

# Comunicación en e-póster

Visión binocular / Refracción / Función visual

17-02-2012 • 10:15 - 10:30 → T 10 • 372

## Diplopía binocular y lentes de contacto

### Autores:

Gómez Sánchez, José María - Valencia <sup>(1)</sup>, Hernández Andrés, Rosa M<sup>a</sup> - Valencia <sup>(2)</sup>, Sañudo Buitrago, Francisco - Valencia <sup>(2)</sup>, Molina Martín, Ainhoa - Valencia <sup>(1)</sup>, Gil Casas, M<sup>a</sup> Amparo - Valencia <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> Unitat d'Optometria, Fundació Lluís Alcanyís, Universitat de Valencia. <sup>(2)</sup> Universitat de València.

### INTRODUCCIÓN

La diplopía binocular es el síntoma de un trastorno neuromuscular que puede estar asociado desde a un leve trastorno motor hasta diferentes etiopatogenias.

El tratamiento dependerá de su etiología. Si la causa es patológica o traumática, serán los oftalmólogos, traumatólogos u otros médicos especialistas los responsables de su tratamiento. Ante otras causas, o cuando el tratamiento médico ha llegado a su límite, los ópticos-optometristas son los profesionales más adecuados para su tratamiento.

Las opciones terapéuticas optométricas utilizadas en estos casos son normalmente los prismas montados en gafas asociados o no a terapia visual, rara vez las lentes de contacto.

Con lentes de contacto, solo se pueden compensar pequeñas forias verticales, de alrededor de 3D BI, pero gracias a las ventajas que se pueden obtener, sobre todo en anisometropías, merece la pena tener en cuenta esta opción terapéutica.

El caso presentado es el de un hombre que nunca había sido usuario de gafas, hasta que, a consecuencia de un problema patológico, se le manifiesta una diplopía binocular. La

inadaptación a sus gafas con prismas nos hace pensar en otras posibles opciones de tratamiento.

### HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 46 años que refiere visión doble constante en visión lejana. Ha usado distintas graduaciones prismáticas pero con ninguna consigue visión única.

Padece una coriorretinopatía central serosa en AO que se le manifestó hace 18 meses, con mayor afectación en OD. En tratamiento desde entonces por su oftalmólogo.

Hace 16 años le realizaron un triple bypass coronario por depósitos de triglicéridos.

Antecedentes familiares tanto oculares como generales sin interés.

En la actualidad usa gafa con la siguiente graduación:

		D	AV
OD	+0.25 Esf. -0.50 Cil. a 85°		1.0+
OI	-0.25 Cil. a 35°	4DBN	1.2

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

Queratometría:

OD: 8.10 X 8.04 a 56°

OI: 8.07 x 7.97 a 178°



Refracción:				Rb	$\varphi'$	$\phi$	D
	D	AV	AVB	OD: 8.70 mm	+0.50 Esf.	-0.75 Cil. a 90°	14.50 1DBI
OD	+0.50 Esf. -0.75 Cil. a 95°	2DBI	1.2	1.5	Desde el primer momento, manifiesta no ver doble y encontrarse mejor visualmente.		
OI:	Afocal	2DBN	1.2	A la semana de uso, dice ver doble solo ocasionalmente. Se le aconseja que realice ejercicios con Bar Ready y Cordel de Brock.			

Pruebas complementarias:

Retinografía y OCT:

Confirman diagnóstico de coriorretinopatía central serosa.

Rejilla de Amsler y campimetría:

Pequeño escotoma perifoveolar.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se adapta una lente de contacto blanda tórica de reemplazo mensual de hidrogel de silicona en OD con los siguientes parámetros:

A los 3 meses de uso, sigue viendo doble, pero en muy raras ocasiones.

### CONCLUSIONES

Las lentes de contacto con prisma de balastro pueden ser una buena opción para compensar pequeñas forias verticales, según nuestra experiencia, de hasta alrededor de 3 D; ya que, a partir de estas dioptrías prismáticas, puede estar comprometida la fabricabilidad y, sobre todo, la estabilidad y tolerancia.