

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/migs-efectivas-para-un-optimo-control-de-la-pio-un-enfoque-basado-en-casos-de-estudio/32896/>

Released: 02/14/2025

Valid until: 02/14/2026

Time needed to complete: 58m

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

MIGS efectivas para un óptimo control de la PIO: Un enfoque basado en casos de estudio

Dr. Petrakos:

Es un momento emocionante para las cirugías MIGS, ya que se puede elegir entre muchos implantes. ¿Cómo ayudamos a los pacientes a elegir un dispositivo MIGS adecuado para ellos?

Esto es CME on ReachMD y yo soy el Dr. Paul Petrakos.

Dr. Singh:

Yo soy el Dr. Paul Singh. Y creo que esa es la pregunta del millón, Paul. ¿Cuál es el mejor procedimiento? Bueno, por empezar, no hay uno bueno ni uno malo. Creo que muchas de las decisiones que tomamos al momento de decidir el mejor procedimiento depende muchas veces de la comodidad del cirujano, la anatomía del paciente, la tecnología utilizada, la reducción de la carga de medicamentos y el estado de la catarata. Así que también hay mucho en qué pensar. No es lo mismo para todos. Eso es lo bueno de contar con tantos procedimientos y tecnologías que abordan las diferentes partes del sistema de drenaje.

Pero creo que voy a mostrarles rápidamente un caso real de una implantación de Hydrus. Considero si hubo cataratas, glaucoma de leve a moderado, si se toman uno, dos o incluso tres medicamentos, también considero los cinco años de datos del ensayo HORIZON, que sirven para afirmar que este es un stent muy beneficioso. Y aquí se puede ver acoplado a la TM de forma ascendente, pero si avanzamos se puede ver el Hydrus ingresando al canal de Schlemm. Sirve de estructura para la malla trabecular en lugar del canal y omite la TM. Se puede ver el ingreso, 50 % del ingreso está en el canal, el 50 % también está en la cámara anterior. Tenemos acceso a varios canales colectores mientras omitimos la TM y también sirve de estructura. Así que creo que es un procedimiento muy eficaz y seguro que se puede realizar durante la cirugía de cataratas y no solo es efectivo para reducir la PIO, sino también para reducir la carga de gotas.

Pero, Paul, ¿qué hay de los procedimientos que tienen el espacio subconjuntival como objetivo?

Dr. Petrakos:

Sí, Paul. Por suerte tenemos estas opciones que pueden utilizarse más allá del canal de Schlemm y que no son tan invasivas como una trabeculectomía tradicional.

Este es el caso de una mujer de 83 años. Tiene un glaucoma primario de ángulo abierto moderado. Es alérgica al cloruro de benzalconio (BAK), como muchos pacientes, usa tres gotas sin conservantes y le van a colocar un stent de gel XEN. Así que cambié a un enfoque ab externo. En general, ya no uso la pieza de mano. Estoy usando una aguja calibre 27 para entrar en la cámara anterior, a unos 3 mm del limbo, y luego implanto el stent de gel XEN directamente con una MacPherson angular. Y descubrí que esto fue muy útil para la formación de residentes y compañeros. Ellos creen que se parece más a una cirugía de derivación acuosa tradicional. Hay que ser rápido para que el stent de gel XEN no se humedezca e insertarlo antes de que se ablande en el ojo.

El paciente tuvo una recuperación extraordinaria. Ya pasaron tres años. La presión de sus dos ojos es de 10, generalmente 10, 11 y no toma medicamentos.

Paul, entonces prefiere usar el cargador y un enfoque ab interno para los stent de gel XEN. ¿Puede explicárnoslo rápidamente?

Dr. Singh:

Por supuesto. Aplico el enfoque externo muchas veces, pero sí utilizo un cargador para el externo y el ab interno. Pero, observemos el enfoque ab interno, que es similar a cómo se diseñó el cargador del stent de gel XEN. Estoy usando un gonioprisma para asegurarme de ingresar en el nivel anterior a la malla trabecular. Solo confirmo a dónde estoy. Así que una vez que lo sepa, aclaro que esto es durante una cirugía de cataratas. Ya abrí el ojo y hay material viscoelástico en él, así que pensé: "¿por qué no aplico un enfoque ab interno también?" Ahora que sé a dónde estoy, voy a tomar un Kuglen, otro instrumento para estabilizar el ojo. Giro el ojo hacia abajo. Y con presión atravieso la malla trabecular por la pared escleral y salgo por el espacio subconjuntival, a unos dos milímetros y medio detrás del limbo, asegurándome de poder ver el cargador o la aguja y luego la retiro.

Así es un enfoque ab interno, el cual también nos evita tener que cortar la conjuntiva. La clave es saber manejar la cápsula de Tenon que puede ser la enemiga en todos estos procedimientos. Hago varias revisiones con la aguja para asegurarme de que no hay una cápsula de Tenon que pueda provocar fibrosis, bloquear el flujo y causar un problema con la ampolla. Pero creo que tenemos algunos ejemplos excelentes entre lo que ambos mostramos.

Para terminar, solo quisiera asegurarme de que tanto nosotros como todos nuestros colegas comprendemos que existen muchas opciones y hay que sentirse cómodos con lo que hacemos, con la tecnología que utilizamos y observar los resultados. Y en función de la anatomía del paciente, la cantidad de medicamentos, la gravedad, el estado de la lente, hay muchas oportunidades para utilizar estas diferentes tecnologías.

Dr. Petrakos:

Qué consejo estupendo. Solo agregaría que el stent de gel XEN es una excelente opción para controlar la PIO y está comprobado que provoca menos hipotonías y complicaciones que la trabeculectomía.

Se nos acabó el tiempo por hoy. Gracias por estar aquí, Paul.

Dr. Singh:

Sí. Gracias a usted también.

Dr. Petrakos:

Y gracias a todos por acompañarnos. Esto fue CME on ReachMD.