y reducir el número de frascos que tiene una persona, si podemos reducir la cantidad de gotas que se aplican realmente en la superficie del ojo, creo que la visión mejora porque, sinceramente, no hay tanta mezcolanza en el ojo, tanto conservante, y no se tiene tanto ojo seco. Y creo que la visión es más clara. La calidad de la visión tiene que mejorar. Por lo tanto, creo que también hay esa ventaja para la vida cotidiana.

Sra. SARAH DISANDRO: Sí, esto es muy interesante, y parece que estamos viviendo un momento muy emocionante para el tratamiento del glaucoma, de verdad.

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, realmente lo es. Ahora mismo lo llamamos la revolución intervencionista del glaucoma.

Sra. SARAH DISANDRO: Ah, ¿en serio?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, hay una gran tendencia a realizar intervenciones cuanto antes, y todo tiene que ver con la innovación. Así que ahora tenemos muchas opciones. Son mucho más seguras que antes. Las cirugías son sencillas, seguras y eficaces. Por lo tanto, es un buen momento para ver cuáles son las opciones disponibles.

Sra. SARAH DISANDRO: Fantástico, eso es genial. También recibimos muchas preguntas sobre las próximas novedades en el tratamiento del glaucoma. ¿Podría

compartir con nosotros algunos de los nuevos tratamientos prometedores que se están desarrollando y que podrían cambiar la forma en que tratamos el glaucoma en los próximos años?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, probablemente este sea el tema de tres charlas más, la verdad. Pero, en pocas palabras, al menos por lo que yo conozco... y no me dedico en absoluto a la investigación activa, al diseño ni nada por el estilo, pero por lo que sé, hay un gran impulso hacia un par de cosas importantes. Una es, sin duda, la administración sostenida de medicamentos. Así que ahora mismo tenemos dos opciones fantásticas: Durysta en la consulta e iDose en el quirófano. Y también se está investigando la posibilidad de implantar lentes artificiales en el momento de la cirugía de cataratas. ¿Podemos añadir algo que libere lentamente el medicamento en el ojo? Hay diferentes formas de administrar el medicamento directamente en el ojo con este sistema de liberación lenta y sostenida.

Y luego, gran parte de lo que hacemos se centra en lo que llamamos la malla trabecular, que es una parte del ojo. Esa es la vía principal por la que se regula la presión en el ojo, pero también hay una vía secundaria. Por lo tanto, esa vía no se ha utilizado realmente hasta ahora, por lo que se está prestando más atención a su utilización. Se llama vía uveoescleral. Hay una nueva cirugía que se centra en ella. Se llama «outflow» (flujo de salida) y yo también la realizo. Se ha estado llevando a cabo investigaciones por mucho tiempo que utilizan esta vía y creo que solo es cuestión de perfeccionarla y ofrecernos opciones para que podamos controlar la presión a través de ambas vías naturales. Esa es otra. Y creo que hay algunas investigaciones que consideran diferentes aplicaciones del láser. Por ejemplo, la forma en que utilizamos actualmente la SLT (trabeculopastial selectiva con láser) es que tenemos un protocolo estándar para los ajustes. Por lo general, dura entre 2 y 3 años, y luego podemos repetirla. Pero ¿qué pasaría si adaptáramos esos ajustes y tal vez lo introdujéramos anualmente en lugar de cada 2 o 3 años? Y ver si podemos utilizar las opciones seguras que tenemos ahora y hacerlas más accesibles para todo el mundo. Eso es lo que sé que está viniendo, al menos.

Sra. SARAH DISANDRO: Genial, genial. Es muy emocionante. Hemos recibido varias preguntas de los oyentes. Voy a pasar a las preguntas de nuestros oyentes aquí en el chat. La primera pregunta que nos ha llegado de un oyente es: ¿Se pueden utilizar estas opciones para el glaucoma si también se padece degeneración macular relacionada con la edad?

