

Disminución de la agudeza visual

C. Bonnet, D. Monnet, A. Brézin

Cualquier disminución de la agudeza visual (DAV) obliga a realizar una exploración por un oftalmólogo. Sin embargo, hasta la realización de esta exploración, varios principios generales permiten establecer las principales orientaciones diagnósticas y evaluar el grado de urgencia en relación con las manifestaciones clínicas. La caracterización de la DAV, que puede ser aguda o progresiva, dolorosa o no, con ojo rojo o no, permite completar el marco nosológico. Las DAV acompañadas de eritema y de dolor ocular sugieren una patología del segmento anterior (queratitis, uveítis o glaucoma agudo), una DAV unilateral de instauración súbita sugiere una patología vascular (oclusión venosa o arterial retiniana, neuropatía isquémica), mientras que una DAV progresiva bilateral en ancianos obliga a pensar en cataratas. Las neuropatías ópticas inflamatorias son unilaterales y afectan sobre todo a los individuos jóvenes. Por último, en los ancianos, una DAV acompañada de una visión deformada (metamorfopsias) obliga a buscar una degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cataratas; Oclusión venosa retiniana; Oclusión arterial retiniana; Glaucoma crónico de ángulo abierto; Glaucoma agudo de ángulo cerrado; Queratitis

Plan

■ Introducción	1
■ Disminución de agudeza visual rápida	1
Ojo rojo y doloroso	1
Ojo blanco no doloroso	2
■ Disminución de la agudeza visual progresiva	3
Trastornos refractivos	3
Cataratas	4
Afectación de la mácula y de la retina	4
Afectaciones del nervio óptico	5
■ Conclusión	5

■ Introducción

En este artículo se describen las alteraciones no traumáticas de la función visual.

La oftalmología es una disciplina cada vez más tecnológica en la que los progresos de las pruebas de imagen se aplican sin cesar. Sin embargo, como en todas las disciplinas médicas, la anamnesis y la exploración física del paciente son primordiales y, en ocasiones, ya orientan hacia una etiología precisa. La anamnesis se centra más particularmente en clasificar esta disminución de la agudeza visual (DAV) en aguda o progresiva, transitoria o permanente, dolorosa o no, con ojo rojo o no, y asociada a metamorfopsias (visión deformada), a miodesopsias (« moscas » en el campo visual) o a una sensación de visión doble (diplopía) (Cuadro 1).

■ Disminución de agudeza visual rápida (Fig. 1)

Ojo rojo y doloroso

El dolor es un motivo de consulta frecuente. En caso de ojo rojo asociado, obliga a sospechar una afectación del segmento anterior: queratitis, uveítis o glaucoma agudo de ángulo cerrado. Las conjuntivitis pueden provocar eritema ocular. Ocasionalmente ocasionan molestias oculares de tipo prurito o sensación de cuerpo extraño, asociadas a secreciones en el borde de los párpados, pero no un verdadero dolor [1].

Queratitis

Refleja una afectación de la capa epitelial de la córnea. Existe un círculo periquerático y la prueba de fluoresceína es positiva. Las causas infecciosas son frecuentes y deben sospecharse en particular en los portadores de lentes de contacto. El herpes adopta el aspecto de una úlcera dendrítica o en mapa geográfico y contraindica formalmente la instilación de corticoides hasta que el oftalmólogo no observe la cicatrización (Fig. 1). Si se usan lentes de contacto, siempre hay que sospechar un absceso corneal, bacteriano o parasitario (amebas) [2].

Uveítis

Una uveítis anterior es una inflamación de la úvea anterior: iris y cuerpos ciliares. En la exploración, se observan siempre células en la cámara anterior (efecto Tyndall), precipitados retrocorneales (cuya semiología orienta a menudo hacia una etiología precisa) y, en ocasiones, sinequias iridocristalinas, que pueden causar miosis

o deformación de la pupila, que no se dilata por completo y que adopta un aspecto en « trébol ».

Glaucoma agudo de ángulo cerrado

Existe una hipertonía ocular importante, por bloqueo de la circulación del humor acuoso entre las cámaras anterior y posterior del ojo. La cefalea y los vómitos son frecuentes. En la exploración, se observa, en un paciente a menudo hipermetrope, un ojo rojo con un círculo periquerático, opacidad corneal debida a edema, semimidriasis arrefléxica y una presión intraocular (PIO) muy elevada, con induración del ojo en la palpación. Se debe disminuir enseguida la PIO para evitar la lesión de las fibras nerviosas ópticas. Cuando se observa una induración ocular en la consulta del médico general, se puede realizar la perfusión de acetazolamida intravenosa, antes incluso de la exploración oftalmológica.

Exoftalmos postoperatorio

Se trata de una infección intraocular en los días posteriores a la cirugía. El cuadro consta de dolor ocular intenso con una DAV rápida. El ojo está rojo y, en ocasiones, se observa hipopión. La hospitalización es una urgencia, con toma de muestras de la cámara anterior o del cuerpo vítreo y administración de inyecciones intraoculares e intravenosas de antibióticos de amplio espectro en dosis altas. En un contexto postoperatorio, es una etiología que debe descartarse sistemáticamente.

Cuadro 1.

Orientación etiológica ante una disminución de la agudeza visual.

