



CASOS CLÍNICOS

AUTOR

Kathryn Saunders: Universidad de Ulster, Irlanda del Norte

PAR REVISOR

Tim Fricke: Universidad de Melbourne, Melbourne, Australia

INTRODUCCIÓN

Los siguientes casos clínicos se basan en casos reales vistos en la consulta y proporcionan una oportunidad para reflexionar sobre el manejo de los niños pequeños en la práctica optométrica.

CASOS CLÍNICOS

1. DAVID

La madre de David trajo a su bebé a revisión de ojos porque está interesada en saber qué tan bien puede ver. El resultado muestra un importante grado de astigmatismo en ambos ojos, pero es tan importante a los seis meses de edad? La estereopsis no pudo evaluarse porque David no tenía la edad suficiente para cooperar con las pruebas de comportamiento disponibles en la práctica. Sin embargo, sí mostró respuestas normales y positivas de ambos ojos al llevar a cabo la prueba del prisma de base 20 dioptrías, lo que demuestra la presencia de la fusión de motora, y su visión era igual en el derecho y el izquierdo y dentro de los límites normales para su edad.

CASO CLÍNICO: DAVID

Edad	6 meses (no hay motivos de preocupación, no hay antecedentes familiares)	
Balance oculomotor	orto	
Visión (cartillas de agudeza de MP de Keeler)	OD: 2.9 cpg (6/60)	OI: 2.9 cpg (6/60)
Estereopsis	No evaluada; R/ + a 20 ^Δ BE	
Defecto refractivo (Retinoscopía bajo ciclopléjia)	OD: +1.25/-3.00x180	OI: +1.50/-3.00x180
Conducta	prescribir?, control?, dejar ir?, remitir?	

CASO CLÍNICO: DAVID

El alto grado de astigmatismo es probable que sea debido a la edad de David, y es de esperar, de acuerdo con la literatura, que disminuirá rápidamente en los próximos meses y años. Sin embargo, si se mantiene en futuras visitas, David estará en mayor riesgo de desarrollar estrabismo y ambliopía.



Figura 11.1 Examinador utilizando el parche para ocluir el ojo que no se está evaluando

CASO CLÍNICO: DAVID

Edad	6 meses (no hay motivos de preocupación, no hay antecedentes familiares)	
Balance oculomotor	orto	
Visión (cartillas de agudeza de MP de Keeler)	OD: 2.9 cpg (6/60)	OI: 2.9 cpg (6/60)
Estereopsis	No evaluada; Respuesta + a 20 ^Δ BE	
Defecto refractivo (Retinoscopía bajo ciclopléjia)	OD: +1.25/-3.00x180	OI: +1.50/-3.00x180
Conducta	Control en un año	

CASO CLÍNICO: DAVID

A los 18 meses, David no muestra ningún error astigmático y es ligeramente hipermetrope, pero no necesita anteojos. Ahora tiene la edad suficiente para cooperar con el estereotest de Frisby y demuestra una respuesta normal para un niño de su edad. Aunque es probable que sea mucho mejor su estereoagudeza que los 600" obtenidos por la prueba. La investigación ha mostrado que los bebés y niños pequeños con visión estereoscópica normal, a menudo no responden positivamente a los objetivos estereoscópicos más finos en el estereotest de Frisby. No es sino hasta cerca de los tres años de edad que se podría esperar de David que demostrara una estereoagudeza superior mediante pruebas comportamentales, como la de Frisby. Es probable que esta discrepancia refleje las demandas cognitivas y de atención del estereotest de Frisby comparado con los protocolos que buscan datos referenciales basados en el laboratorio para la determinación de estereoagudeza de los lactantes y niños pequeños.

