

¿Estos síntomas oculares son comunes o preocupantes?

Publicado el: 29-12-2022

Los síntomas oculares pueden ser difíciles de evaluar sin el equipo necesario, pero el conocimiento de los diagnósticos más comunes y más preocupantes asociados a los síntomas oculares puede ayudar a dirigir el pensamiento clínico, y determinar las estrategias de manejo apropiadas.

Este artículo analiza los diagnósticos diferenciales y el manejo de cinco síntomas oculares comunes que se pueden encontrar en el entorno de la atención primaria, así como las señales de alarma que deben alertar al médico acerca de una patología más preocupante.

Miodesopsias o fotopsias: "Flotadores o destellos"

Las miodesopsias son extremadamente comunes y generalmente secundarias a los cambios relacionados con la edad en la consistencia del líquido vítreo. Las fotopsias, por otra parte, pueden indicar una etiología más grave, porque la tracción vitreorretiniana a menudo es responsable de la percepción de los destellos de luz. La retina es estimulada por la tensión del líquido vítreo tirando de ella y esta estimulación se registra como un destello de luz.

La combinación de las miodesopsias y las fotopsias es altamente predictiva de una etiología más preocupante, como el desprendimiento de retina.

Los factores que antecedieron al inicio de las miodesopsias o fotopsias son clave para identificar qué etiología es más probable.

Pregunte a su paciente si previamente ha experimentado miodesopsias o destellos; cuanto más largos y estables son los síntomas, es menos probable que haya un desprendimiento de retina. Los grandes desprendimientos de retina también pueden causar un defecto en el campo visual, por lo cual los pacientes pueden informar una "sombra" o "cortina" en una parte de su visión, y las pruebas de campo visual de confrontación pueden ser anormales. Los desprendimientos vítreos posteriores no afectan la agudeza visual, pero los desprendimientos de retina pueden disminuir la agudeza si la mácula se ve afectada.

En pacientes que presentan miodesopsias o fotopsias de inicio agudo es sumamente importante referir a un examen de fondo de ojo con dilatación pupilar, porque es imposible diferenciar los dos (desprendimiento posterior vítreo frente a desprendimiento de retina) basados únicamente en los síntomas. Mientras que algunos desprendimientos de retina grandes pueden detectarse en el examen con un oftalmoscopio directo, muchos no se diagnosticarán debido a que el instrumento tiene un campo de visión limitado.

Diagnóstico más común: Desprendimiento vítreo posterior.

Diagnóstico más preocupante: Desprendimiento de retina.

Datos clínicos clave

-

Agudeza de inicio.

- Síntomas concurrentes, como visión reducida, o defecto en el campo visual.

Perla clínica de conocimiento

- Un paciente con aparición súbita de miodesopsias o destellos debe ser referido a un oftalmólogo u optometrista para un examen de fondo de ojo con dilatación pupilar.

Pérdida de la agudeza visual: "Visión borrosa"

La visión borrosa puede resultar del compromiso de casi cualquier estructura dentro del ojo, desde la película lagrimal hasta el nervio óptico. Un error de refracción no corregido es la causa más común de visión borrosa, pero la neuropatía óptica isquémica arterial es una de las causas más graves, ya que, si no se trata rápidamente, tiene el potencial de causar ceguera bilateral.

Los pacientes también suelen informar visión borrosa cuando no pueden describir sus síntomas visuales con mayor precisión. Un síntoma que a veces se enmascara como "visión borrosa" consiste en oscurecimientos visuales transitorios, que generalmente son más preocupantes que la simple visión borrosa. Los oscurecimientos visuales transitorios son un síntoma común del edema papilar y generalmente duran solo unos segundos. El oftalmoscopio directo es útil en el examen clínico de estos pacientes. La magnificación del oftalmoscopio directo se puede utilizar para detectar la pulsación venosa espontánea que, cuando está presente, es un marcador sensible de la presión intracraneal normal.

La metamorfopsia o visión distorsionada es un tipo más específico de visión borrosa que generalmente indica una patología de la retina, ya que la alteración de la matriz del fotorreceptor compromete la calidad de la imagen. El edema macular es una causa frecuente de metamorfopsia en pacientes con diabetes. En pacientes con degeneración macular relacionada con la edad y metamorfopsia de reciente aparición, debe descartarse la presencia de neovascularización coroidea con un examen de fondo de ojo con dilatación pupilar.

