

COMUNICACIONES EN PÓSTER

EXPOSITOR N° 8

ATENCIÓN PRIMARIA / SALUD PÚBLICA

ID:745

► Paresia del músculo oblicuo superior en paciente afectada de espondilitis anquilosante.

AUTORES:

Lluís Pérez Mañá¹, Maite Serrano Matas², Mónica García Padro²

¹Parc de Salut Mar ²Área Oftalmológica Avanzada

INTRODUCCIÓN AL CASO

Remarcar la importancia de realizar una correcta anamnesis y observación clínica, para determinar las pruebas determinantes de diagnóstico. En este caso han resultado ser el Cover Test (en las 9 posiciones de mirada), la maniobra de Bielschowsky y la motilidad ocular.

HISTORIA CLÍNICA (PRESENTACIÓN DEL CASO)

Mujer, 34 años de edad, que acude a nuestra consulta refiriendo dolor frontal tras realizar tareas prolongadas en visión cercana (con dispositivos electrónicos). Ocasionalmente visión doble.

Antecedentes personales: diagnosticada en 2012 de espondilitis anquilosante, fibromialgia y artritis.

Antecedentes personales Oftalmológicos: nada relevante.

Antecedentes Familiares Oftalmológicos: abuela materna presenta estrabismo.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

En el examen optométrico se hallan los siguientes resultados (cuadro 1).

En la observación clínica, podemos ver un ligero tortícolis de cabeza e hiperemia conjuntival.

Debido al tortícolis observado, se decidió valorar:

- La desviación en las 9 posiciones de mirada de lejos y de cerca (cuadro 2) de manera objetiva (Cover test) y subjetiva (Maddox).

-La maniobra de Bielschowsky para observar el músculo afecto, considerando la regla de los 3 pasos (cuadro 3).

- La motilidad ocular realizando el seguimiento con una luz puntual (cuadro 4).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PIO Goldman OD 16 mmHg

OI 16 mmHg

Lámpara de hendidura: signos que evidenciaban la existencia de episodios anteriores de uveítis (la paciente únicamente refirió ojo rojo puntual cuando estaba muy cansada)

DIAGNÓSTICO

Paresia del Oblicuo Superior del ojo derecho. Esto ocasionaba un tortícolis y sintomatología asociada en visión próxima. La paciente debido a su patología, no podía compensarlo asiduamente y presentaba diplopía ocasional.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento inicial consistió en prescribir aproximadamente la mitad del valor de la desviación en posición primaria, siendo compensado con un prisma press-on de 3Δ con base inferior en el OD para utilizarlo en tareas de visión próxima durante 3 semanas.

Al cabo de 3 semanas se volvió a reevaluar la desviación, resultando ser la misma aproximadamente en las distintas posiciones. La paciente refirió una mejora significativa en todos los síntomas referidos en la anamnesis y se decidió prescribir finalmente en una gafa definitiva.

Cuadro 1		
AV sc (L y Vp)	OD: 1.0	OI: 1.0
Rx Sx	neutro AO	
Cover test en PPM (Maddox)	Vi 4x y 2 hipertropía del D/I	Vp 4x' y 8 hipertropía del D/I
PPC	15cm/20cm, con Filtro rojo a 40cm doble	
Worth	Vi: 5 luces fusiona con 2Δ BI en OD Vp: 5 luces fusiona con 8Δ BI en OD	
Estereopsis TNO	No presenta. Con la corrección prismática: 480'	
Cuadro 2		
Medida de la desviación realizando Maddox en las 9 PM en Lejos		
2X orto	6X 3D/I hipertropía	4 E 20D/I hipertropía
	2X 3D/I hipertropía	
Medida de la desviación realizando cover test en las 9 PM en Lejos		
4X 2D/I hiperforia	5X 3D/I hipertropía	Orto 20D/I hipertropía
	4X 2D/I hipertropía	3D/I hipertropía
Medida de la desviación con Maddox en las 9 PM en Cerca		
6X 3D/I dextrosuperversión	18X 6D/I superversión	12X 16D/I levosuperversión
6X 6D/I dextraversión	12X 6D/I posición primaria	12X 16D/I levoversión
6X 2D/I infradextroversión	2X 5D/I infraversión	6X 14D/I infralevoversión
Medida de la desviación realizando cover test en las 9 PM en Cerca		
8X 8D/I hipertropía	16X 8D/I hipertropía	11X 20D/I hipertropía
	2D/I hiperforia	
Cuadro 3		
	Cover test	Maddox
Lejos	Hombro derecho: 4X 6D/I hipertropía Hombro izquierdo: 4X 2D/I hiperforia	Hombro derecho: 2X 10D/I hipertropía Hombro izquierdo: 3X 4D/I hiperforia
Cerca	Hombro derecho: 8D/I hiperforia Hombro izquierdo: 1D/I hipertropía	Hombro derecho: 10D/I hiperforia Hombro izquierdo: 4D/I hipertropía



CONCLUSIÓN

La importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración clínica, así como de sistematizar la prueba del Cover test, PPC y motilidad ocular en todas las consultas de optometría.

La espondilitis anquilosante, es una enfermedad autoinmune reumática crónica con dolores y endurecimiento paulatino de las articulaciones de origen desconocido con una

prevalencia elevada en personas de 20-25 años. Afecta principalmente a la columna vertebral, a los ligamentos, en especial en la zona cervical y lumbar. Durante el desarrollo de la enfermedad pueden aparecer también inflamaciones oculares como uveítis anterior o iritis. También puede afectar a órganos como riñones, pulmones y corazón. Dicha enfermedad pueden tener relación con un antígeno, con lo cual puede tener un factor hereditario asociada.