CASO CLÍNICO: DAVID

Edad	18/12 (control)	
Balance oculomotor	orto	
Visión (Test de agudeza Cardiff)	OD: 6/6	OI: 6/6
Estereopsis (estereotest de Frisby)	600"	
Defecto refractivo (ciclopentolato al 0.5%)	OD: +2.00 dpt	OI: +2.00 dpt
Conducta	Control de rutina	

CASO CLÍNICO: DAVID



Figura 11.2 utilizando un novedoso par de anteojos con un oclisor para el ojo que no se está evaluando

2. JOHN

Este niño fue traído a un examen ocular de rutina sin motivo de preocupación por parte de los padres. Su hermana tiene anisometropía y ambliopía y estaba en tratamiento con gafas y parches en el hospital local. Los padres de Juan no tenían preocupaciones con respecto a su visión o el desarrollo visual. Sus agudezas visuales monoculares están dentro de límites normales para su edad, la diferencia de agudeza interocular fue significativa (dos tarjetas) y tiene un grado moderadamente alto de astigmatismo. Sin embargo, su respuesta al estereotest de Lang fue nombrar los tres objetivos, lo que sugiere la presencia de estereopsis de por lo menos 500".

CASO CLÍNICO: JOHN

Edad	2 años, no hay motivos de preocupación, hermana con ambliopía	
Balance oculomotor	orto	
Visión (Test de agudeza Cardiff)	OD: 6/12	OI: 6/7.5
Estereopsis (Lang)	Detección de las tres tarjetas	
Acomodación (retinoscopía Dinámica)	normal	
Defecto refractivo (Ciclopentolato 1%)	OD: +3.00/-2.25x170	OI: +2.50/-2.25x175
Conducta	prescribir?, control?, dejar ir?, remitir?	

CASO CLÍNICO: JOHN



Figura 11.3 El examinador realizando la evaluación de la AV con las cartillas de agudeza de Cardiff

Debido a los resultados refractivos y agudeza, se prescribieron anteojos de uso permanente para corregir el defecto astigmático. Se hizo una corrección parcial de la parte esférica de su defecto refractivo (reducción 2dpt de la hipermetropía porque sus respuestas acomodativas con exactas). El control fue programado en tres meses para asegurar el cumplimiento, la adaptación, y para controlar la agudeza visual.

ESTUDIO DE CASO: JOHN

Edad	2 años, no hay motivos de preocupación, hermana con ambliopía	
Balance oculomotor	orto	
Visión (Test de agudeza Cardiff)	OD: 6/12	OI: 6/7.5
Estereopsis (Lang)	Detección de las tres tarjetas	
Acomodación (retinoscopía Dinámica)	normal	
Defecto refractivo (Ciclopentolato 1%)	+3.00/-2.25x170	+2.50/-2.25x175
Conducta	Prescripción OD +1.00/-2.25x170 OI +0.50/-2.25x175	

CASO CLINICO: JOHN

A pesar de que se llamó en repetidas oportunidades, John no volvió a control hasta que cumplió cuatro años de edad y se supo que nunca se hizo su prescripción. Sus padres no creían que sea necesario pues les pareció ver bien al niño y que no tenía signos visibles de mala visión o dificultad visual.

En el control a los cuatro años la visión de John se redujo en comparación con los valores normativos apropiados para su edad y no demostró estereopsis a la evaluación. Su defecto de refracción de astigmatismo e hipermetropía se mantuvo significativo y se prescribieron gafas. Se dio una corrección completa de la corrección de astigmatismo y parcial del elemento de hipermetropía (debido a que la función acomodativa todavía sigue siendo normal, por lo tanto, no se da la corrección hipermetrópica completa). Sus padres eran capaces de apreciar el bajo nivel de la visión demostrada durante la prueba y estaban deseosos de tener los anteojos hechos lo más pronto posible.

