

Comunicación en e-póster

Patología / Farmacología

18-02-2012 • 11:00 - 11:15 → T 6 • 049

Diplopía monocular bilateral en síndrome de párpado flácido

Autores:

Llompert Pou, Rafael - Palma de Mallorca ⁽¹⁾

Instituciones: ⁽¹⁾ Centro de Optometría y Contactología.

El síndrome de apnea del sueño se caracteriza por episodios repetidos de colapso parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño. Dicho síndrome afecta más frecuentemente a varones obesos de edad media, llegando a ser su prevalencia del 4%.

Los trastornos oculares asociados son: síndrome de párpado flácido, glaucoma, neuropatía óptica isquémica y papiledema. Se han relacionado con el síndrome de párpado flácido las siguientes alteraciones oculares: conjuntivitis papilar crónica, hiperemia bulbar inespecífica, pseudoptosis, queratopatía punteada superficial y mucosidad lagrimal matinal. La historia ocular puede estar relacionada con blefaritis anterior y posterior, orzuelos, chalacios y queratocono. Clínicamente nos encontramos con una marcada hiperlaxitud palpebral, irritación ocular crónica no específica, así como sensación de cuerpo extraño y fotofobia. El signo clínico más característico es la fácil e incluso espontánea eversion del párpado superior.

La patogenia de esta hiperlaxitud palpebral no es bien conocida, así como tampoco su nexo de unión con el síndrome de apnea del sueño.

El tratamiento ocular inicial consiste en la lubricación y protección de la superficie ocular, y en casos recalcitrantes se utiliza cirugía, bien mediante resección de los bordes palpe-

brales o bien mediante el estiramiento lateral palpebral en el canto externo.

Destacamos que la gran mayoría de pacientes con síndrome de párpado flácido presenta apnea del sueño, por lo que también resulta de suma importancia tratar el síndrome de apnea del sueño, ya que es un problema potencialmente mortal, vinculado a hipertensión pulmonar e insuficiencia y arritmia cardíaca.

Presentamos un caso de un varón blanco de 49 años que acude a nuestro centro aquejado de diplopía vertical monocular bilateral desde hace unos 4 años. Ha sido intervenido en dos ocasiones de resección palpebral bilateral por síndrome de párpado flácido y utiliza lubricantes oculares con asiduidad. Está en tratamiento por síndrome de apnea del sueño, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y depresión, no manifiesta antecedentes familiares destacables y desconoce padecer algún tipo de alergia.

En exploración se aprecia una agudeza visual con corrección cercana a la unidad en ambos ojos, aunque con marcada diplopía vertical unilateral. La motilidad ocular extrínseca e intrínseca está intacta, no presenta epitelopatía alguna, su PIO es de 16 mm Hg en ambos ojos y su fondo de ojo es completamente normal, sin signos de retinopatía diabética o hipertensiva.

Las topografías corneales muestran claramente el origen de su sintomatología, con un patrón de dobles ectasias verticales unilaterales en ambos ojos. Se explica condición al paciente ofreciéndole como opción óptica la adaptación de lente gas permeable, así como mantener la constante hidratación corneal mediante lágrima artificial y ungüento hidratante nocturno.