Dra. NITASHA GUPTA: Sí, por supuesto. Son dos entidades completamente distintas, y yo también trabajo con especialistas en retina, con quienes comparto muchos

pacientes que padecen tanto glaucoma como degeneración macular. Y también sabemos que, si a algunos se les administran inyecciones para tratar la degeneración macular, a veces puede producirse un efecto sobre la presión, por lo que hay que vigilarla de cerca. A veces se puede producir un aumento secundario de la presión debido a múltiples inyecciones en la retina, por lo que animo a los oyentes a que también vigilen su presión. Pero, en mi opinión, sí, no hay nada prohibido con cualquier otro diagnóstico de degeneración macular.

Sra. SARAH DISANDRO: Muy bien, estupendo. Otra pregunta que hemos recibido: ¿Se utilizan puntos de sutura en estos procedimientos? ¿Son biodegradables o hay que retirarlos? Básicamente, se trata de una pregunta con tres partes. ¿Se utilizan puntos de sutura en los procedimientos? ¿Son biodegradables? Y, si son biodegradables, ¿cuánto tiempo tardan en disolverse?

Dra. NITASHA GUPTA: Por lo tanto, los puntos de sutura dependen un poco de la preferencia del cirujano, pero, en general, la mayoría de las cirugías de cataratas no requieren suturas, y la mayoría de las cirugías de glaucoma mínimamente invasivas tampoco requieren puntos de sutura, incluidas las de Durysta e iDose. Las cirugías de trabeculectomía y las cirugías de derivación tubular suelen requerir algunos puntos de sutura. Una vez más, depende un poco de la preferencia del cirujano. Conozco a algunos colegas que utilizan otras técnicas para fijar la placa y cerrar los tejidos que pueden no depender tanto de los puntos de sutura, pero la respuesta es sí y no en muchos casos, porque algunos de ellos son reabsorbibles y otros no. Si no se disuelven, no es necesario retirarlas, siempre y cuando permanezcan tensas y ajustadas y no causen ningún tipo de problema al paciente en términos de sensación de cuerpo extraño, se pueden dejar puestas. Si es necesario retirarlas, se puede hacer en la consulta. Las reabsorbibles suelen tardar entre 6 y 8 semanas en disolverse.

Sra. SARAH DISANDRO: Muy bien, excelente. Y otra pregunta que hemos recibido: ¿Qué procedimiento tiene el historial más largo de éxito a largo plazo?

Dra. NITASHA GUPTA: Oh, esa es una pregunta difícil. En cuanto al glaucoma, diría que hay una tasa de fracaso de entre el 25 % y el 30 %. Y la verdad es que el glaucoma es muy difícil de controlar y muy difícil de tratar. Como cirujana de cataratas y cirujana de glaucoma, mis conversaciones sobre la cirugía de cataratas son muy diferentes a las que mantengo sobre la cirugía de glaucoma. En la cirugía de cataratas, sabes lo que puedes esperar. Puedo decirte cuánto tiempo dura, que es para siempre, etc., etc. Con la cirugía de glaucoma, esto es lo que vamos a intentar, y si conseguimos 2 o 3 años con esto, fantástico. Lo más probable es que tengamos que volver a hacer algo, y esa es la naturaleza de la enfermedad. De hecho, cuando estaba haciendo la beca, mi

mentor me dijo que el cirujano de glaucoma más feliz se muda cada 5 años.

Sra. SARAH DISANDRO: Oh, vaya.

Dra. NITASHA GUPTA: Y es porque cuando te mudas cada 5 años, no ves tus fracasos, y no ves cuándo la cirugía que acabas de realizar ha fallado y la presión comienza a subir. Pero, para responder a tu pregunta, creo que el historial más largo de éxitos es probablemente el de la derivación tubular o la trabeculectomía tradicional. Esa es la base de la cirugía de glaucoma. Lleva existiendo probablemente entre 30 y 50 años. Sabemos que las derivaciones tubulares funcionan. Sabemos que las trabeculectomías funcionan. Reducen la presión. El problema del glaucoma invasivo, al igual que con cualquier cirugía, es la cicatrización, y las cirugías de trabeculectomía son especialmente propensas a la formación de cicatrices, y las cirugías de derivación tubular, con el tiempo, simplemente dejan de funcionar tan bien, y eso lo sabemos. Por lo tanto, es una pregunta difícil, pero probablemente diría que las cirugías de trabeculectomía y derivación tubular son las que tienen un mayor historial de éxito a largo plazo.