CASO CLÍNICO: JOHN

Edad	4 años, nunca le hicieron las gafas	
Balance oculomotor	orto	
AV (LogMAR)	OD: 6/19	OI: 6/19
Estereopsis (Lang)	No se pudo demostrar	
Acomodación (retinoscopía Dinámica)	normal	
Defecto refractivo (1% Ciclo)	OD: +3.00/-3.00x5	OI: +3.00/-3.00x175
Conducta	Prescripción OD +2.00/-3.00x5 OI +2.00/-3.00x175	

CASO CLÍNICO: JOHN



Figura 11.4 Evaluación de la visión binocular con la prescripción en la mente de pruebas

En el control a los tres meses John usa bien los anteojos, los busca al despertar por la mañana y aprecia claramente la mejoría en la visión al usarlos. Su agudeza visual mejoró y pudo identificar a los 3 objetivos en la prueba de Lang. Se le revisará con regularidad para asegurarse que sus agudezas mejoran y permanecen iguales y poner al día su prescripción según se requiera.

CASO CLÍNICO: JOHN

Edad	4 años, ha estado usando la corrección desde hace 3 meses	
AV (LogMAR)	OD +2.00/-3.00x5 6/7.5 N5	OI +2.00/-3.00x175 6/7.5 N5
Estereopsis (Lang)	Detección de las tres tarjetas	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	normal	
Conducta	Próximo control el 6/12	

3. ANN

Ann tenía tres años de edad en su primer examen visual. Sus padres no tenían preocupaciones acerca de su visión o el desarrollo visual a pesar de que reportaron una historia familiar de la hipermetropía. Ella tenía un endoforia con una recuperación lenta en el cover test alternante y la visión del ojo izquierdo estaba reducida considerablemente en comparación con el ojo derecho en una cantidad significativa (0,1 logMAR se considera una diferencia significativa en la agudeza interocular en la prueba logMAR y Ann mostró diferencia logMAR de 0,3). Ella mostró respuestas acomodativas y de estereopsis y pobres. Su refracción bajo ciclopléjia arrojó hipermetropía y anisometropía significativa.

CASO CLÍNICO: ANN

Edad	3 años, no hay motivos de preocupación, papá hipermetrope	
Balance oculomotor	Endoforia de recuperación lenta	
AV (LogMAR angular)	OD: 6/7.5 (0.1)	OI: 6/15 (0.4)
Estereopsis (Frisby)	No hay respuesta	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Respuestas disminuidas	
Defecto refractivo (ciclopentolato 1%)	OD: +3.25 DS	OI: +6.00/-0.75x170
Conducta	prescribir?, control?, dejar ir?, remitir?	

CASO CLÍNICO: ANN



Figura 11.5 El examinador realizando cover test a una niña

CASO CLÍNICO: ANN

Edad	3 años, no hay motivos de preocupación, papá hipermetrope	
Balance oculomotor	Endoforia de recuperación lenta	
AV (LogMAR angular)	OD: 6/7.5 (0.1)	OI: 6/15 (0.4)
Estereopsis (Frisby)	No hay respuesta	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Respuestas disminuidas	
Defecto refractivo	OI: +3.25 dpt	OI: +6.00/-0.75x170
Conducta	Prescribir	

Se prescribieron anteojos para corregir en su totalidad el defecto refractivo de Ann debido a la gran diferencia interocular de agudeza, a la endoforia mal compensada y la función acomodativa pobre.

CASE STUDIES: ANN

Edad	3 años, no hay motivos de preocupación, papá hipermetrope	
Balance oculomotor	Endoforia de recuperación lenta	
AV (LogMAR angular)	OD: 6/7.5 (0.1)	OS: 6/15 (0.4)
Estereopsis (Frisby)	No hay respuesta	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Respuestas disminuidas	
Defecto refractivo (ciclopentolato 1%)	OD: +3.25 dpt	OS: +6.00/-0.75x170
Conducta	Prescripción: OD +3.25 DS OI+6.00/-0.75x170	

Después de dos meses, Ann lleva usa bien sus anteojos y su agudeza visual mejoró en ambos ojos, en comparación a antes del uso de los anteojos. Su madre reporta que ella está mejor en coordinación física, más interesada en los libros y rompecabezas y más atenta desde que tiene los anteojos. Ella todavía no ha demostrado respuesta a la estereopsis y la diferencia de agudeza interocular sigue siendo de más de 0,1 logMAR.

