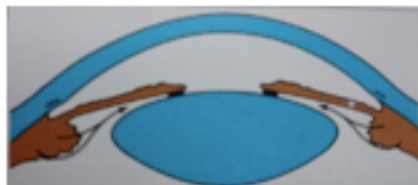


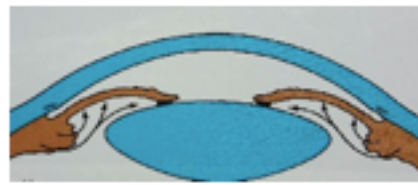
## **GLAUCOMA AGUDO**

**Autora:** Dra. Paula Serraino Barberis

La aposición del cristalino y de la cara posterior del iris a la pupila provoca un bloqueo del flujo del humor acuoso desde la cámara posterior a la anterior.



Bloqueo pupilar relativo



Abombamiento anterior del iris



Contacto iridocorneal

**Signos:** Midriasis intermedia arreactiva, Aumento de PIO, Edema corneal.

**Síntomas:** Dolor, visión borrosa, halos coloreados alrededor de las luces, cefalea frontal, náuseas y vómitos.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Incremento agudo de PIO con ángulo abierto:

- Crisis glaucomatociclítica (Sd. de Posner-Schlossman )
- Glaucoma inflamatorio
- Hemorragia retrobulbar
- Glaucoma traumático
- Glaucoma pigmentario

### **CONDUCTA**

Objetivo: ↓PIO, desbloquear pupila  
 500 mg de acetazolamida via oral  
 Timolol 0,5% cada 15 min



A la hora medir PIO

**IMPORTANTE:**

- Bloqueo pupilar

Si mejora

Alta domiciliaria:  
 Acetazolamida c/ 12h  
 Timolol c/ 12h  
 Evaluar yag programado

No mejora

Continua medicación tópica  
 Manitol 1-2 mg/kg a pasar en 45 min

pupilar fáquico

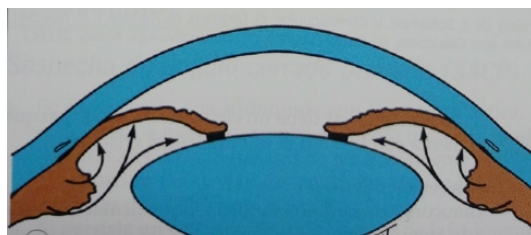
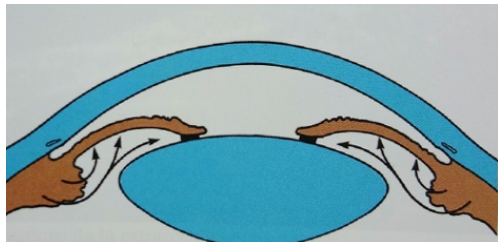
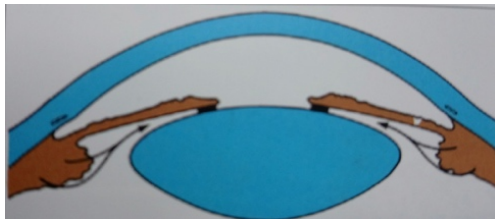
estrechamiento de ángulo: pilocarpina 1- 2% cada 15 min

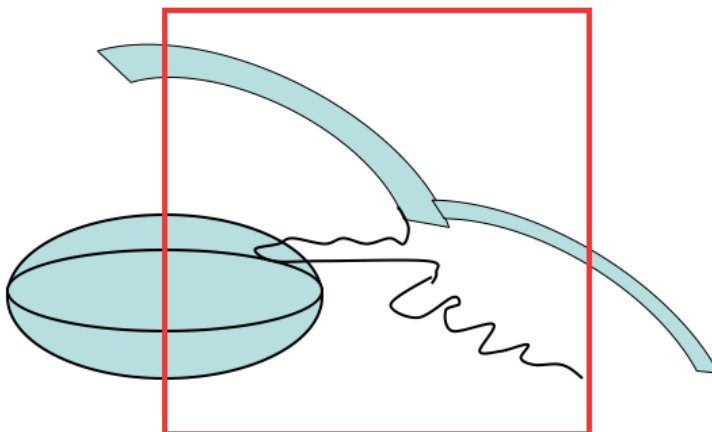
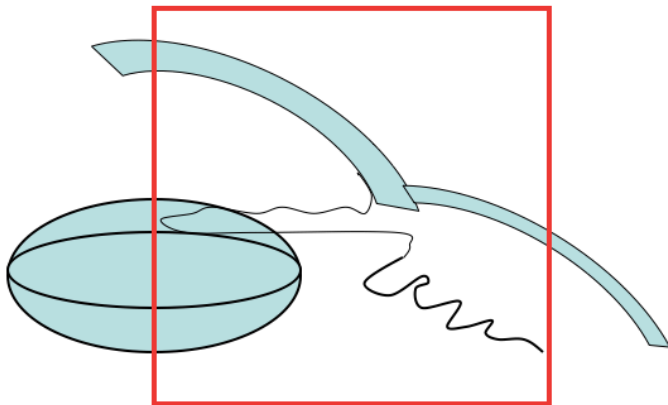
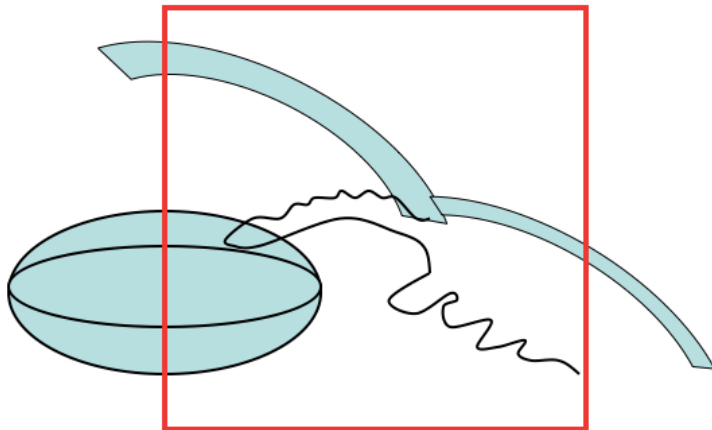
- Bloqueo pupilar afáquico o cierre angular secundario: midriático cada 15 min
- Glaucoma facomorfo: extraer cristalino

ELEA	
Travoprost (Prostaglandina)	↓PIO 25%-32%
Timolol (βeta-Bloqueante)	↓PIO 20%-30%
Timolol + Dorzolamida (IAC)	↓PIO 25%-30%

**IMPORTANTE:**

Recordar que con PIO > 50 mmHg la penetrancia de colirios es escasa.  
 Evitar Prostaglandinas por ser pro inflamatorias.





## BIBLIOGRAFÍA

Oftalmología Clínica. 7 Ed. Jack J. Kanski y Brad Bowling. Capítulo 10  
Glaucoma.

Manual de Oftalmología Del Wills Eye Institute. Diagnóstico y tratamiento  
de la enfermedad ocular en la consula y la urgencia. Capítulo 9.