Sra. SARAH DISANDRO: Entendido, entendido. Y acaba de llegar otra pregunta, que es: ¿Son útiles estos procedimientos si la visión se ha deteriorado gravemente? Entonces, si ya se tiene una pérdida grave de la visión, ¿son útiles estos procedimientos?

Dra. NITASHA GUPTA: Esa es una muy buena pregunta. Creo que la respuesta corta es sí, porque cualquier cosa que reduzca la presión es buena, ¿verdad? Y es útil. Así que la respuesta corta es sí. La respuesta larga, y por desgracia tengo muchas, nos lleva de vuelta al principio, Sarah, con la pregunta: «¿Cuál es tu relación con tu cirujano y con tu médico?». Porque si tienes una pérdida de visión significativa hasta el punto de que tal vez solo puedas distinguir movimientos o sombras o contar dedos, y no llegas a ver la tabla optométrica, si estamos hablando de ese grado de pérdida de visión, entonces sí, todavía hay visión que preservar, y es visión importante, y vale la pena protegerla, salvarla y mantenerla. Pero ¿vale la pena colocar un tubo de derivación para ello y correr el riesgo de una cirugía más larga y el riesgo de exposición y algunas de las cosas que conlleva una cirugía de derivación tubular, o probamos con una cirugía mínimamente invasiva? ¿Probamos con un láser un poco más agresivo para bajar la presión y tratar el glaucoma? No estamos renunciando al tratamiento, pero se trata de una relación costo-beneficio en cuanto a la agresividad que queremos que tenga la intervención quirúrgica para ganar y preservar la visión. Por lo tanto, es una pregunta muy complicada.

Sra. SARAH DISANDRO: Sí, muy bien. Todas esas son cuestiones muy importantes que

hay que tener en cuenta, muy, muy importantes. Gracias. Acabamos de recibir otra pregunta muy específica: ¿Se puede realizar el procedimiento con el stent de gel XEN® varias veces a lo largo de muchos años?

Dra. NITASHA GUPTA: De nuevo, sí y no. La respuesta corta es sí. Si hay tejido disponible, si hay espacio disponible, si funcionó antes, por supuesto. Yo mismo lo he hecho, probablemente en el plazo de un año, aunque no diría que han pasado muchos años, y coloqué un segundo stent de gel XEN junto al primero. Dejé el primero y coloqué un segundo, pero diría que lo hice en el plazo de un año. Todo lo relacionado con la cirugía de glaucoma gira en torno a la cicatrización y al aspecto del tejido, porque dependemos de los tejidos físicos para realizar las cirugías que hacemos. Si hay cicatrices o los tejidos no son lo suficientemente fuertes, eso puede limitar algunas de las opciones disponibles.

Sra. SARAH DISANDRO: Bien, de acuerdo. Y creo que solo nos queda una pregunta más, que es: ¿qué opina del iStent infinite® (tres stents) para ralentizar el glaucoma leve a moderado?

Dra. NITASHA GUPTA: Creo que es una opción excelente porque está aprobada para todas las etapas del glaucoma (leve, moderado y grave) y es sencilla. Se puede realizar junto con una cirugía de cataratas, con otras cirugías de glaucoma o de forma independiente. Creo que la clave, como con cualquier cosa, y como he dicho un par de veces, realmente depende del cirujano, de con qué se sientan cómodos y de los resultados que hayan obtenido. Por ejemplo, hay personas que vienen a mí y me preguntan específicamente: «¿Qué opinas de X, Y o Z?». Y yo les respondo: «Funciona bien. Tengo colegas que lo hacen habitualmente. En mi caso, no siempre he obtenido los resultados que quería, por lo que no es necesariamente mi primera opción», por ejemplo. Así que, creo que más que fijarse en cada cirugía individualmente, hay que fijarse en quién la realiza, su nivel de comodidad y lo satisfechos que han estado con los resultados.