CASE STUDIES: ANN

Edad	3 años, usa la corrección desde hace 2 meses	
Balance oculomotor	endoforia, con buen control	
AV (LogMAR angular)	OD: 6/6 (0.0)	OI: 6/9.5 (0.2)
Estereopsis (Frisby)	No hay respuesta	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Exacta al evaluar con los anteojos	
Conducta	prescribir?, control?, dar de alta?, remitir?	

CASO CLÍNICO: ANN


Figura 11.6 Ann con sus anteojos correctores

Recientes estudios multicéntricos grandes sobre ambliopía sugieren que es importante permitir que mejore la agudeza visual hasta estabilizarse con el uso de la corrección de los anteojos antes de iniciar el tratamiento de la ambliopía. Ann ha mostrado una mejora en la agudeza usando una prueba patrón de oro logMAR apropiada para su edad, se debe continuar monitoreando en espera de una mejoría adicional antes de considerar la aplicación de oclusión.

CASE STUDIES: ANN

Edad	3 años, anteojos en uso desde hace 2 meses	
Balance oculomotor	endoforia, bien controlada	
AV (LogMAR angular)	OD: 6/6 (0.0)	OI: 6/9.5 (0.2)
Estereopsis (Frisby)	No hay respuesta	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Exacta usando los anteojos	

Conducta	Control el 2/12
----------	-----------------

Tras dos meses de uso de los anteojos, Ann ha mostrado una mejoría en la agudeza, pero esta mejora se ha detenido por lo que es probable que requiera tratamiento con oclusión para mejorar aún más su visión del ojo izquierdo. Ella todavía no logra demostrar la función binocular normal por lo cual se justifica la valoración ortóptica.

CASO CLÍNICO: ANN		
Edad	3 años, uso de los anteojos desde hace 4 mese	
Balance oculomotor	endoforia, bien controlada	
AV (LogMAR angular)	OD: 6/6 (0.0)	OI: 6/9.5 (0.2)
Estereopsis	No hay respuesta	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Exacta con los anteojos	
Conducta	Remisión a Ortóptica para tratamiento	

4. CLARE

Clare tiene un alto grado de hipermetropía, pero todas sus funciones visuales aparecen normales.

CASO CLÍNICO: CLARE

Edad	14/12, no hay motivos de preocupación	
Balance oculomotor	endoforia, con Buena recuperación	
AV (Catillas de agudeza de Cardiff)	Binocular 6/7.5	
Estereopsis (Frisby)	600"	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	normal, respuesta rápida – estable	
Defecto refractivo (Retinoscopía bajo ciclopléjia 1%)	OD: + 5.25 dpt	OI: + 5.25 dpt
Conducta	prescribir?, control?, dejar ir?, remitir?	

CASO CLÍNICO: CLARE



Figura 11.7 Clare aceptando el examen optométrico

Debido a su corta edad, puede ser que la hipermetropía de Clare siga disminuyendo y lo ideal es revisar a esta paciente para ver si la emetropización está progresando. Sin embargo, si se mantiene este grado de hipermetropía en un control en tres meses, es probable que no se emetropice, lo cual estaría justificando la corrección en las anteojos para reducir el riesgo de estrabismo y ambliopía. Así se explicó cuidadosamente a sus padres, quienes están deseosos de traerla al control.

CASO CLÍNICO: CLARE

Edad	14/12, no hay motivos de preocupación	
Balance oculomotor	endoforia, con Buena recuperación	
AV (Catillas de agudeza de Cardiff)	Binocular 6/7.5	
Estereopsis (Frisby)	600"	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	normal, respuesta rápida – estable	
Defecto refractivo (Retinoscopía bajo ciclopléjia 1%)	OD: + 5.25dpt	OI: + 5.25dpt
Conducta	Control en 3/12	