En general, las distorsiones monoculares, incluida la metamorfopsia, probablemente se originan en la retina, y las distorsiones binoculares en el cerebro.

Diagnóstico más común: Error de refracción.

Diagnóstico más preocupante: Papiledema.

Datos clínicos clave

- Diferenciar entre visión borrosa, oscurecimientos visuales transitorios y metamorfopsia.
- Descartar afecciones sistémicas, como la arteritis de células gigantes, que generalmente tienen síntomas asociados.

Perla clínica de conocimiento

- La oftalmoscopia directa puede utilizarse para detectar el papiledema, así como para reducir la sospecha de aumento de la presión intracraneal, al confirmar la presencia de pulsaciones venosas espontáneas.

Ambliopía: "Veo doble"

La diplopía a menudo es un síntoma complejo de investigar y puede ser indicativo de afecciones graves.

El primer paso para evaluar la diplopía es establecer que el paciente realmente está viendo dos imágenes. Algunas afecciones refractivas, como el astigmatismo, pueden hacer que el paciente vea una mancha, que puede percibir como dos imágenes. Pida al paciente que describa la orientación de las imágenes: ¿Están desplazadas horizontal, vertical o diagonalmente? La lateralidad de la diplopía también se debe investigar, ya que no hay muchas causas de diplopía monocular, y ninguna etiología pone en peligro la visión.

Una vez que se han establecido la lateralidad y la presencia de diplopía verdadera, se debe preguntar al paciente cuándo inició la diplopía. Una aparición repentina de diplopía constante es la más preocupante, ya que puede indicar parálisis del nervio craneal, enfermedad orbital u oftalmoplejía internuclear. Una parálisis del tercer nervio craneal (nervio motor) que afecta la pupila puede indicar una lesión ocupante de espacio. La diplopía que ocurre al final del día a menudo es causada por pequeñas desviaciones fisiológicas en la alineación ocular, que se vuelven más notorias con la fatiga, y pueden diferenciarse de la miastenia gravis por la falta de afectación del párpado. Si la diplopía empeora al mirar de una manera específica, es más probable que sea patológica y no fisiológica. La presencia de cualquier otro síntoma neurológico debe aumentar la sospecha de una etiología más grave.

La diplopía raramente surge de las estructuras dentro del ojo, por lo que a menudo puede evaluarse en un entorno clínico sin equipo especializado.

Las opciones de tratamiento para la diplopía sintomática, como la oclusión parcial y el prisma de Fresnel, son superiores al parche en el ojo, porque preservan la percepción de profundidad. Estos tratamientos pueden mejorar la calidad de vida de un paciente y pueden ser recetados por oftalmólogos y optometristas.

Diagnóstico más común: Desalineación ocular fisiológica.

Diagnóstico más preocupante: Parálisis del tercer par craneal (nervio motor ocular) que afecta la pupila.

Datos clínicos clave

- Monocular frente a binocular.
-

Desplazamiento de imágenes (horizontal, vertical, diagonal).

- Constante frente a intermitente.
- Empeoramiento con miradas específicas.
- Inicio agudo frente a crónico.

Perla clínica de conocimiento

- En pacientes con diplopía revise las pupilas para descartar diagnósticos que pongan en peligro la vida.

Dolor: "Me duele el ojo"

El dolor relacionado con los ojos es notoriamente difícil de diagnosticar, porque los pacientes pueden describir como "dolor" cualquier cosa, desde resequedad, hasta comezón, o rotura del globo ocular.

Hay tres categorías principales de dolor: Ocular, orbital y periorbital.

