

COMUNICACIONES EN PÓSTER

EXPOSITOR N° 221

VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN / FUNCIÓN VISUAL ID:920

➤ Solución optométrica a un caso de diplopia tras cirugía de desprendimiento de retina con cerclaje.

AUTORES:

María Del Cielo Sánchez-Migallón Carreras², María Angeles Perea Riquelme², Daniel Sánchez Martínez², Paloma Sobrado Calvo¹

¹ Universidad de Murcia ² Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN AL CASO

La cirugía de desprendimiento de retina es una de las más complicadas en el campo oftalmológico; además, el riesgo de recuperación visual es peor cuando esta comprometida la región macular. Se han documentado complicaciones post-operatorias que pueden ser determinantes en la recuperación de la función visual del paciente. El procedimiento quirúrgico más utilizado es el cerclaje y vitrectomía. Entre algunas de las complicaciones postquirúrgicas encontramos la diplopia, la cual puede estar provocada por síndrome de adherencia grasa, estrabismos sensoriales, desplazamientos del tendón del oblicuo superior, explantes esclerales, pliegues retinianos causantes de fovea ectópica y estrabismos previos a la cirugía que se descompensan tras la misma, entre otros. Algunas de estas complicaciones podrían ser resueltas en una segunda intervención, pero ésta podría ser causa de mayores complicaciones y comprometer aún más la función visual del paciente, por lo es conveniente buscar en primer lugar soluciones optométricas (p.ej prismas o terapia visual) para mejorar la sintomatología.

HISTORIA CLÍNICA (PRESENTACIÓN DEL CASO)

Paciente de 47 años con catarata traumática (2009) blanca en OD, que produce una MAVC de PMM y fondo de ojo inexplorable; tras la cirugía, la exploración pone de manifiesto un fondo de ojo normal, con retina aplicada 360° y una AV sin corrección de 0,9 (abril de 2010). El 11/10/10 el paciente acude a urgencias por visión en

cortina OD, presentando MAVC de 0,3 y desprendimiento de retina superior que afecta a mácula. Se realiza intervención quirúrgica mediante cerclaje a 13 mm del limbo anudándose temporal inferior, y vitrectomía pars plana de 23G junto con endofotocoagulación de desgarro a las XII, y de agujeros a las XI y a las II horas. Tras la cirugía, la MAVC OD (con -2,00 cilx70°) = 1,0, retina aplicada 360° y existencia de pliegue macular. El paciente refiere metamorfopsias además de molestias por diplopia monocular y binocular.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Oftalmológicamente, tras la intervención quirúrgica el paciente presentaba, en imágenes obtenidas con tomógrafo de coherencia óptica, un pliegue macular oblicuo en el OD y líquido temporal inferior localizado que disminuye con las revisiones. No se considera una segunda intervención por buena AV.

El 29/03/2012 es remitido a la consulta de Optometría del hospital, en la que se observa MAVC AOs = 1,0. No presenta tropia en ninguna posición de mirada (valorada mediante CT unilateral). La diplopia se explora mediante varilla de Maddox roja en OD sobre su corrección, encontrándose que el valor prismático más bajo que neutralizaba la diplopia en posición primaria de mirada era de 4 d.p. sobre OD, con base a 260°.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se prueba subjetivamente el prisma y el paciente refiere visión simple en todas las posiciones de mirada y mayor comodidad con 2 d.p., por lo que se prescribe prisma de ese valor con base orientada a 260° sobre OD. Actualmente el paciente sigue manteniendo la visión simple con la misma corrección.

CONCLUSIONES

La diplopia ocasionada por el desplazamiento retiniano provocado por el pliegue macular puede resolverse con una prescripción prismática, evitando así una segunda cirugía.