

Nombre de la política	Política clínica: Iridotomía periférica con láser
Número de la política	1322.00
Departamento	Estrategia Clínica
Subcategoría	Administración médica
Fecha de aprobación original	04/25/2018
Fecha de aprobación de MPC/CCO actual	04/09/2025
Fecha de entrada en vigencia actual	06/01/2025

Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan)

☒ Superior Vision Benefit Management
☒ Superior Vision Services
☒ Superior Vision of New Jersey, Inc.
☒ Block Vision of Texas, Inc. d/b/a Superior Vision of Texas
☒ Davis Vision
 (Denominadas en conjunto "Versant Health" o "la Compañía")

SIGLAS

FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
YAG	Yttrium Aluminum Garnet

PROPÓSITO

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para la iridotomía periférica con láser. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

POLÍTICA

A. ANTECEDENTES

La iridectomía con láser es un procedimiento quirúrgico oftalmológico para el glaucoma de ángulo cerrado, el bloqueo pupilar, la desviación del humor acuoso (bloqueo ciliar o glaucoma maligno) o el bombeo del iris. Con este procedimiento se crea un orificio pequeño en la periferia del iris con un haz de luz láser enfocado, ya sea de argón o de neodimio

Q-switched: YAG. Esta abertura permite el flujo del humor acuoso entre las cámaras posterior y anterior sin pasar por la pupila. Esto puede, dependiendo de la cantidad de daño trabecular previo y el grado de obstrucción del ángulo, disminuir la presión intraocular (IOP) y el riesgo de ataque agudo de ángulo cerrado o daño progresivo en ojos susceptibles a ataques agudos de ángulo cerrado. Además, la iridectomía puede usarse como una herramienta de diagnóstico si no se está seguro si la patología es una desviación del humor acuoso o el síndrome de iris plateau.

B. Medicamento necesario

1. La iridotomía con láser puede ser médicamente necesaria en casos de sospecha de cierre primario del ángulo, cierre primario del ángulo o glaucoma primario de cierre del ángulo¹ en los que el procedimiento es necesario para revertir el cierre aposicional del ángulo y evita o retrasa la formación de sinequias anteriores periféricas.²
2. La iridotomía por cirugía láser puede considerarse médicamente necesaria para tratar la sospecha de cierre primario del ángulo, el glaucoma de cierre primario del ángulo y el glaucoma de cierre del ángulo.^{3 4}
3. La iridotomía por láser puede ser médicamente necesaria para tratar la sospecha de cierre primario del ángulo cuando se ha confirmado un ángulo estrecho mediante examen gonioscópico en cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - a. Evidencia de estrechamiento progresivo o sinequia en la gonioscopia;⁵
 - b. Medicamento que aumenta el riesgo de cierre del ángulo o el bloqueo pupilar;⁶
 - c. Presencia de síntomas que sugieren un cierre intermitente del ángulo;⁷
 - d. Estado de salud, ocupación o situación psicosocial que limite el acceso a la atención oftalmológica inmediata
 - e. Escaso cumplimiento de las visitas de seguimiento;
 - f. Necesidad de exámenes de la vista frecuentes con dilatación de las pupilas para el tratamiento y el monitoreo de una condición como la diabetes;⁸
 - g. Ojo contralateral de un paciente con glaucoma de ángulo cerrado o crisis de glaucoma de ángulo cerrado en el ojo alterno;
 - h. Historia familiar de glaucoma de ángulo cerrado o de ángulo estrecho cerrado.
4. Cuando una iridectomía con láser previa médicamente necesaria no es patente.

¹ Foster, 2002

² Baskaran, 2022.

³ Baskaran, 2022.

⁴ AAO, Primary Angle Closure Disease PPP 2020 [Enfermedad de cierre primario del ángulo PPP 2020]

^{5 6 7} Emanuel, 2014

⁸ Foster, 2002

C. Documentación

La necesidad médica debe tener respaldo de documentación adecuada y completa de la historia clínica del paciente en la que se describe el procedimiento y la razón médica para hacerlo. La documentación requiere, como mínimo, todos los artículos siguientes. Todos los artículos deben estar disponibles según se soliciten para iniciar o mantener los pagos anteriores. Para cualquier revisión retrospectiva, se necesita un informe operativo completo y/o el plan de atención clínica.

Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir la información de identificación adecuada del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). El médico debe autenticar los servicios prestados/solicitados. El método utilizado debe ser firma manuscrita o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

La documentación requerida para demostrar la necesidad médica incluye:

1. Examen oftalmológico con descripción de la justificación médica para la iridotomía láser y ausencia de contraindicaciones para la cirugía. Este examen debe incluir una gonioscopia que documente ángulos estrechos ocluidos o ángulos ocluidos que puedan justificar una iridotomía periférica con láser.
Pruebas diagnósticas complementarias con orden médica, justificación médica, hallazgos, interpretación e informe.
2. Pruebas de diagnóstico aliadas con orden médica, racional médico, hallazgos, interpretación e informe.
3. Uso de un láser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para iridotomías.
4. Informe quirúrgico detallado que incorpora:
 - a. Indicaciones.
 - b. Descripción del procedimiento, incluyendo: longitud de onda, duración, tamaño del foco, energía y cantidad de aplicaciones del láser.

D. Información sobre el procedimiento

CÓDIGOS CPT	
66761	Iridotomía/iridectomía con láser (p. ej., para el glaucoma) (por sesión)
66762	Iridoplastia por fotocoagulación
Modificadores requeridos	
RT	Lado derecho
LT	Lado izquierdo
50	Procedimiento bilateral

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL
--

Esta política se ofrece solo con fines informativos y no constituye un consejo médico. Versant Health, Inc. y sus filiales (la “Compañía”) no proporcionan servicios de atención médica y no pueden garantizar resultados ni desenlaces. Los médicos de cabecera únicamente son responsables de determinar qué servicios o tratamientos les proporcionan a sus pacientes. Los pacientes (miembros) siempre deben consultar con su médico antes de tomar decisiones sobre atención médica.

Sujeto a las leyes vigentes, el cumplimiento de esta Política de cobertura no es una garantía de cobertura ni de pago. La cobertura se basa en los términos de un documento del plan de cobertura en particular de una persona, que es probable que no cubra los servicios ni procedimientos tratados en esta Política de cobertura. Los términos del plan de cobertura específica de la persona siempre son determinantes.

Se hizo todo lo posible para asegurarse de que la información de esta política de cobertura sea precisa y completa; sin embargo, la Compañía no garantiza que no haya errores en esta política o que la visualización de este archivo en un sitio web no tenga errores. La compañía y sus empleados no son responsables de los errores, las omisiones ni de otras imprecisiones en la información, el producto o los procesos divulgados en este documento.

Ni la Compañía ni los empleados manifiestan que el uso de dicha información, producto o procesos no infringirá los derechos de propiedad privada. En ningún caso la Compañía será responsable de los daños directos, indirectos, especiales, incidentales o resultantes que surjan del uso de dicha información, producto o proceso.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA COMPAÑÍA

Excepto por los derechos de autor que se describen a continuación, esta política clínica es confidencial y patentada, y ninguna parte de esta política clínica puede copiarse, usarse o distribuirse sin que Versant Health o sus afiliados correspondientes expresen su aprobación previa por escrito.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA AMA

Derechos de propiedad intelectual 2002-2025 de CPT solamente, American Medical Association. Todos los derechos reservados. CPT es una marca registrada de la American Medical Association. El complemento de regulaciones para adquisiciones federales (FARS)/complemento de regulaciones para adquisiciones federales para Defensa (DFARS) se aplican al uso del gobierno. Las listas de honorarios, las unidades de valor relativo, los factores de conversión o los componentes relacionados no los asigna la AMA ni forman parte de CPT, y la AMA no recomienda su uso. La AMA no ejerce directa ni indirectamente la medicina ni dispensa servicios médicos. La AMA no asume ninguna responsabilidad por los datos contenidos o no en este documento.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS
n/c

ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS		
<i>Fecha de aprobación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Fecha de entrada en vigencia</i>
04/25/2018	Política inicial	04/25/2018
12/18/2019	Revisión anual; No hay cambios de criterio.	01/01/2020
10/28/2020	Revisión anual; No hay cambios de criterio.	03/01/2021
10/06/2021	Eliminación de algunos requisitos para las historias clínicas que debe enviar el proveedor para la revisión de la necesidad médica	04/01/2022
04/06/2022	Revisión anual; No hay cambios de criterio.	04/06/2022
04/12/2023	Revisión anual; No hay cambios de criterio.	07/01/2023
04/03/2024	Aclaración del procedimiento como diagnóstico para diferenciar el síndrome de iris plateau o desviación del humor acuoso; actualización de los términos de estado de glaucoma; eliminación de la contraindicación de edema corneal grave.	07/01/2024
04/09/2025	Añadir indicación de sospechas de cierre primario del ángulo; eliminar requisito de prueba de adaptación a la oscuridad; eliminar requisito de ángulos ocluidos; para riesgo de historia familiar.	06/01/2025

