



# Disminución de la agudeza visual

E. Arranz-Márquez<sup>a,b</sup>, M. García-González<sup>a,c</sup> y M.A. Teus<sup>a,d,e</sup>

<sup>a</sup>Clínica Novovisión. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. España.

<sup>c</sup>Clínica Rementería. Madrid. España.

<sup>d</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

<sup>e</sup>Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Disminución agudeza visual
- Funduscopia
- Campimetría
- Diagnóstico diferencial
- Tratamiento

## Keywords:

- Decreased visual acuity
- Ocular fundus examination
- Campimetry
- Differential diagnosis
- Treatment

## Resumen

La disminución de la agudeza visual es un síntoma común a numerosas patologías oftalmológicas y neuro-oftalmológicas. El origen de la patología puede localizarse en cualquier punto de la vía visual que dirige el estímulo luminoso desde la superficie ocular al córtex occipital. Es fundamental realizar una anamnesis cuidadosa y una exploración ocular sistemática para orientar el diagnóstico y así evitar exploraciones complementarias innecesarias. Algunas patologías que se acompañan de disminución de la visión presentan un pronóstico visual e incluso vital que depende de lo precoz que sea la instauración del tratamiento adecuado; por tanto, deben ser identificadas y valoradas de forma urgente por oftalmólogos y/o neurólogos.

## Abstract

### Decreased visual acuity

The decrease in visual acuity is a common symptom of many ophthalmologic and neuro-ophthalmologic diseases. The origin of the disease may be located anywhere along the entire visual pathway, from the optic nerves backward to the visual cortex. In order to guide the diagnosis and thus avoiding unnecessary complementary diagnostic tests, careful medical history and complete ocular examination must be performed. Diseases presenting decreased visual acuity must be identified and assessed urgently by ophthalmologists and/or neurologists because visual and life prognosis of some of them are directly related to the rapidity with which appropriate treatment is instituted.

## Introducción

Para que la visión sea nítida es necesario que la luz viaje sin encontrar obstáculos desde la parte más anterior del ojo, la superficie ocular, hasta enfocarse en su región más posterior, la porción externa de la retina, donde los fotorreceptores la transformarán en una señal electroquímica. Después, esta señal debe continuar camino recorriendo de forma organizada toda la vía visual hasta alcanzar los lóbulos cerebrales occipitales.

La función visual incluye la habilidad de discriminación luminosa (diferenciación de brillo, contraste y color), discri-

minación espacial (agudeza visual –AV–, distinción de la distancia y movimiento) y discriminación temporal. Por tanto, la complejidad de la percepción visual radica en que, para poder dotar de sentido a las escenas que nos rodean, es necesario que las señales eléctricas emitidas por los receptores retinianos oculares (conos y bastones) ante el estímulo luminoso sean procesadas por el resto de células nerviosas retinianas y cerebrales, es por esto que la etiología y localización de las lesiones que pueden condicionar una disminución de visión sea tan extensa.

En esta actualización haremos referencia a la disminución de la AV que, por otra parte, es la función visual que se

evalúa con mayor frecuencia en la práctica clínica habitual. Con el término de AV hacemos referencia a la capacidad de discriminación espacial visual, esto es, el ángulo visual mínimo al que dos objetos separados pueden distinguirse (mínimo separable) y la capacidad para reconocer letras o formas, denominados optotipos, progresivamente más pequeños (mínimo legible). La disminución de AV es un síntoma común a numerosas patologías que pueden tener origen en cualquier punto de la vía visual y pueden aparecer a lo largo de toda la vida. Su forma de presentación es muy variable, pudiendo además ser uni o bilateral e ir acompañada o no de otros síntomas oculares y sistémicos.

## Evaluación del paciente

Es fundamental realizar una anamnesis cuidadosa y una exploración ocular sistemática para reducir el listado de diagnósticos diferenciales y evitar así un elevado número de exploraciones complementarias innecesarias.

### Historia clínica

Como en cualquier patología, la anamnesis detallada del paciente supone una fuente de información importante para poder encaminar el diagnóstico y establecer qué exploraciones complementarias son más adecuadas.

### Edad y sexo

Ciertas patologías se presentan típicamente a ciertas edades, así la coroidopatía central serosa suele darse en varones jóvenes; mientras que cataratas, neuropatías ópticas isquémicas, glaucoma, degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y oclusiones vasculares retinianas son más propias de edades avanzadas.

