

COMUNICACIÓN EN VIDEO

ID: 03026

VISIÓN BINOCULAR / OPTOMETRÍA PEDIÁTRICA

EMPETROPIZACIÓN ASIMÉTRICA EN MICROENDOTROPÍA CON DOMINANCIA ALTERNANTE LEJOS-CERCA

Autores: JUAN DE LA CRUZ CARDONA PÉREZ¹, Granada; TERESA CALEDERÓN GONZÁLEZ², Granada.

1 - Universidad de Granada; 2 - Opto - Centro de Optometría y Terapia Visual.

Palabras clave: microendotropía, emetropización, alternancia lejos-cerca.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento del eje anteroposterior es necesario para un correcto proceso de emetropización. Son diversos los factores que pueden interferir en dicho proceso (privación monocular del estímulo, anisometropía, ambliopía orgánica o estrabismo inducidos) o factores funcionales (p.e. el uso continuado de la visión cercana sin hacer uso de normas adecuadas de higiene visual). Los primeros factores han sido ampliamente estudiados en primates, mientras que los últimos han cobrado interés por el aumento de la miopía por un uso abusivo la visión cercana. El objetivo del presente trabajo consistirá en el estudio histórico y tratamiento de un caso con endotropía infantil parcialmente acomodativa e hipermetropía simétrica, que tras 8 años de tratamiento y estabilizado en una microendotropía alternante (lejos-cerca) y síndrome de monofijación, en el último año y tras la pandemia COVID-19 evolucionó a una anisometropía y exceso de convergencia.

Historia clínica: Paciente con 10 años de edad, diagnosticado y tratado por el mismo centro desde los 2 años por una endotropía (35D) parcialmente acomodativa del OI, hipermetropía de +7.50 D en AO, y supresión como adaptación sensorial. Realizó desde entonces terapia visual pasiva y activa, estabilizándose en

una microendotropía (12D) alternante, con dominancia del OD en cerca y OI en lejos, síndrome de monofijación con 800" de arco de estereopsis. La refracción ha sufrido pocos cambios, siendo la última de +6.75D, con AV de 1.2 en AO. Viene a revisión de su última refracción (hace 12 meses) debido al inminente comienzo del curso escolar y continuar con la terapia visual.

Exploración clínica: Tras el examen visual C/H se detecta una disminución de la AV, más acusada en el OD. Encontramos una refracción de +3.75 D OD y +5.75 D OI, conservando su buena AV. Aunque a nivel acomodativo no se encuentran signos de alteración, se valora bajo cicloplejia para descartar este factor en el cambio refractivo, confirmando la graduación hallada. Se deriva a oftalmología para descartar patología de polo posterior y comprobar la medida del eje anteroposterior, siendo de 22,72 mm para el OD y de 21,77 mm en el OI. Esto confirma un crecimiento asimétrico y mayor para el ojo que utiliza en visión cercana. Al poner la nueva graduación, la microendotropía se descompensa en cerca, llegando a +25D ET' del OI, normalizándose la fusión y estereopsis con una adición de +1.50.

Diagnóstico y tratamiento: El paciente mantiene su diagnóstico, aunque ha evolucionado a una anisometropía y un exceso de convergencia. El OD, que fija ▶

COMUNICACIÓN EN VIDEO

- ▶ centralmente de cerca se comportaba como un “miope” con la anterior graduación, sin acomodar a esta distancia. Con la nueva graduación, tiene que volver a acomodar, y por tanto converger, aumentando la desviación, es por esto que es necesario una adición para estabilizarlo. La línea de tratamiento es seguir con la terapia visual y exámenes mensuales para intentar retirar gradualmente la adición.

CONCLUSIÓN

La dominancia alternante lejos-cerca puede ser un factor emetropizante asimétrico, pudiendo desestabilizar el estado binocular. Sería necesario realizar estudios en este tipo de pacientes o de la evolución del eje antero-posterior en pacientes con monovisión.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

