XXIII CONGRESO INTERNACIONAL
Optometría, Contactología y Óptica Oftálmica
Optom 2014
Uniendo ideas, creando sinergias.
Madrid
4 al 6 de abril

Comunicación e-póster

VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN / FUNCIÓN VISUAL | Sábado, 5 de abril | 09:20 h | T-13 | ID-00394

CORRECCIÓN PRISMÁTICA EN DESVIACIÓN OCULAR SECUNDARIA A ORBITOPATÍA INFLAMATORIA: CASO CLÍNICO

Autores:

Laura García Montero[1], Cristina Bautista Triviño[1], Rubén Sánchez Jean [1], Lydia Medina Ramírez [1]

Instituciones: [1] *Clínica Universitaria de Optometría de la Universidad Complutense de Madrid*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inflamatorias orbitarias incluyen una amplia gama de trastornos que se pueden dividir en inflamatorios específicos o inespecíficos. Se debe realizar un diagnóstico de exclusión valorando los signos y síntomas característicos de cada tipo.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 60 años de edad que acude a consulta presentando diplopía horizontal en posición primaria de mirada (PPM), aumentando en posición superior de mirada.

Adjunta informes oftalmológicos del Hospital en los que se relata su historia clínica. El paciente acude con diagnóstico previo de conjuntivitis adenovírica de tres semanas de evolución, consistente en visión borrosa, hiperemia y edema conjuntival y palpebral, dolor ocular, diplopía y pérdida de 15 kg de peso.

En su historia médica presenta como antecedentes: exfumador, hipotiroidismo en tratamiento, diabetes mellitus no insulinodependiente, alergia al Yodo y seminoma con orquidectomía hace 4 años.

En la exploración se observaron todos los signos clínicos compatibles con una orbitopatía tiroidea, puntuándose un 7/7 en el score de actividad (CAS) presentando: Agudeza visual 1 en ambos ojos, presión intraocular (PIO): 26 mm Hg, Pupilas isocóricas normorreactivas (PICNR), campo visual y fondo de ojo normal en ambos ojos, Engrosamiento muscular medial y lateral, retracción palpebral superior al limbo, diplopía en todas posiciones de mirada, ojo derecho leves movimientos ojo izquierdo oftalmopléjia y exoftalmos mayores a 3mm.

Ante la sospecha de oftalmopatía tiroidea grave se inició tratamiento con esteroides hasta alcanzar dosis máximas. Al no obtener resultados, valoraron posible asociación paraneoplásica con el seminoma confirmándose al localizar un nódulo hipersecretor.

Se inicia el tratamiento con quimioterapia observando una respuesta favorable en su orbitopatía.

Tras 8 meses de evolución la orbitopatía remite obteniendo CAS: 0/7, fondo de ojo normal, PIO: 14 mm Hg en AO y biomicroscopía normal. Su agudeza visual 1 ambos ojos, diplopía estable en mirada lejana corrigiéndose al elevar el mentón.

EXPLORACIÓN

Realizamos examen optométrico obteniendo refracción para visión lejana que anterior a la orbitopatía según

refiere el paciente, no necesitaba. Los valores de PIO: 10/12 mm Hg, PICNR, visión del color normal, campo visual por confrontación de campos normal, al realizar la motilidad ocular refiere diplopía en supraversión que se acentúa en levosupraversión, al realizar la pantalla de Hess Lancaster y el Cover test observamos diplopía causada por endotropia constante con patrón en A que corregimos mediante compensación prismática de 4Δ BE en PPM.

TRATAMIENTO

Tras evaluar que no hay adaptación prismática, se le colocó en su gafa progresiva prisma de Fresnel de 4Δ BE en OD para valorar adaptación, dado su diferente grado de desviación según la posición de mirada.

EVOLUCIÓN

Al revisar pasados 15 días de uso de corrección prismática, el paciente se presenta optimista con los resultados. Procedemos a prescribir su refracción en lentes progresivas con prisma integrado que le ayudará a realizar con mayor comodidad sus actividades diarias.

CONCLUSIÓN

Nuestra labor como optometristas es saber reconocer los síntomas característicos producidos por oftalmopatías, remitir al oftalmólogo para valoración y en caso de alteración ocular residual compensar mediante corrección óptica.