**CASO CLÍNICO:
CLARE**

Desafortunadamente, Clare no regresó para su revisión a pesar de los mensajes recordando a los padres, y se quedó sin corregir y más tarde desarrolló un estrabismo. No es posible saber si la corrección temprana habría evitado que Clare desviara los ojos, pero este caso llama la atención sobre las dificultades de garantizar que los padres entiendan la importancia y la necesidad de asistir a control. Tal vez el profesional en este caso no enfatizó lo suficiente la relevancia del alto grado de hipermetropía y su asociación con desviación de los ojos y pobre resultado visual, y los padres no se dieron cuenta de las implicaciones de no volver a asistir? Tal vez el profesional debió haber prescrito los anteojos a los 14 meses, suponiendo que si la emetropización iba a ocurrir, lo debería haber hecho a los 14 meses y que esta paciente había demostrado ya una falla de emetropización? Este caso ofrece la oportunidad para la discusión y el debate - la gestión por parte del profesional y el papel de los padres también puede ser juzgado.

- Nunca regresaron para el siguiente control
- A los 4 años desarrollo estrabismo manifiesto y está en tratamiento en el Hospital Eye Service (HES)



Figura 11.8 Endotropia manifiesta del ojo izquierdo

5. EMILY

Emily tiene síndrome de Down, pero su madre siente que ella ve bien y está más preocupada por la blefaritis de Emily que le causa mucha irritación y es bastante desagradable. Emily es significativamente hipermetrope y muestra la función acomodativa pobre. Su visión está dentro de los límites normales para su edad con la prueba de la agudeza Cardiff y no parece tener estrabismo.

CASO CLÍNICO: EMILY

Edad	17 meses, no hay motivos de preocupación, Síndrome de Down, Blefaritis ++	
Balance oculomotor	orto	
AV (Cartilla de agudeza de Cardiff)	Binocular 6/19	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Disminuida a todos los estímulos de cerca	
Defecto refractivo (ciclopentolato 0,5%)	OD: +4.00dpt	OI: +4.00dpt
Conducta	prescribir?, control?, dejar ir?, remitir?	

CASO CLÍNICO: EMILY



Figura 11.9 Los bordes palpebrales de Emily inflamados como resultado de la blefaritis

A Emily se le dio una corrección para hipermetropía completa, ya que muchos niños con síndrome de Down no pueden acomodar y ni emetropizarse. Los niños con síndrome de Down han demostrado ser altamente dependientes del aprendizaje visual y para ayudar a Emily a ver claramente de lejos y de cerca (donde la mayor parte de su aprendizaje se llevará a cabo) se requiere la corrección de hipermetropía completa. La blefaritis es también común en el síndrome de Down (relacionado con deficiencias inmunológicas) y a los padres de Emily se les dio recomendaciones sobre cómo mejorar la higiene de los párpados.

CASO CLÍNICO: EMILY

Edad	17 meses, no hay motivos de preocupación, Síndrome de Down, Blefaritis ++	
Balance oculomotor	orto	
AV (Cartilla de agudeza de Cardiff)	Binocular 6/19	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Disminuida a todos los estímulos de cerca	
Defecto refractivo (ciclopentolato 0,5%)	OD: +4.00dpt	OI: +4.00dpt

Conducta	Prescripción OD +4.00dpt OI +4.00dpt (+ recomendaciones en aseo palpebral)
----------	--

CASO CLÍNICO: EMMILY	Aunque el cumplimiento en el uso ha sido un poco difícil, con la persistencia de sus padres, la tolerancia de Emily a los anteojos ha mejorado. Como ella no se acomoda bien sin anteojos, es poco probable que la prescripción total sea la causa de la mala tolerancia a los anteojos, como se ha sugerido para un niño con un desarrollo normal y función de acomodación normal. Muchos niños con síndrome de Down se toman un tiempo para tolerar el uso de anteojos, probablemente a causa de problemas de sensibilidad y en adaptación, en lugar de los visuales. En los próximos meses Emily ha mostrado un excelente cumplimiento de uso de anteojos. La función visual y la función acomodativa siguen siendo buenas.
-----------------------------	--

