

Las siguientes directrices de tratamiento están basadas en los resultados de estudios clínicos y se proporcionan únicamente con fines informativos. Es responsabilidad del oftalmólogo familiarizarse con las últimas técnicas recomendadas.

## Selección de pacientes

Casi todos los pacientes con IOP anormalmente elevado y que puedan beneficiarse de reducción de IOP son candidatos apropiados para tratamiento de SLT.

Son candidatos apropiados pacientes con cualquier tipo de glaucoma adulto, y aquellos que conforman los siguientes criterios:

- Requieren reducción de IOP como terapia primaria o secundaria.
- Poca probabilidad de que cumplan o persistan con la terapia con fármacos
- Tengan dificultad para administrar gotas oculares
- Sufran de efectos secundarios provocados por la terapia con fármacos
- Tengan quejas de menor calidad de vida debida a la necesidad de administrar gotas oculares a diario
- Terapia con fármacos fallida
- Tratamiento ALT fallido, o si la ALT ha dejado de reducir la IOP suficientemente
- Tratamiento SLT fallido, o si la SLT ha dejado de reducir la IOP suficientemente
- Glaucoma pigmentario o de pseudoexfoliación (proceder con precaución ya que hay riesgo de pico de presión intraocular post-SLT)
- Glaucoma de tensión normal
- Hipertensión ocular

SLT no se ha probado adecuada en las siguientes condiciones:

- Glaucoma pediátrico
- Glaucoma juvenil
- Glaucoma de ángulo cerrado primario o secundario
- Glaucoma inflamatorio o uveítico
- Cualquier proceso de dolencia o malformación que bloquea el ángulo
- Visión poco clara de la malla trabecular (TM)

## Tratamiento previo

Las medicaciones pre-operativas típicamente incluyen un alfa agonista como el tartrato briomonidino, y anestesia tópica como el hydroclorido proxymetacaino.

## Tratamiento

El régimen de tratamiento evoluciona y los protocolos varían en los tratamientos de 360°, 180° o 90° de la malla trabecular. Se ha destacado que, cuanto más agresivo sea el tratamiento, mayor es el riesgo de inducir un pico temporal de presión, que disminuye a las 48hrs.

Para realizar el tratamiento se utiliza una lente gonio de SLT de Latina, sin magnificación para evitar modificaciones en el tamaño del spot.

El tamaño del spot para el tratamiento está fijado en 400µm, que es suficientemente grande para irradiar el ancho completo de la malla trabecular, con algo de exceso. Esto proporciona un margen confortable para el tratamiento, ya que el exceso no es de significancia clínica.

Es importante obtener una visión clara de la malla trabecular – se debe enfocar el tejido a tratar y no el spot del haz de guía.

El tratamiento de 180° consiste en el tratamiento de un área de 180° por periodo de tratamiento. El tratamiento se lleva a cabo en modo de disparo único, emplazando 50 spots de energía contiguos pero no superpuestos a lo largo de la malla trabecular.

### Pasos del tratamiento:

**1** Para determinar el nivel de energía óptimo para cada paciente, el láser está inicialmente fijado en 0.8 mJ (para mallas trabeculares con alta pigmentación) y se incrementa el nivel de energía en pasos de 0.1 mJ hasta que se observa el umbral de energía de formación de mini-burbujas (micro cavitaciones), o se disminuye en pasos de 0.1 mJ si observa formación de burbujas.

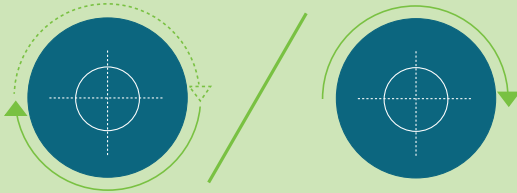
**2** Cuando se haya hallado el umbral de energía en el que se forman las mini burbujas, el nivel de energía se disminuye en pasos de 0.1 mJ mientras se prosigue el tratamiento, hasta que la formación de burbujas haya cesado. Esta energía es la que se debe utilizar para el tratamiento. Algunos usuarios procuran tratar con la mínima formación de burbuja en cada disparo.

## Pasos del tratamiento:

- 3** El proceso debe ser monitorizado y ajustado cuanto haga falta según la variación del pigmento altere la absorción de energía a un umbral menor. Generalmente, la malla trabecular está más fuertemente pigmentada en la parte inferior que en la superior. Con esto en mente, hay dos opciones posibles:



**A** Mitad nasal para el primer tratamiento de 180°; el tratamiento de mejora tendrá como objetivo la mitad temporal



**B** Mitad inferior para el primer tratamiento de 180°; el tratamiento de mejora tendrá como objetivo la mitad superior.

La pigmentación varía significativamente entre las mitades superior e inferior, y es necesario adaptar los niveles de potencia a la pigmentación, aún más cuando se tratan las mitades nasal y temporal en comparación con las mitades inferior y superior.

- 4** Las visitas de seguimiento deberán ser programadas dependiendo del riesgo percibido de pico de presión post-SLT y acceso del paciente al oftalmólogo que lo esté tratando. En la práctica, para pacientes que no presenten un riesgo significativo de picos de presión, las visitas post-operatorias pueden ser programadas a una semana, un mes, tres meses y seis meses tras el tratamiento, y cada seis meses a partir de entonces, para medir la presión intraocular.

## Post-tratamiento

Gotas antiinflamatorias no esteroideas como las gotas Ketorolac o Acular, cuatro veces al día durante tres a cinco días.

**Nota: Una creciente cantidad de cirujanos optan por no prescribir medicación post-operatoria.**

## Efectos secundarios visibles

Existen mínimos efectos secundarios visibles resultantes del tratamiento por SLT; éstos incluyen leves molestias durante el procedimiento y sensibilidad ocular, tal vez con leve fotofobia, durante 2 a 3 días.

La ausencia de efectos secundarios adversos es uno de los mayores beneficios del tratamiento por SLT.

En un pequeño porcentaje de casos (<10%) se ha observado incremento en la IOP, normalmente con aparición dentro de las primeras 24 horas, y desaparición dentro de las siguientes 24 horas. No obstante, se han presentado algunos casos con incremento de IOP sostenido, que han requerido tratamiento de seguimiento.

Para más información en cuanto a la SLT, por favor visite [slt-ellex.com](http://slt-ellex.com) – la principal herramienta online para los usuarios de SLT de Ellex.