Sra. SARAH DISANDRO: De acuerdo.

Dra. NITASHA GUPTA: Pero he utilizado el iStent infinite de forma independiente y en combinación con la cirugía de cataratas para todas las etapas de la enfermedad. Y lo más importante que hay que recordar con el glaucoma, y alguien me lo señaló el otro día en la consulta cuando estaba hablando del láser, y me dijo: «bueno, después de dos años hay que repetirlo, así que solo dura dos años». Yo respondí: «Pero son dos años. Dos años sin tener que usar gotas, dos años con la presión controlada, ¿y cuál es la alternativa? Aplicarse gotas todos los días». Por eso, creo que, si hablas con muchos

especialistas en glaucoma, descubrirás que no buscan una cura, no buscan una solución definitiva, sino algo que te permita ganar tiempo. Y si podemos dejar de usar gotas durante un año, si podemos reducir su uso durante dos años, eso es una victoria para nosotros.

Sra. SARAH DISANDRO: Excelente. Sí, por supuesto. Bueno, eso es todo el tiempo que tenemos para preguntas hoy. Gracias. Muchas gracias, Dra. Gupta. Gracias por dedicarnos un tiempo de su apretada agenda, de sus cirugías y de todo lo que ha tenido que hacer hoy. Muchas gracias por estar aquí y por las valiosas ideas que ha compartido con nosotros hoy. Dra. Gupta, antes de terminar, ¿tiene algún consejo final para nuestros oyentes?

Dra. NITASHA GUPTA: El glaucoma es una enfermedad difícil, pero se puede controlar. Hay muchas innovaciones interesantes en el mercado y estamos haciendo todo lo posible por ofrecer opciones de tratamiento eficaces y seguras. Por eso, es un momento emocionante para estar en este mundo ahora mismo.

Sra. SARAH DISANDRO: Maravilloso, gracias. Gracias, Dra. Gupta. A nuestra audiencia, tomaremos un breve descanso durante el mes de junio, por lo que nuestro próximo Chat sobre glaucoma será el miércoles 9 de julio, donde exploraremos nuevas y emocionantes investigaciones en este campo. Gracias nuevamente por acompañarnos, y con esto concluye el Chat sobre glaucoma de hoy. Cuídense.

Recursos útiles y términos clave

BrightFocus Foundation: (800) 437-2423 o visítenos en www.BrightFocus.org. Los recursos disponibles incluyen –

- [Glaucoma Chats Archive](#)
- [Research funded by National Glaucoma Research](#)
- [Overview of Glaucoma](#)
- [Treatments for Glaucoma](#) (Tratamientos para el glaucoma)
- [Resources for Glaucoma](#)
- [Expert Advice for Glaucoma](#)
- [Tube Shunt Drainage Devices for Glaucoma](#)
- [Exploring the Benefits and Limitations of Minimally Invasive Glaucoma Surgeries](#)

Implantes e inyectables para el tratamiento del glaucoma

Las opciones de tratamiento o recursos útiles mencionados durante el chat incluyen:

- [Durysta®](#), un sistema de implante para la administración de fármacos
- [Lumigan®](#), gotas oftálmicas utilizadas para tratar la presión ocular elevada
- [iDose®](#), un implante de liberación prolongada que contiene travoprost
- Derivación tubular, un tipo de tratamiento quirúrgico para el glaucoma que ayuda a drenar el ojo
- [XEN® Gel Stent](#), un implante diseñado para reducir la presión ocular
- Cirugía de drenaje uveoescleral, que consiste en utilizar la vía uveoescleral para drenar el líquido del ojo