

JOSÉ BELDA, JEFE DE SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA

“El glaucoma es una enfermedad cuya única solución es el diagnóstico precoz”



EL GLAUCOMA ES CONOCIDO COMO LA ‘CEGUERA SILENCIOSA’ DEBIDO A SU NATURALEZA ASINTOMÁTICA. SI EL PACIENTE NO SE REALIZA CONTROLES PERIÓDICOS, SU DIAGNÓSTICO PUEDE LLEGAR DEMASIADO TARDE. LA ÓPTICA JUEGA UN PAPEL CLAVE EN LA DETECCIÓN TEMPRANA, YA QUE EL ACCESO A LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR SE HA INCREMENTADO SIGNIFICATIVAMENTE.

La oftalmología es una de las especialidades que más avanza en el campo de la medicina. Así lo asegura **José Belda**, jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Torrevieja y socio fundador de VISIONKER Clínica Oftalmológica de Torrevieja, especializado en glaucoma. “Mensualmente aparecen nuevos tratamientos, dispositivos y equipos diagnósticos, tanto para glaucoma como para patologías retinianas y de la córnea”, afirma. Avisa de que la suya es una especialidad en continua evolución, con lo que a veces es complicado mantenerse al día de las novedades y aportaciones que van surgiendo.

En el glaucoma, “los puntos más destacados en los últimos años serían los nuevos tratamientos mediante cirugías mínimamente invasivas”. Se refiere a los que se

utilizan a nivel del trabeculum, la zona de filtración del humor acuoso en el ángulo trabecular que está entre el iris y la córnea, que es el sistema natural de drenaje del humor acuoso para bajar la presión intraocular. También a los que se emplean con la intención de que las cirugías filtrantes sean menos invasivas. Aclara que eso se consigue mediante dispositivos que cada vez son más pequeños, que drenan de una forma mucho más controlada el humor acuoso, reduciendo por tanto las complicaciones de la intervención.

Factores de riesgo

"El glaucoma es una enfermedad cuya única solución es el diagnóstico precoz", explica. Sostiene que, partiendo de esta base, se necesitaría revisar a mucha población por encima de los 30 años, sobre todo por encima de los 40, para poder diagnosticar precozmente casos de glaucoma que están empezando. Reconoce que eso, desde el punto de vista logístico, es impracticable. "Hacerlo colapsaría completamente los centros sanitarios", considera. Por este motivo, lo que se hace es tener en cuenta los factores de riesgo.

Los pacientes con mayor factor de riesgo para desarrollar un glaucoma son los que tienen antecedentes familiares de glaucoma. Son los que deben revisarse anualmente. *"Poseen más cartas o más probabilidad para que puedan padecer un glaucoma en el futuro", comunica.*

Igualmente, deben revisarse aquellos pacientes con ciertas patologías, tanto oculares como sistémicas. Por ejemplo, *"alguien que ha sufrido un traumatismo ocular, en cualquier etapa de la vida, incluida la infancia". Del mismo modo, debe revisarse alguien que sea diabético, "porque la diabetes es otro factor de riesgo para padecer un glaucoma, ade-*

más de retinopatía diabética". Si alguien utiliza, por otras patologías, corticoides de forma habitual, éstos hacen que pueda subir la presión intraocular y derivar en un glaucoma. Por último, "aquellos pacientes con una miopía bastante elevada, fundamentalmente por encima de seis dioptrías". Son pacientes que tienen una alteración a nivel del trabeculum y de las vías de filtración que pueden hacer que su tensión se eleve, y acabar sufriendo un glaucoma además de la miopía degenerativa.

