

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

**VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN /
FUNCIÓN VISUAL**

ID: 1323

Caso clínico de espasmo acomodativo unilateral

➤ Autores: Marc Martínez Puente¹, Xènia Sans Niubò¹, Cristóbal Pérez De la Torre¹, Cristina Baena Gonzalo¹, Clara Berrozpe Villabona¹, Cecilia Gómez Gutiérrez¹, Lorena Castillo Campillo¹

¹Institut Catala de Retina.

INTRODUCCIÓN AL CASO

La triada de miopía elevada, miosis pupilar y limitación uni o bilateral de la abducción debe hacernos sospechar un espasmo acomodativo. Dicha patología puede tener una etiología orgánica, farmacológica o funcional y lo más frecuente es que se trate de una forma bilateral. El espasmo de origen funcional se da sobretodo en jóvenes, con una presentación clínica en forma de "ataques intermitentes" y puede asociarse con cefalea, fotofobia, disminución de agudeza visual (AV) de lejos y cerca, baja concentración y diplopía.

HISTORIA CLÍNICA (PRESENTACIÓN DEL CASO)

Se trata de una niña de 12 años sin antecedentes personales de interés remitida al departamento de Neuro-oftalmología por disminución de visión de ojo izquierdo (OI) y diplopía fluctuante durante el día, tras haber presentado un traumatismo craneal contuso leve.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

La exploración realizada objetivó: Refracción subjetiva en ojo derecho (OD) 180° -0.50 +1.00 con

AV de 1,2, y en OI 10° -1.00 -5.75 con AV 0,3, miosis de ojo izquierdo (test de apraclonidina 0,5% negativo), dudosa limitación de recto lateral izquierdo al realizar la exploración de la motilidad ocular extrínseca, endotropía brusca de OI al realizar levoversión, y endotropía de OI al ocluir el OD al realizar el cover test, segmento anterior y posterior sin hallazgos patológicos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó RM orbitaria y craneal sin alteraciones reseñables y la refracción con atropina en ambos ojos fue en OD +1.00 con AV 1.0 y en OI 170° -0.50 +1.50 con AV 0,1.

DIAGNÓSTICO

La orientación diagnóstica fue de espasmo acomodativo unilateral en OI de etiología funcional.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió realizar tratamiento, prescribiendo una pauta con colirio ciclopléjico en OI cada 12 horas durante un mes y se recomendó valoración por psicología. La paciente acudió a control sin presentar mejoría de los síntomas. Se decidió



Sesión 7



Sábado, 14
de abril



10:00 h a 10:15 h



Terminal
13



entonces realizar una pauta con colirio de atropina en OI cada 12 horas durante 1 mes. En la visita de control una semana tras haber finalizado el tratamiento, la paciente presentaba resolución de los síntomas y en la exploración oftalmológica se objetivó: Refracción subjetiva en OD +0.50 AV 1,2 y en OI 70° -0.25 +0.50 AV 0,9, resolución de la miosis de OI (anisocoria OD < OI constante en luz y oscuridad, reactividad normal), ausencia de limitación en la motilidad ocular extrínseca y ortotropía en el cover test.

CONCLUSIÓN

El espasmo acomodativo unilateral es un cuadro clínico muy poco frecuente, pudiendo imitar otras patologías como estrabismo convergente y defectos refractivos como la miopía. Sospechando y reconociendo esta entidad se evitaría someter al paciente a tratamientos erróneos como la compensación de la ametropía producida por este fenómeno.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

