



Alteraciones oculares en el embarazo

Tema en profundidad

Dr. HERBERT Stern ■

EL EMBARAZO ES UNA CONDICIÓN que conlleva cambios fisiológicos en todo el organismo de la paciente, y produce cambios en muchos órganos, entre ellos el ojo. Pese a la importancia de este tema, por la frecuencia que presenta, tanto los obstetras como los oftalmólogos no tenemos en cuenta muchas veces estos cambios.

Durante el embarazo la paciente se puede quejar de alteraciones de la agudeza visual, de molestias oculares varias como picor, ardor o sensación de cuerpo extraño. Estos síntomas se asocian a alteraciones corneales, cuya explicación reside en las alteraciones hormonales, que tienden a producir moderado edema corneal. Esto motiva también into-

lencia a los lentes de contacto. Algunos autores reportan la presencia de Husos de Krukenberg en la paciente embarazada al inicio de la gestación, asociados al pico de progesterona y su desaparición al final del período gestacional. La agudeza visual y la refracción se pueden asociar de igual forma a trastornos cristalinos, motivados de igual manera por las anomalías hormonales. Y esto es algo en lo que debemos educar, ya que muchas veces la paciente le refiere al obstetra y éste la envía a una óptica a ser refractada. Nuestra experiencia indica que no debemos graduar la visión a una paciente embarazada, hasta 3 meses después del parto. Hemos notado también, que el último trimestre del embarazo produce una miopización de la paciente. En ocasiones en pacientes miopes, este cambio persiste. Desde luego, la cirugía refractiva durante el embarazo está descartada por las alteraciones mencionadas. Las pacientes no miopes pueden presentar dificultad para la lectura asociada a una insuficiencia de convergencia transitoria, cuya etiología no conocemos adecuadamente.

De igual forma, en nuestra serie de pacientes con Coroidopatía Central Serosa en las mujeres, el embarazo produjo el 35% de los casos. La paciente embarazada no sólo refiere disminución de la agudeza visual, sino también la presencia de metamorfopsias. En el diagnóstico, en estas pacientes sugerimos el uso de rejilla de Amsler y una tomografía de coherencia óptica de alta definición para evitar realizar una angiografía.

Otro dato importante a tener en cuenta es que durante el embarazo la presión intraocular disminuye, a veces hasta 5 mmHg sobre su valor anterior, y que esta disminución persiste hasta 6 meses luego del parto. Los mecanismos para explicar esta situación se refieren a la rigidez escleral, disminuida en el período gestacional, así como un aumento del flujo de humor acuoso. Un reciente estudio nos ofrece la información de que el grosor corneal aumenta durante el embarazo, y esto disminuye la PIO no compensada por paquimetría. Debemos tener mucho cuidado en el manejo de la paciente embarazada glaucomatosa, ya que en ocasiones debemos disminuir o hasta suspender el tratamiento. El campo visual durante el embarazo puede presentar alteraciones transitorias que nos

Un reciente estudio, nos ofrece la información de que el grosor corneal aumenta durante el embarazo, y esto disminuye la PIO no compensada por paquimetría. Debemos tener mucho cuidado en el manejo de la paciente embarazada glaucomatosa, ya que en ocasiones debemos disminuir o hasta suspender el tratamiento.

pueden confundir para el manejo adecuado del glaucoma, por lo que recomendamos el uso de la tomografía de coherencia óptica como el método idóneo de seguimiento en estas pacientes.

En pacientes con aumento de la tensión arterial, con preeclampsia o eclampsia, observaremos anomalías importantes en el fondo de ojo, como edema retiniano, vasculitis y hasta desprendimiento seroso de la retina, aunque en la mayoría de los casos el aspecto es similar a una retinopatía hipertensiva. Hay reportes en la literatura de membranas coroides neovasculares en algunas pacientes.

La presencia de pseudotumor cerebral se ha reportado de igual forma en el embarazo. Afortunadamente no produce lesiones permanentes ya que se dificulta el uso de acetazolamida en una embarazada.

Un dato interesante reportado es que en el embarazo hasta un 80% de las pacientes que padecen cuadros migrañosos refieren mejoría de estos cuadros.

Por otro lado, sabemos que el embarazo representa un estado de hipercoagulabilidad, a través de los varios cambios que se producen con las plaquetas, factores de coagulación, y la dinámica de flujo arteriovenoso. Estos cambios pueden estar relacionados con el desarrollo de la oclusiones arteriales y venosas así como coagulación intravascular diseminada. Estas oclusiones vasculares se pueden relacionar con embolias de líquido amniótico.

La Coagulación Intravascular Diseminada (CID) se caracteriza por trombosis de pequeños vasos generalizada a menudo asociadas con hemorragia y necrosis de los tejidos. Esto puede ocurrir con complicaciones en el embarazo, como desprendimiento de placenta, la preeclampsia grave, el aborto complicado, o muerte intrauterina. La coroides es la localización más frecuente en el ojo de la CID para manifestarse. Las pacientes a menudo se quejan de la pérdida de visión a causa de un infarto retiniano o una hemorragia coroidea. También la CID puede asociarse a alteraciones del epitelio pigmentario.

La Púrpura trombótica trombocitopenica es un raro trastorno caracterizado por trombosis de los vasos pequeños, trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, disfunción renal y fiebre. Los síntomas visuales pueden ocurrir debido a un desprendimiento seroso de la retina, pérdida del lumen de la arteria retiniana, hemorragia retiniana, y edema papilar.

El embarazo es considerado un factor de riesgo independiente para la progresión de la retinopatía diabética. Otros factores que provocan la aceleración de la retinopatía diabética en este grupo incluyen duración de la diabetes, la hipertensión asociada al embarazo y la preeclampsia, también la rápida normalización de los niveles de glucosa durante el embarazo y los cambios en el flujo sanguíneo retiniano. La diabetes gestacional, en ausencia de diabetes pre-existente, no muestra una asociación similar con retinopatía diabética.