Le cuestionamos por los principales signos de alarma. *"El problema del glaucoma es que es silencioso. Muchas veces, si no te revisas, ya llegas muy tarde", informa. "Al glaucoma se le conoce, por desgracia, como la ceguera silenciosa", añade. La gran mayoría de los pacientes no va a ser conscientes del problema hasta que está muy avanzado. Cuando alguien percibe que el campo visual está dañado, ya tiene un glaucoma que pueda estar afectando a bastante más del 50 % del nervio óptico. Belda hace hincapié en que no hay que llegar a ese punto, en que "el tratamiento de ese glaucoma va a ser mucho más complejo, y probablemente parar su evolución va a ser más difícil que si se hubiera diagnosticado cuando estaba empezando".*

La cirugía de glaucoma siempre se ha basado en drenar. *"Nosotros somos los fontaneros del ojo", señala. Describe que se dedican a buscar salidas del líquido para que el ojo pierda presión y, de esa forma, el daño del nervio óptico sea menor. "Al igual que la fontanería ha cambiado, al igual que antes solo había grifos unilaterales y ahora los hay monomandos, tenemos formas de realizar estos drenajes de una manera más controlada, más segura y con menos complicaciones", comenta. En el pasado, en muchas de estas operaciones, el oftalmólogo podía pasarse de frenada y que el paciente tuviera una hipotonía muy marcada,*



<<Cirugía MIGS con láser excimer (ELIOS), técnica nueva que han ayudado a poner en práctica

La IA va a ser una ayuda diagnóstica muy útil

José Belda valora que la inteligencia artificial (IA) va a aportar mucho al manejo y al tratamiento del glaucoma. *"Los sistemas expertos que van a analizar, y que ya están analizando, los campos visuales, las pruebas estructurales como es el OCT, todos estos sistemas, junto con la clínica del paciente, serán capaces de determinar, con un porcentaje de exactitud alto, quiénes tienen o no tienen glaucoma en este momento. O qué pacientes tienen un riesgo mayor de desarrollar un glaucoma en un futuro", expone. "Toda la decisión final caerá en el médico, lógicamente. Pero, van a ser unas ayudas diagnósticas muy útiles. Ahora mismo, tenemos que analizar miles de imágenes de los pacientes. La IA lo hará en cuestión de segundos y nos dará un informe de lo que yo tardo diez minutos en hacer. Ese informe, probablemente, será más preciso que el experto. La IA no se cansa, está igual a primera hora de la mañana que al final del día, con lo cual estoy convencido de que va a tener un papel importante", juzga. Opina que los médicos se tienen que adaptar a ella. "No creo que nos vaya a sustituir. Va a tener un papel complementario. Sí que sustituirá a aquellos médicos que no se adaptan a ella, que no aprendan a utilizar esas herramientas porque se van a quedar desfasados", apostilla. Es un defensor de la IA para muchas cosas, sobre todo para las ayudas diagnósticas. Con la IA, "probablemente podamos tener máquinas instaladas en centros sanitarios, donde el paciente ponga su tarjeta sanitaria y unos escáneres le hagan un análisis previo que analizará una IA, y que finalmente interpretará un médico, avisándole de que puede haber un problema visual o no". Aunque todo esto aún se tiene que validar para llegar a la población general.*



tensión demasiado baja. Actualmente, hay formas de restringir la salida del humor acuoso a través de dispositivos más pequeños. Se tutorizan los tubos para que la salida del humor acuoso sea más controlada y existen dispositivos restrictivos, que permiten variar la salida del humor acuoso a voluntad. "Otro de los grandes problemas que tenemos con la cirugía del glaucoma es que luchamos contra la cicatrización", revela. "Normalmente, cuando infringimos una herida en el cuerpo, tiende a cicatrizar. Si realizas una operación de rodilla, lo que quieres es que la herida quirúrgica se cierre fuerte y no dé problemas. En glaucoma, nos pasa lo contrario. Como se nos cierre la herida quirúrgica, la cirugía filtrante que hemos practicado al paciente deja de funcionar, y el problema no está resuelto. Es más, estamos igual que estábamos antes. Por lo tanto, tenemos que utilizar estrategias que manejen o controlen esa fibrosis, de forma que haya una cicatrización controlada. Porque sí que necesitamos que algo cierre, pero no puede cerrar de forma completa, porque si cierra de forma completa nos encontramos que deja de salir ese humor acuoso", detalla.

