

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

ID: 03007

PATOLOGÍA SEGMENTO POSTERIOR

HALOSIS ASTEROIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: NOEMÍ SANTALLA RIVERA¹, Narón; GEMMA ESQUIVEL BENITO², Madrid; MARTA GUERRERO CARRETERO², Madrid.

1 - Multiópticas Ferrol; 2 - Hospital Universitario La Paz.

Palabras clave: hialosis asteroide, cuerpo vítreo, enfermedad de Benson.

INTRODUCCIÓN

La hialosis asteroide (HA) fue descrita por primera vez en 1894 por Benson. Se trata de un proceso degenerativo benigno que consiste en la formación de pequeñas opacidades de calcio y fosfato, localizadas en el humor vítreo, con aspecto blanquecino y amarillento y forma esférica. La HA es sensible a los movimientos y evita la gravitación hacia abajo. De etiología desconocida, su prevalencia se sitúa entre el 0.042% y el 1.2% de la población, aumentando con edad. Aparece más frecuentemente en pacientes varones y/o de masa corporal alta, presentándose de forma unilateral en el 75% de los casos. La HA cursa sin síntomas, sin aparición de miodesopsias y sin interferir en la visión. Asociada a otros trastornos como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipidemia.

El mayor inconveniente en HA, suele ser para el examinador, ya que las partículas pueden interferir tanto en la observación fundoscópica como, por ejemplo, en la medida de la longitud axial por biometría. El pronóstico de la condición, en general, es bueno por lo que no se recomienda ningún tratamiento. Si los asteroides fuesen tan grandes que afectasen a la visión o interfiriesen en el tratamiento o diagnóstico de patologías retinianas sería necesario realizar una vitrectomía pars plana. La vitrectomía, podría complicarse debido a la anormal adherencia vítreoretiniana que suele presentarse.

OBJETIVO

Dar a conocer la condición de HA.

Historia clínica: Se presenta un varón de 65 años que acude a consulta refiriendo pérdida de agudeza visual (AV) en ambos ojos (AO). No refiere antecedentes oculares personales, ni familiares. En tratamiento para la hipertensión y la hipercolesterolemia, sufrió un infarto de miocardio hace 10 años.

Exploración clínica: En la exploración preliminar, la motilidad tanto extra como intraocular, y la presión intraocular se encuentran dentro de la normalidad. La AV sin compensación es de 0.5 en el ojo derecho (OD) y de 0.3 en el ojo izquierdo (OI) mejorando hasta 0.6 y 0.40 respectivamente con una refracción de +0.75 Esf -1.50 Cil a 90° para el OD y +0.75 Esf para el OI y adición de +2.75 Esf AO con la que alcanza AV 1.0 en visión cercana.

En la exploración biomicroscópica, pueden observarse conjuntivas y córneas normales en AO, así como escleritis cristalina incipiente en AO. Al realizar retinografía son visibles opacidades blanquecinas y amarillentas localizadas en el humor vítreo, que impiden el correcto análisis tanto de mácula como de nervio óptico en AO, a pesar de lo cual ambos impresionan dentro de la normalidad. ▶

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

▶ **Diagnóstico:** HA.

Tratamiento y evolución: Ya que la observación del fondo de ojo no es posible con detalle debido a la HA y la AV no mejora con compensación, el paciente es derivado al oftalmólogo para que puedan realizarse pruebas complementarias y valorar si la pérdida de AV es solo debida a la catarata.

CONCLUSIÓN

La realización de un examen completo, incluyendo la imagen del fondo ojo, nos ayuda a hacer un mejor diagnóstico de las condiciones de nuestro paciente, pudiendo así derivar a otros profesionales si fuese necesario.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