Los estudios de largo plazo sugieren que la retinopatía no parece ser más grave en nulíparas que en

las pacientes multíparas, por lo que el número de nacimientos no aumenta el riesgo de empeoramiento de la retinopatía y algunos autores consideran que la retinopatía es menos grave en mujeres con dos o más embarazos.

La progresión de la retinopatía durante el embarazo está muy influenciada por la coexistencia de hipertensión y preeclampsia, y está directamente relacionada con la severidad de la retinopatía al momento de quedar embarazada la paciente.

Según el estudio de la diabetes, en el embarazo temprano, alrededor del 10% de las mujeres sin retinopatía y el 21 % de las mujeres con microaneurismas, tienen empeoramiento de la enfermedad durante o después del período gestacional. El avance de la retinopatía no proliferativa leve se observó en el 19 % de las mujeres con diabetes.

Las pacientes con retinopatía diabética no proliferativa moderada sufrieron cambios en la enfermedad hasta en el 35% de los casos. Los casos de retinopatía diabética proliferativa que se agravan durante el embarazo, tienen por lo regular mal pronóstico visual, aunque esto ocurre en menos del 5% de los casos.

El buen control metabólico durante el embarazo puede mejorar la retinopatía existente. De igual forma las alteraciones bruscas en los niveles de glicemia pueden alterar la refracción y la retinopatía.

El tratamiento de las mujeres embarazadas con retinopatía diabética varía de acuerdo a la severidad de la enfermedad en el momento del embarazo. Es recomendable un examen ocular completo en una paciente diabética que planea embarazarse, ya que los tratamientos, como fotocoagulación o antiangiogénicos, aplicados antes del embarazo pueden conllevar a una estabilidad de la retinopatía o un curso más benigno. Es importante establecer exámenes mensuales en pacientes con retinopatías severas durante el embarazo.

El edema macular suele empeorar durante el embarazo por los desequilibrios en los lípidos, en las proteínas y las alteraciones hipertensivas. Debemos mencionar de igual forma que muchos de estos cambios desaparecen luego del parto en ese período de 3 meses donde suelen estabilizarse los diversos parámetros que se alteran en el período gestacional.

Las pacientes a menudo se quejan de la pérdida de visión a causa de un infarto retiniano o una hemorragia coroidea. También la CID puede asociarse a alteraciones del epitelio pigmentario.

De todos modos ya ha pasado la época en que el embarazo implicaba un deterioro temible en la visión de la mujer diabética.

Por otro lado, la enfermedad de Graves, puede exacerbarse en el primer trimestre del embarazo, aunque suele mejorarse en el último trimestre. Es importante estar pendientes de las complicaciones de la oftalmopatía tiroidea en el ojo, para implementar el tratamiento en el momento que se requiera. De hecho el oftalmólogo en ocasiones da la voz de alarma al ginecobstetra, al advertir cambios oculares que pueden implicar alteraciones tiroideas importantes para la madre y el feto.

La esclerosis múltiple es una enfermedad que está aumentando su incidencia en la población y se ha observado que en la mujer embarazada puede producirse una mejoría en el cuadro clínico.

Un punto de mucha importancia para el oftalmólogo es el manejo de diferentes enfermedades en la mujer embarazada con relación a la seguridad de las gotas que utilizamos. En Estados Unidos, el "National Registry of Drug-Induced Ocular Side Effects" ha publicado un extenso informe sobre este particular. Esta página, asociada a la Academia Americana de Oftalmología, permite investigar cualquier medicamento y su posible repercusión ocular.

En el caso de nuestra especialidad, los medicamentos antiglaucomatosos ocupan un lugar preponderante, debido por un lado a los cambios que el embarazo produce en el glaucoma y a los efectos secundarios de la mayoría de los medicamentos que utilizamos. Los betabloqueadores deben ser suspendidos o utilizados en la dosis mínima posible. Se recomienda suspenderlos 3 semanas antes del parto. Tampoco deben utilizarse durante el período de lactancia, aunque el timolol puede utilizarse, de acuerdo a reportes de la Academia Americana de Pediatría.

Los inhibidores de la anhidrasa carbónica por cualquier vía, están contraindicados por su efecto teratogénico. Los mióticos, como la pilocarpina, son seguros durante el embarazo y la lactancia, al igual que la brimonidina, que se ha reportado segura en estudios de animales.

En cuanto a los análogos de prostaglandinas, sabemos que estos medicamentos se emplean para inducir



Artículos Originales
ALTERACIONES OCULARES
EN EL EMBARAZO

el parto, lo que mueve a preocupación su uso en las pacientes embarazadas. Lamentablemente no hay estudios concluyentes sobre su uso en pacientes embarazadas o lactantes, por lo que no recomendamos su utilización. No es recomendable de igual forma el uso de midriáticos durante el período de gestación o la lactancia, pese a que el uso de atropina o epinefrina para una dilatación ocasional parece ser seguro.

No recomendamos el uso de esteroides sistémicos en el embarazo, pero no hay evidencia directa de que el uso tópico con precauciones produzca efectos teratogénicos.

En cuanto a los antibióticos, la literatura reporta como seguros en el embarazo la tobramicina, la gentamicina, polimicina B y las quinolonas. Antibióticos como el cloramfenicol, neomicina o las tetraciclinas no se deben usar en este período. De igual forma los antivirales son potencialmente teratogénicos y deben ser evitados.

En resumen debemos utilizar la menor dosis posible durante el embarazo, y es siempre recomendable la oclusión del punto lagrimal al momento de instilar cualquier medicamento en el ojo. ●