

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

OPTOMETRÍA PEDIÁTRICA

ID: 1763

Éxito oftalmológico vs éxito optométrico: a propósito de un caso de cirugía infantil por endotropía y DVD

➤ Autores: [Teresa Calderón González¹](#), [Juan de la Cruz Cardona Pérez¹](#)

¹OPTO Centro de Optometría y Terapia Visual.

INTRODUCCIÓN

El presente caso pone en evidencia las expectativas de éxito en una intervención quirúrgica por endotropía y DVD (Desviación Vertical Disociada), confrontando el manejo oftalmológico único frente al éxito real que se puede conseguir asociando un tratamiento optométrico.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 3 años de edad diagnosticado de hipermetropía (OD+2.50/OI+4.50), endotropía unilateral de OI >15D, ambliopía de OD y chalación recurrente en párpados inferiores en AO. Tratado con antibióticos, Rx OD +0.50/OI+2.00 y oclusiones. A los 5 años es diagnosticado en otro servicio de oftalmología de hipermetropía y astigmatismo (OD+4.25-1.25 175°/OI+4.00-1.00 10°), estrabismo convergente de >45D con pequeña desviación vertical disociada. Es intervenido quirúrgicamente mediante recesión de los músculos rectos medios. A los 13 años llega a nuestra consulta para una revisión porque no ve bien de lejos y tiene dolor de cabeza. Se queja de que no "acierta" en pádel. La madre nos dice que tiene un CI (Cociente Intelectual) por encima de la media y que está adelantado un curso. Rx en

gafas OD +3.75-0.75 160° AV 0.8/OI +4.50-0.75 30° AV 0.9. Usuario de LC blandas con disconfort.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se realiza evaluación optométrica binocular completa. Rx OD +3.25-1.25 150° AV 1.0/OI+4.00-1.00 20° AV 1.2. ET alternante con predominancia de dominancia de OI de 25D en lejos y cerca. Supresión. CSN. Sin estereopsis. AA OD 10D OI 13D. Resto de pruebas normales.

DIAGNÓSTICO

Hipermetropía y Astigmatismo en AO. ET alternante.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se cambia la Rx y se comienza Terapia Visual (TV) con el objetivo de eliminar su estrabismo residual y conseguir binocularidad. Además, adaptamos unas nuevas LC mejorado porte. Se trabaja inicialmente la acomodación, fijación, control oculomotor y supresión biocularmente. En una segunda fase se trabaja fusión periférica primero y después central con vectogramas y regla de apertura, aumentando los rangos de vergencias.



Sesión 3



Viernes, 13
de abril



16:00 h a 16:15 h



Terminal 22

En 6 meses consigue compensar toda su desviación, alcanzando ortotropía. Logra estereopsis en cerca (discriminación de contornos) de 100" de arco y nos proponemos trabajar la estereopsis en base a la evolución del paciente. Después de 3 meses trabajando la percepción estereoscópica en lejos y cerca con el programa Visionary® y test de puntos aleatorios en lejos, consigue 12.5" de arco (discriminación de contornos) y 63" de arco con puntos aleatorios con test de Random Dot.

CONCLUSIÓN

En base a estudios publicados respecto a intervenciones quirúrgicas en casos de endotropía infantil, alcanzar la estereopsis no se plantea como

una expectativa de éxito, incluso la binocularidad es desestimada por parte de los tratamientos oftalmológicos, priorizando la alineación estética frente a la ortotropía funcional. Sin embargo, dar por finalizado un tratamiento sin sondear las capacidades del paciente supone conformarnos con un pseudo éxito que puede condicionar su desarrollo personal y profesional, siendo aún más relevante en pacientes con altas capacidades.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