Algunos de los tipos más leves de dolor ocular ocurren cuando la superficie ocular está irritada, como en la conjuntivitis o el ojo seco. Los oftalmólogos u optometristas con frecuencia instilarán anestesia tópica en el consultorio, que debe eliminar temporalmente cualquier dolor ocular debido al compromiso de la superficie ocular. La fotofobia puede percibirse como dolor, y a menudo coexiste con un dolor sordo en afecciones inflamatorias intraoculares, como la uveítis. Una sensación de cuerpo extraño, comúnmente denominada "dolor ocular", puede indicar la presencia de un verdadero cuerpo extraño, pero el síndrome del ojo seco a menudo causa la misma sensación en menor grado. El glaucoma de ángulo cerrado causa dolor ocular unilateral severo junto con inyección conjuntival, visión borrosa, y náusea. La causa más grave del dolor ocular es la endoftalmitis, que es más probable que ocurra a los pocos días de la cirugía ocular.

El dolor orbital puede ser difícil de diagnosticar, porque los pacientes pueden tener dificultades para describir la ubicación exacta y la naturaleza del dolor. La neuritis óptica y la celulitis orbitaria son dos causas de dolor orbital que requieren diagnóstico y derivación rápidos. La sinusitis es una causa menos grave, pero extremadamente común, de dolor orbital percibido.

El dolor periorbitario puede ser resultado de celulitis preseptal, infecciones de los párpados, o dermatitis, y es posible diagnosticarlo sin equipo especializado.

Diagnóstico más común: Enfermedad del segmento anterior, como ojo seco.

Diagnóstico más preocupante: Celulitis orbital.

Datos clínicos clave

-

Establecer la categoría del dolor: Ocular, orbital, o periorbital.

- Las pruebas del músculo extraocular pueden ayudar a diferenciar entre el dolor ocular y el dolor orbital.

Perla clínica de conocimiento

- El dolor con el movimiento de los ojos es preocupante, ya que puede sugerir inflamación del nervio óptico, o de los músculos extraoculares.

Epífora: "Mis ojos están llorando"

La epífora es una queja común, especialmente en pacientes de edad avanzada. El grado de la epífora es importante; cuando corre por las mejillas es más probable que tenga origen patológico.

Este síntoma generalmente indica un problema con la superficie ocular, es decir, la córnea o la conjuntiva. Paradójicamente, el síndrome del ojo seco se asocia con lagrimeo, ya que la inflamación estimula el exceso de lágrimas reflejas. La conjuntivitis alérgica es otra causa frecuente de lagrimeo, porque tanto la película lagrimal como la conjuntiva, son muy activas en la respuesta inmune.

La epífora acompañada de dolor a menudo indica un compromiso en el epitelio corneal, como una abrasión o úlcera, y se puede evaluar con colorante de fluoresceína. El desgarro bilateral puede ocurrir incluso con una lesión unilateral, debido a la rotura refleja.

Las irregularidades en los párpados o las pestañas, como el ectropión o la triquiasis, provocan epífora y enrojecimiento debido a que la superficie ocular está crónicamente irritada. También puede ser secundaria a un sistema de drenaje lagrimal bloqueado. La corrección quirúrgica de la malposición del párpado o el bloqueo del sistema lagrimal es invasiva, por lo que los riesgos de la cirugía deben evaluarse cuidadosamente contra la gravedad de los síntomas del paciente.

Diagnóstico más común: El diagnóstico fluctúa entre la conjuntivitis alérgica y el síndrome del ojo seco.

Diagnóstico más preocupante: Úlcera corneal.

Datos clínicos clave

- Procesos inflamatorios a menudo contribuyen a la epífora.
- Evalúe la posición del párpado y el aspecto de las pestañas.

Perla clínica de conocimiento

- La epífora unilateral es más probable que indique una etiología como una úlcera o una

obstrucción del conducto nasolagrimal que requiere de una derivación.

Identificar qué síntomas oculares tienen más probabilidades de estar relacionados con las etiologías preocupantes, es fundamental para un manejo eficaz. Diferentes afecciones pueden causar el mismo síntoma ocular porque el ojo solo tiene un número limitado de respuestas. En general, la enfermedad del segmento anterior causa dolor agudo, fotofobia, epífora y visión borrosa fluctuante. Es más probable que las enfermedades que afectan el segmento posterior causen visión borrosa, miodesopsias o destellos, mientras que la enfermedad orbital a menudo está relacionada con la diplopía de inicio repentino. Pensar de manera probabilística y pronóstica es la mejor forma de clasificar los síntomas oculares comunes.

Fuente: <https://netsaluti.com>