

# COMUNICACIÓN EN PÓSTER

**PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA**

**ID: 1472**

## Exploración optométrica en afectación visual secundaria a tratamiento antiepiléptico. A propósito de un caso

➤ Autores: [Inmaculada Fernández Sotillo<sup>1</sup>](#), [Celeste Marina Verde<sup>1</sup>](#)

<sup>1</sup>Hospital Infanta Leonor.

### INTRODUCCIÓN AL CASO

La epilepsia es un trastorno que cursa con una serie de crisis debidas a la actividad descontrolada de las neuronas. Éstas crisis ocurren cuando los cambios permanentes en el tejido cerebral, hacen que el cerebro esté demasiado excitable o irritable, de forma que envía señales anormales que ocasionan convulsiones repetitivas e impredecibles. Las principales formas de tratar la epilepsia son el tratamiento farmacológico, la cirugía de la epilepsia, la dieta cetogénica, el estimulador vagal y el tratamiento hormonal.

### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 18 años que acude al servicio de oftalmología de nuestro hospital por pérdida de agudeza visual (AV) inespecífica. La paciente no asocia su baja AV a nada y sólo refiere tratamiento farmacológico con *Lamotrigina* y *Depakine*, ambos clasificados como fármacos anti-epilépticos (FAE).

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

En las tres primeras visitas, la paciente presenta una AV de 0.2 *Snellen* en ojo derecho (OD) y 0.1 ojo izquierdo (OI). Se comprueba refracción

ciclopléjica para descartar un defecto refractivo que justifique dicha AV y se realiza fondo de ojo que muestra una leve palidez papilar en ambos ojos (AO).

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y DIAGNÓSTICO

Ante la normalidad de todas las exploraciones realizadas, se solicita por el servicio de neurología resonancia magnética (RM) y electroencefalograma (EEG) y potenciales evocados visuales (PEV), campimetría y tomografía de coherencia óptica (OCT) por el oftalmólogo, resultando todas ellas normales con el matiz de una variante anatómica en la RM que no justifica la pérdida de AV. Sin embargo, llama la atención la primera exploración optométrica al realizar la campimetría donde la AV se valoró teniendo en cuenta el fenómeno de amontonamiento referido por la paciente obteniendo valores de AV=0.9 AO. Para confirmar esto con una prueba objetiva, se realiza el test de estereopsis Titmus obteniendo 40" (segundos de arco), que equivale aproximadamente a una AV=1.0 decimal. Los CV realizados sólo muestran defectos no congruentes y lo único a destacar en la prueba es la lentitud y falta de atención de la paciente al realizarla.



**Sesión 6**



**Viernes, 13**  
de abril



17:45 h a 18:00 h



**Terminal**  
12



## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento inicial de la epilepsia siempre debe ser el FAE cuyo objetivo es controlar las crisis. Actualmente los FAE son efectivos en un 70% de las personas pero hay que considerar los efectos secundarios a nivel ocular de esta medicación que van desde cefaleas frecuentes, somnolencia, visión borrosa, diplopia, nistagmo y conjuntivitis.

Esto nos hace plantearnos el examen optométrico de manera distinta a la habitual, comprobando la AV en forma de letras o líneas aisladas para evitar el fenómeno de amontonamiento, revisando siempre la esquiascopia para confirmar

de manera objetiva que no existe un defecto refractivo causa de la mala AV y apoyándonos en pruebas complementarias como el test de esteoreopsis que confirman una AV dentro de valores normales.

## CONCLUSIÓN

debido a que la primera línea de tratamiento de la epilepsia es la farmacológica, es importante valorar los efectos adversos que implican estos fármacos y considerar nuevas estrategias en la exploración de dichos pacientes que evitarían muchas pruebas completentarias a los mismos y al sistema sanitario.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