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Adetunji MO, Meer E, Whitehead G, et al. Self-identified Black Race is a Risk Factor for Intraocular Pressure Elevation and Iritis Following Prophylactic Laser Peripheral Iridotomy. J Glaucoma. 2022 Feb 4. doi: 10.1097/IJG.0000000000001995. Epub ahead of print. PMID: 35131983.
2. Balas M, Mathew DJ. Dysphotopsia and location of laser iridotomy: a systematic review. Eye (Lond). 2024 Jan 9. doi: 10.1038/s41433-023-02913-1. Epub ahead of print. PMID: 38195925.
3. Baskaran M, Yang E, Tripathi S et al. Residual Angle Closure One Year After Laser Peripheral Iridotomy in Primary Angle Closure Suspects. Am J Ophthalmol. 2017 Nov; 183:111-117. doi: 10.1016/j.ajo.2017.08.016. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28887116.

4. Baskaran M, Kumar RS, Friedman DS, et al. The Singapore Asymptomatic Narrow Angles Laser Iridotomy Study: Five-Year Results of a Randomized Controlled Trial. *Ophthalmology*. 2022;129(2):147-158. doi:10.1016/j.ophtha.2021.08.017.
5. Bayliss JM, Ng WS, Waugh N, et al. Laser peripheral iridoplasty for chronic angle closure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 23;3(3):CD006746. doi: 10.1002/14651858.CD006746.pub4. PMID: 33755197; PMCID: PMC8094583.
6. Betts TD, Sims JL, Bennett SL, et al. Outcome of peripheral iridotomy in subjects with uveitis. *Br J Ophthalmol*. 2020 Jan;104(1):8-10. doi: 10.1136/bjophthalmol-2019-314221. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31289035.
7. Chan PP, Tang FY, Leung DY, et al. Ten-Year Clinical Outcomes of Acute Primary Angle Closure Randomized to Receive Early Phacoemulsification Versus Laser Peripheral Iridotomy. *J Glaucoma*. 2021 Apr 1;30(4):332-339. doi: 10.1097/IJG.0000000000001799. PMID: 33769358.
8. Cho A, Xu BY, Friedman DS, Foster PJ, Jiang Y, Pardeshi AA, Jiang Y, Aung T, He M. Role of Static and Dynamic Ocular Biometrics Measured in the Dark and Light as Risk Factors for Angle Closure Progression. *Am J Ophthalmol*. 2023 Dec; 256:27-34. doi: 10.1016/j.ajo.2023.07.032. Epub 2023 Aug 6. PMID: 37549818; PMCID: PMC10840898.
9. Conrady Cho A, Xu BY, Friedman DS, et.al. Role of Static and Dynamic Ocular Biometrics Measured in the Dark and Light as Risk Factors for Angle Closure Progression. *Am J Ophthalmol*. 2023 Dec; 256:27-34. doi: 10.1016/j.ajo.2023.07.032. Epub 2023 Aug 6. PMID: 37549818; PMCID: PMC10840898. CD, Young BK, Besirli C. Worsening Angle Closure After Successful Laser Peripheral Iridotomy. *JAMA Ophthalmol*. 2022 Feb 10. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2021.4988. Epub ahead of print. PMID: 35142818.
10. Emanuel ME, Parrish RK 2nd, Gedde SJ. Evidence-based management of primary angle closure glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol*. 2014 Mar;25(2):89-92. doi: 10.1097/ICU.0000000000000028. PMID: 24463418.
11. Foster PJ, Buhrmann R, Quigley HA, Johnson GJ. The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. *Br J Ophthalmol*. 2002 Feb;86(2):238-42. doi: 10.1136/bjo.86.2.238. PMID: 11815354; PMCID: PMC1771026.
12. Furuya T, Kashiwagi K. Longitudinal Change in Peripheral Anterior Chamber Depth of Eyes with Angle Closure after Laser Iridotomy. *J Ophthalmol*. 2018 Dec 24; 2018:9106247. doi: 10.1155/2018/9106247. PMID: 30671261; PMCID: PMC6323459.
13. Filippopoulos T, Danias J, Karmiris E, et.al. Rethinking Prophylactic Laser Peripheral Iridotomy in Primary Angle-Closure Suspects: A Review. *Ophthalmol Glaucoma*. 2023 Nov-Dec;6(6):657-667. doi: 10.1016/j.ogla.2023.06.004. Epub 2023 Jun 13. PMID: 37321374.
14. Gao X, Zhou Y, Zuo C, et al. Predictive Equation for Angle Opening Distance at 750 μ m After Laser Peripheral Iridotomy in Primary Angle Closure Suspects. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Aug 12; 8:715747. doi: 10.3389/fmed.2021.715747. PMID: 34458290; PMCID: PMC8387715.
15. Greenfield JA, Smiddy WE, Greenfield DS. Malignant Glaucoma after Laser Peripheral Iridotomy. *J Glaucoma*. 2019;28(3): e44-e45. doi:10.1097/IJG.0000000000001145.
16. He M, Jiang Y, Huang S, et.al. Laser peripheral iridotomy for the prevention of angle closure: a single-centre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2019 Apr 20;393(10181):1609-1618. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32607-2. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30878226.
17. Hoyos CER, Ferreira MC, Liberos-Peña L, et.al. Plateau iris syndrome: Epidemiology, diagnosis, and treatment: A narrative review. *Oman J Ophthalmol*. 2023 Oct 18;16(3):415-420. doi: 10.4103/ojo.ojo_238_22. PMID: 38059089; PMCID: PMC10697250.

