

# Diferencias morfológicas del N.O. y manejo terapéutico en GPAA y glaucoma miópico

A. Martínez-Grau  
C. Niño  
Ml. Canut

Clínica Barraquer  
(C.O.B.)

## Resumen

Presentamos el caso de una paciente mujer de 63 años con glaucoma de diez años de evolución en tratamiento con dos hipotensores en AO y trabeculoplastia previa.

En OD muestra una amplia excavación generalizada con sospecha de glaucoma incipiente, y aspecto sugestivo de glaucoma miópico en OI.

Se ha descrito una posible relación entre la morfología del disco y el mecanismo patogénico del glaucoma.

## Resum

Presentem el cas d'una pacient, dona de 63 anys amb glaucoma de deu anys d'evolució en tractament amb dos hipotensors a ambdós ulls i trabeculoplastia prèvia.

Mostra una àmplia excavació generalitzada a l'ull dret, amb sospita d'un glaucoma incipient, i un aspecte suggestiu de glaucoma miòpic a l'ull esquerra.

S'ha descrit una possible relació entre la morfologia del disc amb els mecanismes patogènics del glaucoma.

## Summary

We present a case of a 63 years old woman who refers glaucoma for ten years in treatment with two hypotensors in both eyes and a previous trabeculoplasty.

She presents enlargement of the optic cup in OD suggesting an incipient glaucoma, in left eye we suspect myopic glaucomatous disc.

It is written that different disc appearances may represent different pathogenic mechanisms.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 63 años que acude por pérdida progresiva de agudeza visual. Desconocemos la PIO basal de la paciente que refiere glaucoma de diez años de evolución en tratamiento con timolol 0,5% c/12h, latanoprost c/24h en ambos ojos y trabeculoplastia previa.

En la exploración se observa una AV:

DV: 0,2    140° -1,50 + 0,75 = 0,75    + 4,75 N°1

IV : 0,2    75° -2 -1,50 = 0,75    + 1,75 N°1

Ausencia de opacidad de medios. Presenta PIO de 15 mmHg con ángulo camerular grado III-IV en gonioscopia (Scheie).

La morfología del nervio óptico derecho (Figuras 1a y 1b) muestra una excavación amplia, de 0,8 concéntrica con ANR conservado en cuanto a relación ISNT. No presenta muescas. El aspecto del disco óptico izquierdo (Figuras 1a y 1b) es de una excavación elongada, poco profunda de 0,7, creciente temporal con atrofia coroidea peripapilar. Existe un adelgazamiento del ANR superior e inferior.

El CV OCTOPUS G<sup>1</sup> (Figuras 2a y 2b) demuestra una conservación del CV de OD con sensibilidad algo disminuida, mientras que el CV del OI mostraba un claro defecto arciforme.

En el HRT II (Figuras 2a y 2b) evaluamos los cinco

Correspondencia:  
Ainhoa Martínez-Grau  
Muntaner, 314  
08021 Barcelona

parámetros (Tabla 1) principales para la valoración de daño glaucomatoso como son:

- área del borde (*rim area*),
- volumen del borde (*rim volume*),
- medida de la excavación en 3D (*cup shape volume*),
- diferencia altitudinal topográfica del nervio (*height variation contour*) y
- espesor medio de la capa de fibras nerviosas (*mean RNFL thickness*).

Observamos una clara afectación en ambos ojos mayor en OD.

El Gdx del OD confirma un daño en las fibras del cuadrante temporal superior con sospecha de alto riesgo de glaucoma y en OI se confirma la lesión superior e inferior del ANR.

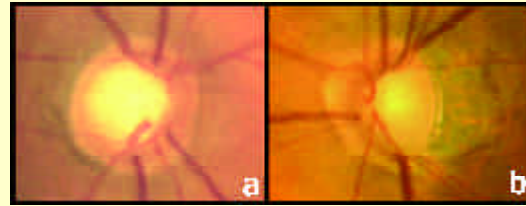
La paciente fue diagnosticada de excavación amplia con sospecha de glaucoma en OD y glaucoma miópico en OI.

En la evolución a los cinco meses se evidenció un mantenimiento de la PIO entre 13-15 mmHg, un mantenimiento del campo visual en ambos ojos y avance del daño del nervio óptico en el HRT II y Gdx.