Para ello, hay diversas estrategias, desde medicamentos que impiden esa cicatrización (como la

mitomicina C) a mallas de colágeno que crean espacios virtuales para que la conjuntiva y la tenon no se peguen al tubo o a la operación que se ha realizado. Del mismo modo, hay estrategias para que, si se ve que se está cerrando, actuar con láser o con inyecciones en consulta, para impedir que se cierre por completo. Remarca que "casi es más importante el seguimiento posoperatorio que la propia intervención en sí".

Colaboración con el óptico optometrista

Defiende que el diagnóstico es un acto médico. Si bien, "el óptico ve a muchos usuarios y puede valorar y sospechar precozmente algún tipo de patología". En muchas ópticas se dispone de tonómetros de aire, o de equipos más sofisticados. "Una simple toma, en un paciente que le esté dando al óptico por encima de 25 o 30 de tensión, debe poner en alerta y pedirle que consulte con su oftalmólogo", razona. A muchos de los pacientes que llegan a las consultas médicas les han hablado previamente en la óptica de su tensión elevada.

Belda matiza que "una hipertensión ocular no es una urgencia, a no ser que el paciente esté con dolor o presiones muy altas". Subraya que una hipertensión ocular hay que estudiarla por la vía habitual, que no hay que ser alarmistas: "Si detectamos que tiene 25 de tensión, lógicamente hay que ponerlo en conocimiento del paciente, pero probablemente esos 25 de tensión lleven tiempo ahí. Es necesaria la visita programada con el oftalmólogo, de forma preferente, pero mandarlo a urgencias no adelanta nada, porque allí no le van a hacer las pruebas de glaucoma ni lo va a ver un especialista en glaucoma. Lo más práctico en estos casos es que el paciente acuda a su médico de cabecera y que éste lo remita al oftalmólogo por la vía habitual".

¿Hemos mejorado en el sentido de que hoy en día los problemas de la gente que tenga glaucoma derivan en menos problemas que hace diez años? "Estoy convencido de ello. Cada vez vemos menos glaucomas terminales. Quiero decir, el glaucoma de hace 30 años, cuando yo estaba haciendo la residencia, era un glaucoma dramático. El paciente venía con visiones muy bajas, y había riesgo de que, al operar, se quedaran ciegos en la propia intervención. Ahora, los pacientes llegan con glaucomas leves, moderados. Nos permiten adoptar técnicas menos invasivas que funcionan perfectamente y podemos prolongar su visión mucho más, puesto que los hemos detectado precozmente", relata. Asevera que el mundo de la óptica tiene mucho que ver en que se detecten más precozmente, "porque ha habido mucho más acceso al paciente a tomarse la tensión intraocular, y porque se han instalado muchos OCTs en las consultas ambulatorias de oftalmología, mejorando el diagnóstico precoz y el seguimiento de la enfermedad". No hay que obviar que, con una toma de presión intraocular adecuada y un OCT evaluado por un oftalmólogo, se puede descartar el 80 % de los glaucomas.

Por último, recalca que "la investigación es fundamental para avanzar". Alega que en los ensayos clínicos se manejan muy bien todas las situaciones que puedan ocurrir al paciente. "El paciente está mucho mejor controlado que si estuviera en una consulta normal y lo que estamos consiguiendo es que la ciencia avance", justifica. Ellos tienen bastantes ensayos clínicos activos, y "es una forma también de que muchos pacientes puedan acceder a tratamientos de última generación gracias a poder participar en uno de estos ensayos clínicos. En nuestro país hay mucha reticencia a participar en estos ensayos clínicos. Curiosamente donde trabajo, tenemos muchos pacientes extranjeros que por su cultura están más predispuestos para participar en ellos."

Tanto desde VISIONKER como desde el Hospital Universitario de Torrevieja pretenden ser "una unidad de referencia en el tratamiento del glaucoma en nuestra zona, y por qué no, a nivel nacional". En estos momentos, la unidad de glaucoma está conformada por cuatro especialistas dedicados exclusivamente a esta patología. ■