

ID: 20219

REHABILITACIÓN VISUAL DE UNA PARESIA DEL IV PAR TRAS UN ICTUS

Autores:

CARLOS JAVIER HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ. Clínica Oftalmológica Ribera CMVCARIDAD. Murcia. España.

Tipo de comunicación:

Comunicación en e-póster

Área temática:

VISIÓN BINOCULAR Y OPTOMETRÍA PEDIÁTRICA

Subárea temática:

Rehabilitación, Terapia Visual y Ortóptica

Palabras clave:

Terapia visual, paresia oculomotora, prismas

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:

La paresia del IV par craneal es una de las posibles consecuencias del accidente cerebrovascular isquémico (ACV). El principal síntoma que presentan estos pacientes es la diplopía vertical. Este tipo de estrabismos no se suelen intervenir quirúrgicamente antes de los 6 meses tras el ACV puesto que el ángulo es variable. Durante ese periodo de seguimiento, el paciente requiere de oclusión alterna, que imposibilita la visión binocular, o de un tratamiento pasivo con prismas que no siempre es efectivo. En los últimos años, el avance científico en cuanto a la rehabilitación sensoriomotora del sistema binocular ha planteado que la terapia visual ortóptica puede ayudar a estos pacientes mejorando el sistema oculomotor y vergencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente varón de 61 años que sufrió un ACV isquémico hace 4 meses con posterior aparición de diplopía binocular. En tratamiento con anticoagulantes, no se realizó neurocirugía. Acaba de terminar rehabilitación con logopedia. Persiste alteración leve en la movilidad al caminar. No otras secuelas. Exploración oftalmológica previa sin hallazgos patológicos de interés. Realiza oclusión total alternante desde hace 4 meses.

COMUNICACIÓN e-POSTER

Exploración clínica:

SUBJETIVO

OD: +1.00 -0.50 x 95° con AV 0.96

OI: +1.00 -0.75 x 80° con AV 0.94 :

COVER TEST: LEJOS: 10Δ hiperT OI + 2 ET Δ / CERCA: 10Δ hiperT OI

FILTRO ROJO: 12Δ Base inferior OI consigue haplopi

MOE: Incomitancia. Aparece XT en supravisión. Limitación del oblicuo superior del OI en infradextroducción. Hiperfunción del oblicuo inferior del OI en dextroversión.

TNO: No estereo ni fusión plana.

Diagnóstico: La hipertropía del OI junto a la limitación en la posición aislada del oblicuo superior y la hiperfunción del oblicuo inferior en mirada a la derecha son compatibles con una paresia del IV par craneal. La similitud entre el ángulo subjetivo y objetivo, junto a la posibilidad de compensar la diplopía con prisma, muestran correspondencia sensorial normal. Por lo tanto, el diagnóstico que recibió el paciente fue de paresia del IV par craneal del adulto por ACV.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

El tratamiento consistió en 8 sesiones de terapia visual divididas en dos fases. La fase 1 consistió en terapia oculomotora con cartas ARB, *eye-tracker* y *apps* en *Tablet*; ejercicios antipresión y de vergencias vertical con anaglifos y cordón de brock. Para facilitar la fusión se realizaron los ejercicios binoculares con un prisma compensatorio en consulta. A los dos meses se estabilizó el ángulo en 4-6Δ hiperT OI y se inició la fase 2. En esta fase, se prescribió un prisma de *press-on* de 4Δ junto a terapia de vergencias y estereopsis con un *software* de entrenamiento dicóptico. Tras dos meses, el paciente conseguía fusión estable en campo libre a todas distancias y una estereoagudeza de 480´´.

CONCLUSIONES:

La rehabilitación mediante prismas y terapia visual puede ser útil para manejar algunos casos de paresias oculomotoras por un ACV en los que la cirugía no está indicada, evitando así la oclusión alterna y priorizando los tratamientos quirúrgicos para estrabismos de mayor severidad.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



PARTNER
PREFERENTE

