



ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia



Artículo original

Diplopía binocular en un hospital terciario: etiología, diagnóstico y tratamiento[☆]

P. Merino*, D. Fuentes, P. Gómez de Liaño y M.A. Ordóñez

Sección de Motilidad Ocular, Departamento de Oftalmología, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de marzo de 2017

Aceptado el 31 de mayo de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Diplopía binocular

Estrabismos descompensados

Parálisis nervios craneales

Pruebas de neuroimagen

Resolución espontánea

R E S U M E N

Objetivo: Estudiar las causas, el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de una serie de casos con diplopía binocular.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes referidos a consulta de diplopía del servicio de oftalmología durante un año. La diplopía se clasificó en aguda ≤ 1 mes desde su inicio, subaguda (1-6 meses) y crónica (> 6). La resolución de la diplopía se consideró espontánea si desaparecía sin necesidad de tratamiento, parcial cuando quedaba intermitente y no resolución espontánea cuando se necesitó tratamiento. Se consideró buen resultado cuando desaparecía por completo la diplopía con/sin tratamiento o era intermitente sin afectar a la calidad de vida del paciente.

Resultados: Un total de 60 casos fueron incluidos. La edad media fue 58,65 años (60% mujeres). El 60% fueron agudas o subagudas. La evolución media de la diplopía fue 82,97 semanas. La etiología más frecuente fue isquémica en el 45%. La parálisis del sexto nervio fue el diagnóstico más frecuente: 38,3%, después estrabismos descompensados: 30%. Se encontraron lesiones en las pruebas de neuroimagen en un 17,7%. La resolución espontánea se produjo en un 28,3%. El 53,3% presentó un buen resultado con desaparición de la diplopía al final del estudio.

Conclusiones: Las causas más frecuentes de diplopía binocular fueron las parálisis de los nervios craneales, especialmente del VI, seguidas de estrabismos descompensados. Se encontraron lesiones estructurales en las pruebas de imagen en un porcentaje importante. Solo en un tercio de los pacientes la diplopía se resolvió espontáneamente y la mitad tuvo un mal resultado a pesar del tratamiento.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en el xxv congreso de la Sociedad Española de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica, en León, en abril de 2017.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilimerino@gmail.com (P. Merino).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2017.05.008>

0365-6691/© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Binocular diplopia in a tertiary hospital: Aetiology, diagnosis and treatment

A B S T R A C T

Keywords:

Binocular diplopia
Decompensated strabismus
Cranial nerve palsy
Neuroimaging
Spontaneous resolution

Objective: To study the causes, diagnosis and treatment in a case series of binocular diplopia. **Material and method:** A retrospective chart review was performed on patients seen in the Diplopia Unit of a tertiary centre during a one-year period. Diplopia was classified as: acute ≤ 1 month since onset; subacute (1-6 months); and chronic (> 6 months). Resolution of diplopia was classified as: spontaneous if it disappeared without treatment, partial if the course was intermittent, and non-spontaneous if treatment was required. It was considered a good outcome when diplopia disappeared completely (with or without treatment), or when diplopia was intermittent without significantly affecting the quality of life.

Results: A total of 60 cases were included. The mean age was 58.65 years (60% female). An acute or subacute presentation was observed in 60% of the patients. The mean onset of diplopia was 82.97 weeks. The most frequent aetiology was ischaemic (45%). The most frequent diagnosis was sixth nerve palsy (38.3%), followed by decompensated strabismus (30%). Neuroimaging showed structural lesions in 17.7% of the patients. There was a spontaneous resolution in 28.3% of the cases, and there was a good outcome with disappearance of the diplopia in 53.3% at the end of the study.

Conclusions: The most frequent causes of binocular diplopia were cranial nerve palsies, especially the sixth cranial nerve, followed by decompensated strabismus. Structural lesions in imaging tests were more than expected. Only one third of patients had a spontaneous resolution, and half of them did not have a good outcome despite of treatment.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La diplopía binocular, percepción de 2 imágenes de un solo objeto que desaparece al cerrar un ojo¹, es un síntoma molesto e infrecuente pero potencialmente serio, ya que puede estar originado por procesos patológicos que amenacen la vida y la visión (tumores, aneurismas, hemorragias cerebrales, arteritis de las células gigantes, etc.)²⁻⁵. Su diagnóstico constituye un reto para el oftalmólogo. Es necesaria una evaluación muy ordenada y minuciosa que permita poner de manifiesto la causa de la visión doble, y así proponer las estrategias terapéuticas más acertadas⁵⁻⁷. La diplopía binocular es más frecuente (75-88,5%) que la monocular^{2,8}.

No existen muchos trabajos en la literatura que hayan publicado la incidencia y las causas de la diplopía binocular. Entre sus mecanismos productores destacan la enfermedad del sistema nervioso central (incluyendo las parálisis de los nervios craneales III, IV y VI)⁹, la afección de la unión neuromuscular, muscular y orbitaria y de la visión binocular¹⁰. La mayoría de los casos (53-67%) están causados por las parálisis aisladas de los nervios craneales^{2,3}. Solo aproximadamente un 5% de las diplopías agudas tienen una causa grave subyacente que requiera un tratamiento urgente³. La necesidad de realizar pruebas de neuroimagen es un tema controvertido todavía en la actualidad^{11,12}, ya que una buena anamnesis y un examen clínico ocular y neurológico exhaustivos son capaces de revelar la causa en un 70% de los casos³. El tratamiento de las diplopías binoculares varía desde la oclusión ocular y la toxina botulínica en las fases iniciales, hasta los prismas y la cirugía dependiendo de la magnitud de la desviación en situaciones

crónicas y las lentes de contacto opacas en casos de diplopías intratables¹³⁻¹⁷.

El propósito de este trabajo es estudiar las causas, el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de una serie de casos con diplopía binocular.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con visión doble referidos a la consulta de diplopía del Servicio de Oftalmología de un Hospital General Terciario, durante un periodo de un año. El estudio ha sido aprobado por el comité ético de nuestro hospital, y la recogida de datos se ha realizado de acuerdo al protocolo de Helsinki.

Se incluyeron todos los casos con diplopía binocular que acudieron por primera vez a la consulta remitidos por dicho síntoma. Se excluyeron los casos en los que se demostró diplopía monocular después de la exploración ocular por parte del especialista en neuro-oftalmología y motilidad ocular. Fueron registrados los siguientes datos: edad, sexo y tiempo de evolución desde el inicio de la visión doble hasta la exploración en la consulta de diplopía. La diplopía se clasificó en aguda si había pasado ≤ 1 mes desde su inicio, subaguda (1-6 meses) y crónica (> 6).

Se realizó una anamnesis general y oftalmológica incluyendo la presencia de factores de riesgo vasculares (diabetes, hipertensión, dislipidemia, consumo de alcohol y tabaco, etc.), otros antecedentes personales como neoplasias, traumatismos, enfermedades neurológicas, uso de medicamentos con acción central, estrabismos en la infancia, cirugías oculares

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8791292>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8791292>

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