

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

**VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN /
FUNCIÓN VISUAL**

ID: 1337

¿Pérdida visual inexplicable?: a propósito de dos casos de espasmo acomodativo y espasmo del reflejo de cerca

➤ Autores: Celeste Marina Verde¹, Inmaculada Fernández Sotillo¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor.

INTRODUCCIÓN AL CASO

Existen pacientes con disminución de agudeza visual y/o alteración del campo visual en ausencia de patología ocular que lo justifique. Presentamos dos casos en pacientes jóvenes con alteraciones en la visión y campimétricas, con exploración oftalmológica normal, cuyo manejo refractivo es fundamental para su diagnóstico.

HISTORIA CLÍNICA

El primer caso corresponde a una niña de 12 años que acude por disminución progresiva de visión y cefaleas de tres años de evolución. Aporta resonancia magnética (RMN), electrooculograma, electroretinograma y potenciales evocados visuales siendo los resultados normales. El segundo caso se trata de un paciente de 30 años que refiere disminución de visión desde hace tres años, acompañado de mareos y alteración de la personalidad.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Ambos pacientes tuvieron una exploración oftalmológica de polo anterior y posterior normal. En ambos casos, la agudeza visual estaba disminuida: el primer paciente alcanzaba sin corrección

0.1 decimal que mejoraba a 0.3 con una refracción de -8.25 D para OD y -9.00 D para OI. El segundo paciente pasaba de cuenta dedos a 1 metro a 0.2 decimal con -5.50 D en ambos ojos. Este último paciente además presentaba una endotropía de 25 DP acompañada de una limitación en la abducción de ambos ojos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En ambos casos, se sospechó de simulación y se pidió campimetría Humphrey (CV). El CV del primer caso mostró una reducción concéntrica en ambos ojos y en el segundo caso, los CVs estaban completamente abolidos. Dichas alteraciones campimétricas no se corresponden con la ausencia de patología ocular. En ambos casos, la clave fue la refracción bajo cicloplejia al obtener hipermetropía de +0.50D en el primer caso y de +1.50 D en el segundo caso. La diferencia entre ambos casos fue la presencia de miosis pupilar más marcada en ojo izquierdo en nuestro segundo paciente.

DIAGNÓSTICO

En nuestro primer caso, la disminución de agudeza visual y reducción concéntrica del campo



Sesión 8



Sábado, 14
de abril



10:15 h a 10:30 h



Terminal
2



visual es debido a un espasmo acomodativo (EA) que queda manifiesto al comparar la refracción subjetiva sin y con cicloplejia de la paciente.

En nuestro segundo caso, la presencia de miosis, pseudomiopía y limitación en la abducción nos lleva al diagnóstico de un Espasmo del Reflejo de Cerca (ERC).

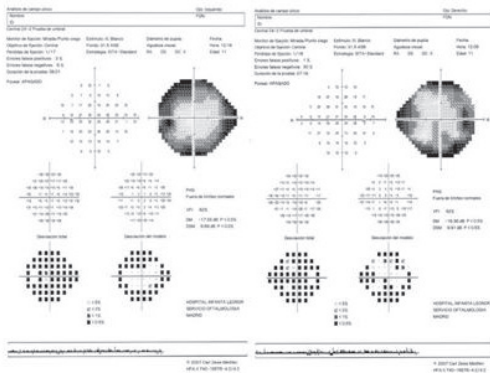
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El EA se trató con gotas de atropina al 1% cada 48 horas y gafas de +2.50D para cerca. La cefalea remitió en las primeras semanas de tratamiento y hubo una mejora progresiva de agudeza visual llegando a alcanzar la unidad. El ERC se trató con atropina al 1%, 3 veces por semana. Se derivó para

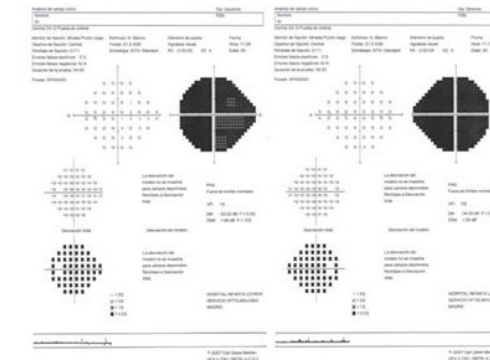
prueba de imagen RMN para descartar patología asociada.

CONCLUSIÓN

Una refracción cuidadosa sin y con dilatación pupilar es básica en el diagnóstico del EA y ERC. Éstas patologías, de origen funcional, pueden provocar disminución de agudeza visual y alteraciones campimétricas. Los EA en niños, se asocian a un alto nivel de autoexigencia. El ERC se asocia a individuos neuróticos y/o con ansiedad, se debe buscar patología neurológica asociada. El signo clave para su diagnóstico diferencial es la miosis pupilar en ERC.



CASO 1



CASO 2

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