18. Hu R, Wang X, Wang Y, et al. Occult lens subluxation related to laser peripheral iridotomy: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Mar;96(10): e6255. doi: 10.1097/MD.00000000000006255. PMID: 28272229; PMCID: PMC5348177.
19. Imai K, Sawada H, Hatase T, et al. Iridocorneal contact as a potential cause of corneal decompensation following laser peripheral iridotomy. *Jpn J Ophthalmol*. 2021 Jul;65(4):460-471. doi: 10.1007/s10384-021-00830-y. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33728544.
20. Jiang Y, Chang DS, Zhu H, et.al. Longitudinal changes of angle configuration in primary angle-closure suspects: the Zhongshan Angle-Closure Prevention Trial. *Ophthalmology*. 2014 Sep;121(9):1699-1705. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.03.039. Epub 2014 May 15. PMID: 24835757; PMCID: PMC4624262.
21. Koh V, Keshtkaran MR, Hernstadt D, et.al. Predicting the outcome of laser peripheral iridotomy for primary angle closure suspect eyes using anterior segment optical coherence tomography. *Acta Ophthalmol*. 2019;97(1): e57-e63. doi:10.1111/aos.13822
22. Kuryshva NI, Lepeshkina LV. Selective Laser Trabeculoplasty Protects Glaucoma Progression in the Initial Primary Open-Angle Glaucoma and Angle-Closure Glaucoma after Laser Peripheral Iridotomy in the Long Term. *Biomed Res Int*. 2019 Dec 21; 2019:4519412. doi: 10.1155/2019/4519412. PMID: 31930122; PMCID: PMC6942792.
23. Le JT, Rouse B, Gazzard G. Iridotomy to slow progression of visual field loss in angle-closure glaucoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6(6):CD012270. Published 2018 Jun 13. doi: 10.1002/14651858.CD012270.pub2.
24. Liu YM, Hu D, Zhou LF, et al. Associations of lens thickness and axial length with outcomes of laser peripheral iridotomy. *Int J Ophthalmol*. 2021 May 18;14(5):714-718. doi: 10.18240/ijo.2021.05.11. PMID: 34012886; PMCID: PMC8077006.
25. Mou DP, Liang YB, Fan SJ, et al. Progression rate to primary angle closure following laser peripheral iridotomy in primary angle-closure suspects: a randomised study. *Int J Ophthalmol*. 2021 Aug 18;14(8):1179-1184. doi: 10.18240/ijo.2021.08.07. PMID: 34414081; PMCID: PMC8342280.
26. Ng WS, Ang GS, Azuara-Blanco A. Laser peripheral iridoplasty for angle-closure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15;2012(2):CD006746. doi: 10.1002/14651858.CD006746.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 23;3:CD006746. PMID: 22336823; PMCID: PMC7390262.
27. Nicholas MP, Vaz T, Idrees S, et al. McCannel Suture Technique Resolves Persistent Dysphotopsia Following Laser Peripheral Iridotomy in Phakic Eyes. *J Glaucoma*. 2021 Jul 1;30(7): e344-e346. doi: 10.1097/IJG.0000000000001841. PMID: 33826601.
28. Ono T, Iida M, Sakisaka T, et.al. Effect of laser peripheral iridotomy using argon and neodymium-YAG lasers on corneal endothelial cell density: 7-year longitudinal evaluation. *Jpn J Ophthalmol*. 2018;62(2):216-220. doi:10.1007/s10384-018-0569-6
29. Qiu L, Yan Y, Wu L. Appositional angle closure and conversion of primary angle closure into glaucoma after laser peripheral iridotomy. *Br J Ophthalmol*. 2020 Mar;104(3):386-391. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312956. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31160423.
30. Rouse B, Le JT, Gazzard G. Iridotomy to slow progression of visual field loss in angle-closure glaucoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jan 9;1(1):CD012270. doi: 10.1002/14651858.CD012270.pub3. PMID: 36621864; PMCID: PMC9827451.
31. Shakrawal J, Dada T, Mahalingam K. Multimodality imaging aided diagnosis of early zonular dehiscence following laser peripheral iridotomy. *BMJ Case Rep*. 2020 Aug 25;13(8): e236689. doi: 10.1136/bcr-2020-236689. PMID: 32843464; PMCID: PMC7449267.

