XXIII CONGRESO INTERNACIONAL
Optometría, Contactología y Óptica Oftálmica
Optom 2014
Uniendo ideas, creando sinergias.
Madrid
4 al 6 de abril

Comunicación e-póster

ATENCIÓN PRIMARIA / SALUD PÚBLICA
Domingo, 6 de abril ▶09:20 h ▶ T-06 ▶ ID-00378

10 IMÁGENES ASINTOMÁTICAS QUE DEBEMOS REFERIR AL OFTALMÓLOGO

Autores:

Itziar Delgado Romero[1], Reyes Navarro Hervás[1], Isabel Zagalaz Cachinero[1], Irene Millan[1]

Instituciones: [1]*Instituto Oftalmológico Fernández-Vega.*

IMÁGENES ASINTOMÁTICAS

Se presentan y describen brevemente 10 patologías oculares, la mayoría asintomáticas en estadios iniciales, que como optometristas y profesionales de la atención visual primaria debido a sus riesgos, debemos detectar y referir al oftalmólogo.

1) Cámara estrecha:

a. Signo: grado II o menor según la estimación de Van Herick

b. Evaluación: con Lámpara de Hendidura (lh), consiste en una sección óptica de 60º, que se enfoca en el limbo. El objetivo es determinar cuánto de cerca se encuentra el iris con relación a la superficie posterior corneal en la zona limbal.

c. Riesgo: puede provocar subida de la presión intraocular (pio) por bloqueo en la salida del humor acuoso.

2) Pseudoexfoliación:

a. Signo: acumulo de material blanquecino sobre la cápsula del cristalino.

b. Evaluación: Con lh, iluminación directa con paralelepípedo, el haz luminoso enfocando en cara anterior de cristalino.

c. Riesgo: factor de riesgo importante para el desarrollo de glaucoma.

3) Huso de krukemberg:

a. Signo: pigmento que se va depositando en todas las estructuras de la cámara anterior y posterior, y sobre todo en las estructuras angulares, obstruyéndolas.

b. Evaluación: Con lh e iluminación difusa o directa enfocando en endotelio corneal.

c. Riesgo: Puede provocar un aumento de la pio.

4) Rubeosis:

a. Signo: aparición de neovasos en la superficie del iris. Relacionado con la retina isquémica.

b. Evaluación: Con lh e iluminación directa, enfocado en el borde pupilar.

c. Riesgo: Puede provocar el estrechamiento de la anatomía fisiológica normal del ángulo, glaucoma neovascular.

5) Tyndall +:

a. Signo: turbidez en cámara anterior por presencia de material inflamatorio.

b. Evaluación: con lh y haz cónico, enfocado en cámara anterior.

c. Riesgo: Pone de manifiesto un proceso inflamatorio. Relacionado con uveítis.

6) Vault 0:

a. Signo/riesgo: Vault: espacio entre la lente intraocular (lio) fáquica de cámara posterior y el cristalino, si este espacio es muy bajo o inexistente provocará una catarata subcapsular anterior producida por el roce de la lente con el cristalino.

b. Evaluación: Con lh e iluminación directa con sección óptica enfocando a la lio.

7) Vault 4:

a. Signos/ riesgo: espacios grandes están relacionados con un cierre de ángulo y posible aumento de la presión intraocular.

b. Evaluación: Con lh e iluminación directa con sección óptica enfocando a la lio.

8) Infiltrados corneales:

a. Signos depósitos subepiteliales, frecuentemente asociados a queratitis adenovíricas.

b. Evaluación: con lh e iluminación difusa y/o directa.

c. Riesgos: pérdida de agudeza visual si no se trata convenientemente.

9) Córnea guttata:

a. Signo: afecta a las células endoteliales de la córnea, aparecen guttas o huecos en el endotelio.

b. Evaluación: Con lh y retroiluminación indirecta.

c. Riesgos: Habitualmente no produce síntomas, pero con el paso de los años puede provocar una disminución de transparencia de la córnea y la consiguiente pérdida de agudeza visual

10) Fibrosis cápsula posterior:

a. Signos / riesgos: complica¬ción postoperatoria más frecuente asociada con disminución de la visión en cirugía de catarata.

b. Evaluación: Con lh e iluminación directa.