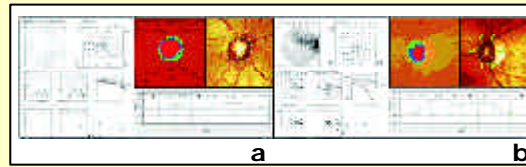
Diferentes autores de la literatura<sup>1-6</sup> defienden una relación entre la morfología del N.O. en el GPAA con

diferentes mecanismos etiopatogénicos (glaucoma focal isquémico NT, glaucoma miópico, glaucoma senil esclerótico y aumento generalizado de la excavación).

Tanto Nicolela MT y Drance SM<sup>1</sup> como Brodway DC, et al.<sup>2</sup> describen la morfología del disco óptico glaucomatoso miópico coincidiendo con las de nues-



**Figura 1.**  
a: papila de OD de exc. 0,8 con ANR conservado en relación a ISNT  
b: papila de OI de exc. 0,7 con adelgazamiento sup. e inf.



**Figura 2.**  
a: CV octopus G1 de OD con sensibilidad disminuida y HRT II con lesión en cuadrante temporal  
b: CV octopus G1 de OI con escotoma localizado profundo con curva de Bebie por debajo del percentil 95%, HRT II prácticamente dentro de la normalidad

	OD		OI		Valores de referencia
	5m	5m	5m	5m	
Rim area mm <sup>2</sup>	0,851	0,850	0,805	0,732	N: 1,489+0,291 I: 1,393+0,340 M: 1,260+0,415 A: 0,817+0,334
Rim volume cmm	0,138	0,189	0,242	0,245	N: 0,362+0,124 I: 0,323+0,156 M: 0,262+0,139 A: 0,128+0,096
Cup shape volume	0,046	0,015	0,125	0,186	N: 0,181+0,092 I: 0,147+0,098 M: 0,122+0,095 A: 0,036+0,096
Height variation contour mm	0,191	0,314	0,486	0,767	N: 0,384+0,087 I: 0,364+0,100 M: 0,330+0,108 A: 0,256+0,090
Mean RNFL thickness mm	0,128	0,146	0,271	0,209	N: 0,244+0,063 I: 0,217+0,076 M: 0,182+0,086 A: 0,130+0,061

5m: cinco meses; N: normal; I: incipiente, M: moderado; A: avanzado

**Tabla 1.**  
En el HRT II se evalúan los cinco parámetros principales para la valoración de daño glaucomatoso

tro paciente. El daño del CV se corresponde con la biomicroscopía del nervio, tratándose de un defecto mixto según la clasificación de Nicolela MT y Drance SM<sup>1</sup>. El HRT II y el Gdx confirman dicho daño.

En el caso del GPAA con aumento generalizado de la excavación, los autores<sup>1-2</sup> lo describen como una excavación concéntrica y redonda sin adelgazamientos localizados en ANR, con pérdida difusa de sensibilidad del campo visual<sup>3</sup> y en el HRT II<sup>2</sup> una excavación amplia y profunda con valores bajos en variables relacionadas con la altura del anillo y el espesor de capas de fibras nerviosas. Estas características se presentan de igual modo en el OD de nuestro paciente.

Si bien la papila del OD presenta el INST conservado con campo visual subnormal, las pruebas complementarias, HRT II y Gdx, nos permiten hacer un diagnóstico precoz de glaucoma incipiente.

## Bibliografía

1. Nicolela MT, Drance SM. Various glaucomatous optic nerve appearances. *Ophthalmology* 1996;103(4):640-8.
2. Broadway DC, et al. The ability of scanning laser ophthalmoscopy to identify various glaucomatous optic disk appearances. *Am J Ophthalmol* 1998;125(5):593-604.
3. Stamper RL, Lieberman MF, Drake MV. Diagnosis and therapy of the glaucomas. Becker-Shaffer's. 7th Ed. Ed. Mosby, 1999.
4. Spaeth GL. A new classification of glaucoma including focal glaucoma. *Surv Ophthalmol* 1994;38:59-17.
5. Geijssen HC, Greve EL. The spectrum of primary open angle glaucoma. I: Senile sclerotic glaucoma versus high tensor glaucoma. *Ophthalmic Surg* 1987;18:207-13.
6. Geijssen HC, Greve EL. Focal ischaemic normal pressure glaucoma versus high pressure glaucoma. *Doc Ophthalmol* 1990;75:291-301.