### Antecedentes personales

**Oculares.** Episodios repetidos de pérdida de visión pueden orientar a ciertas patologías como la neuritis óptica o la coroidopatía central serosa. El antecedente de un desprendimiento de retina o neuropatía óptica isquémica en el ojo contralateral deben hacer sospechar la presencia de la misma patología en el ojo afecto de la disminución de AV. Episodios de pérdida de visión transitoria (PVT) pueden preceder el comienzo de una neuropatía óptica isquémica o una oclusión de arteria central de la retina. Un traumatismo ocular puede ser la causa de un desprendimiento de retina o una hemorragia vítrea. Miopía e hipermetropía se relacionan típicamente con ciertas patologías como el desprendimiento de retina o el glaucoma agudo por cierre angular respectivamente.

**Sistémicos.** Hay muchas patologías sistémicas que se acompañan de una disminución de AV, por lo tanto es importante investigar acerca de su existencia. Entre ellas merece la pena destacar: factores de riesgo cardiovascular (en oclusiones vasculares retinianas, neuropatías isquémicas, infarto occipital), enfermedades neurológicas, como desmielinizantes e

hipertensión intracraneal (en neuritis óptica y papiledema), diabetes (relacionada con fluctuaciones visuales, retinopatía diabética e incluso sangrado vítreo), neoplasias (infiltración y compresión directa de la vía óptica, síndromes paraneoplásicos y maculopatía/neuropatía tóxica secundarias al tratamiento oncológico) y antecedente de cirugías recientes y tratamientos farmacológicos en curso (como causa de neuropatías ópticas isquémicas y tóxicas y maculopatías).

### Características de la disminución de la agudeza visual

**Lateralidad.** Son patologías típicamente bilaterales aquellas lesiones que afectan a la vía óptica quiasmática y retroquiasmática. Aquellas patologías que afectan a la vía visual anterior (neuropatías ópticas y patologías que afectan al globo ocular) suelen ser unilaterales de inicio, por supuesto, con excepciones (por ejemplo papiledema, neuropatías hereditarias, tóxicas y metabólicas, catarata, glaucoma y DMAE).

**Síntomas oculares acompañantes.** El dolor ocular, al igual que la hiperemia conjuntival, acompaña típicamente a los cuadros de glaucoma agudo e inflamaciones intraoculares. El dolor ocular asociado a los movimientos oculares es típico de la neuritis óptica, mientras que el irradiado a cabeza y cuero cabelludo es más propio de las neuropatías ópticas isquémicas arteríticas, es también típica la cefalea que sigue a una PVT o aura visual migrañosa o en un papiledema por la hipertensión intracraneal. La pérdida de visión desencadenada por cierta posición de la mirada es típica de neuropatías ópticas compresivas por lesiones orbitarias ocupantes de espacio, que además suelen acompañarse de visión doble (diplopía binocular); la diplopía también suele presentarse ante lesiones compresivas intracraneales. Por tanto, la presencia de dolor ocular intenso y diplopía deben considerarse síntomas de alerta de una patología potencialmente más peligrosa como origen de la pérdida de visión. El antecedente de miodesopsias o fotopsias hace sospechar la presencia de un desprendimiento de retina, y la existencia de metamorfopsias la de una patología retiniana macular.

**Descripción de la pérdida de visión.** Determinar la brusquedad con que se experimentó la disminución de AV y su evolución, quizá sea uno de los pasos más importantes a la hora de orientar la etiología de la misma.

Si la pérdida de visión consiste en borrosidad y además mejora con el parpadeo suele relacionarse con alteraciones en la superficie ocular (ojo seco), estas fluctuaciones de visión (que también se observan en pacientes diabéticos y con esclerosis múltiple) deben distinguirse de las pérdidas agudas de visión transitoria (ver más adelante) que consisten en una pérdida brusca de todo o parte del campo visual de uno o los dos ojos, que son reversibles en menos de 24 horas. En otras patologías, como las neuritis ópticas, el hemovítreo o la coroidopatía central serosa, la alteración visual es reversible, total o parcialmente, pero tarda en recuperarse semanas o meses.

Cuando la disminución de AV se establece de forma brusca, severa y estable, desde un principio debe alertarnos hacia la presencia de patologías graves como son las oclusio-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808770>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808770>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)