CASO CLÍNICO: EMILY		
Edad	20 meses, control, incremento en el uso de los anteojos	
Balance oculomotor	orto	
AV (Cartilla de agudeza de Cardiff)	Binocular 6/15	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Exacta con los anteojos	
Defecto refractivo (ciclopentolato 0,5%)	OD: +4.00 DS	OI: +4.00 DS
Conducta	Control en 6/12	

CASO CLÍNICO: EMILY	 <p>Figura 11.10 Emily mostrando aceptación en el uso de los anteojos</p>
----------------------------	--

6. MARY

Mary ha estado usando anteojos desde hace muchos años y ha tenido éxito el tratamiento de oclusión para la ambliopía estrábica. Ella usa sus anteojos bien, pero su madre le preocupa que a medida que va progresando a través del sistema educativo, el tamaño y la complejidad de la impresión que tiene que tratar es cada vez visualmente más compleja para Mary. Su madre no reporta ninguna evaluación previa de la capacidad de enfoque y ha vuelto a la consulta para saber más acerca de la capacidad de enfoque de Mary.

Mary muestra acomodación disminuida aún con sus anteojos actuales (los cuales son un positivo total, adecuadamente prescrito) y también agudeza visual cercana disminuida.

CASO CLÍNICO: MARY

Edad	10 años, preocupación por la visión de cerca para el desempeño escolar	
Antecedentes	Anteojos desde los 3 años, No se ha evaluado la acomodación antes	
Balance oculomotor	Endotropia alternante	
Corrección en uso	OD: +2.00 dpt	OI: +2.50 dpt
AV (test LogMAR morfoscópico) con corrección	OD: 3/7.5	OI: 3/7.5
AV de cerca (figuras de Kay morfoscópicas)	Con anteojos binocular 6/24	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	lag 2dpt con anteojos	
Defecto refractivo (ciclopentolato 1%)	OD: +2.00 dpt	OI: +2.50 dpt
Conducta	prescribir?, control?, dejar ir?, remitir?	

CASO CLÍNICO: MARY



Figura 11.11 Mary usando sus anteojos con corrección en bifocal

Después de la discusión con Mary y sus padres, a Mary se le prescribieron lentes bifocales, inicialmente para el uso en la escuela y realizar control en 3 meses. Como se recomienda para los niños, el segmento fue un gran segmento en forma de D, instalado en centro de la pupila.

CASO CLÍNICO: MARY		
Edad	10 años, preocupación por la visión de cerca para el desempeño escolar	
Antecedentes	Anteojos desde los 3 años, No se ha evaluado la acomodación antes	
Balance oculomotor	Endotropia alternante	
Corrección en uso	OD: +2.00 dpt	OI: +2.50 dpt
AV (test LogMAR morfoscópico) con corrección	OD: 3/7.5	OI: 3/7.5
AV de cerca (figuras de Kay morfoscópicas)	Con anteojos binocular 6/24	
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	lag 2dpt con anteojos	
Defecto refractivo (ciclopentolato 1%)	OD: +2.00 dpt	OI: +2.50 dpt
Conducta	Prescribir bifocales OD +2.00dpt OI +2.50dpt ADD +2.50 Control 3/12	

CASO CLÍNICO: MARY	Mary usa sus lentes bifocales tiempo completo en la escuela y la atención y la concentración parecen haber mejorado. Ella está viendo mejor cerca y acomoda bien a través de su segmento bifocal. Mary se revisará de forma rutinaria, así como el uso de los lentes bifocales y su estado acomodativo. Las investigaciones han sugerido recientemente que alrededor de 1/3 de los usuarios de bifocales con síndrome de Down son capaces de dejar el uso de los lentes después de un periodo ya que su función acomodativa mejora.
---------------------------	---

CASO CLÍNICO: MARY	
Edad	10 años, control 3/12, Buena tolerancia de los bifocales en la escuela
AV de cerca (figuras de Kay morfoscópicas)	Con bifocales 6/9 binocular
Acomodación (Retinoscopía dinámica)	Exacta a través de los bifocales
Conducta	Control de rutina