Uni o bilateral	
Aguda	Transitoria/permanente Ojo blanco/rojo Dolor
Progresiva	

Ojo blanco doloroso: neuritis óptica retrobulbar

Las neuritis ópticas retrobulbares (NORB) son una causa frecuente de DAV en los individuos jóvenes y afectan mayoritariamente a las mujeres jóvenes [3]. La DAV es unilateral, existe dolor que aumenta con la movilización del globo y se observa un defecto pupilar aferente relativo (dilatación paradójica de la pupila afectada durante su iluminación. En el campo visual, se observa un escotoma cecocentral o central. El fondo de ojo (FO) suele ser normal, o se observa un edema papilar en el 30% de los casos. Mediante las pruebas de imagen cerebrales y de los nervios ópticos, se busca una hiperseñal alrededor del nervio óptico afectado. La causa más frecuente de NORB es la esclerosis múltiple [4].

Ojo blanco no doloroso

Transitorio

Una ceguera monocular transitoria (CMT) o amaurosis fugaz sugiere una patología vascular cervical. Se trata de una urgencia diagnóstica, porque tiene el valor semiológico de un accidente isquémico transitorio. En estos casos, la evaluación consta de la realización urgente de una prueba de imagen cerebral y de los vasos cervicales y de pruebas cardíacas (electrocardiograma [ECG], ecocardiografía transtorácica [ETT]), así como de la búsqueda de factores de riesgo vascular (hipertensión arterial [HTA], tabaquismo, diabetes, hipercolesterolemia).

Los eclipses visuales suelen estar relacionados con un edema de papila secundario a hipertensión intracraneal (HTIC). El descubrimiento de un edema de papila bilateral obliga a realizar rápidamente un estudio neurorradiológico. Los escotomas centellantes centrífugos con halos coloreados de duración limitada seguidos de cefalea son típicos de un aura de migraña oftálmica.

En caso de CMT, la exploración del FO dilatado suele ser normal o muestra signos de arteriosclerosis, inespecíficos en los ancianos.

Permanente

Una DAV rápida, permanente, sin dolor ni eritema obliga a sospechar una afectación del segmento posterior.

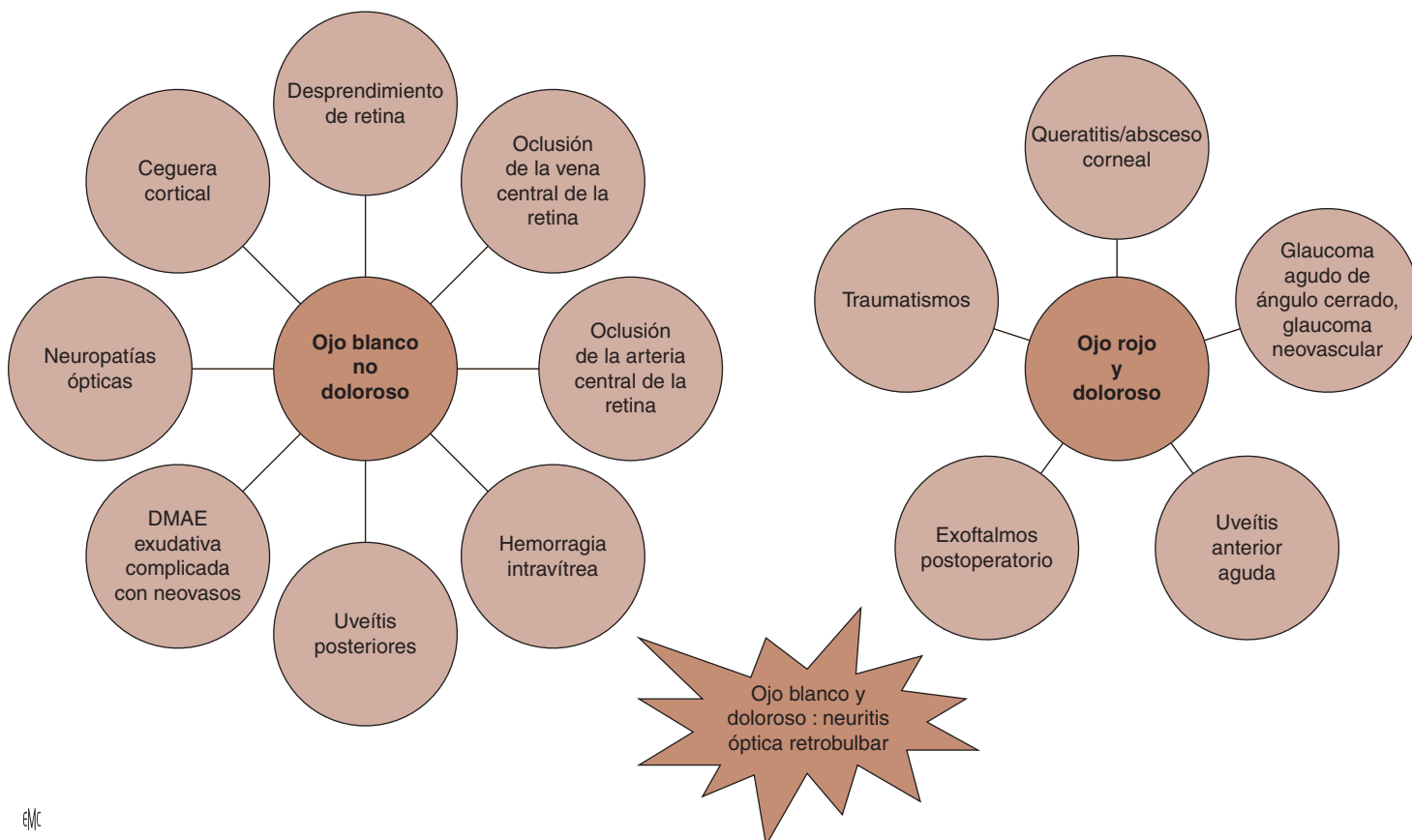


Figura 1. Orientación diagnóstica ante una disminución de la agudeza visual súbita. DMAE: degeneración macular asociada a la edad.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757828>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757828>

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