32. Yunard A, Oktariana VD, Artini W, et al. Comparison of Intraocular Pressure and Anterior Chamber Angle Changes between Pilocarpine and Laser Peripheral Iridotomy. *J Curr Glaucoma Pract.* 2019 Jan-Apr;13(1):32-36. doi: 10.5005/jp-journals-10078-1245. PMID: 31496559; PMCID: PMC6710935.
33. Wang L, Huang W, Han X, et al. The Impact of Pharmacological Dilation on Intraocular Pressure in Primary Angle Closure Suspects. *Am J Ophthalmol.* 2022 Mar; 235:120-130. doi: 10.1016/j.ajo.2021.06.018. Epub 2021 Jun 29. PMID: 34197780.
34. Xu BY, Friedman DS, Foster PJ, et al. Anatomic Changes and Predictors of Angle Widening after Laser Peripheral Iridotomy: The Zhongshan Angle Closure Prevention Trial. *Ophthalmology.* 2021 Aug;128(8):1161-1168. doi: 10.1016/j.ophtha.2021.01.021. Epub 2021 Jan 23. PMID: 33497730; PMCID: PMC8298586.
35. Yan C, Han Y, Yu Y, et al. Effects of lens extraction versus laser peripheral iridotomy on anterior segment morphology in primary angle closure suspect. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2019;257(7):1473-1480. doi:10.1007/s00417-019-04353-8
36. Yang F, Wu H. Treatment Preferences and Factors Influencing the Management of Primary Angle-Closure Suspect in China: A National Survey Study. *Ophthalmol Ther.* 2024 Jan;13(1):113-125. doi: 10.1007/s40123-023-00828-4. Epub 2023 Oct 24. PMID: 37874535; PMCID: PMC10776512.
37. Young SL, Cheng KKW, O'Connell N, et al. PACS plus criteria: a retrospective cohort review of 612 consecutive patients treated with bilateral YAG peripheral iridotomies. *Eye (Lond).* 2023 Dec;37(18):3834-3838. doi: 10.1038/s41433-023-02626-5. Epub 2023 Jun 20. PMID: 37340048; PMCID: PMC10698168.
38. Yuan Y, Wang W, Xiong R, et al. Fourteen-Year Outcome of Angle-Closure Prevention with Laser Iridotomy in the Zhongshan Angle-Closure Prevention Study: Extended Follow-up of a Randomized Controlled Trial [published correction appears in *Ophthalmology.* 2024 Jan;131(1):126. doi: 10.1016/j.ophtha.2023.10.029.]. *Ophthalmology.* 2023;130(8):786-794. doi:10.1016/j.ophtha.2023.03.024.

FUENTES

1. American Academy of Ophthalmology Laser Peripheral Iridotomy in Primary Angle Closure, Ophthalmic Technology Assessment committee, July 2018. [https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420\(18\)30108-8/fulltext](https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(18)30108-8/fulltext) Accessed 2/2025.
2. American Academy of Ophthalmology, Glaucoma Summary Benchmarks, Preferred Practice Patterns Hoskins Center for Quality Eye Care, 2024. <https://www.aao.org/education/summary-benchmark-detail/glaucoma-summary-benchmarks-2020>. Accessed 2/2025.
3. American Academy of Ophthalmology, Primary Angle Closure (Preferred Practice Patterns), 2024. <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/primary-angle-closure-disease-ppp>. Accessed 2/2024.