

PÉRDIDA BRUSCA DE AGUDEZA VISUAL



Marta Ramos Bagán
R1 Medicina Familiar y Comunitaria
Tutor: Manuel Batalla Sales
CS Rafalafena

ANAMNESIS



ANAMNESIS

- **Duración:** transitoria (se resuelve antes de 24h) o permanente (se mantiene pasadas las 24h).
- **Rapidez de instauración:** brusca, subaguda o crónica.
- **Dolor.**
- Afectación **monocular o binocular.**
- **Otros síntomas:** alteración del estado general, cefalea temporal, claudicación intermitente, polimialgia reumática, historia previa de miodesopsias o fotopsias, focalidad neurológica...
- **Edad y sexo.**
- **Antecedentes familiares** de enfermedades oculares.
- **Antecedentes personales:** DM, HTA, Dislipemia, tabaquismo, miopía, usuario de lentes de contacto, intervenidos de cataratas...
- **Consumo de fármacos:** tanto orales como en gotas oculares.

EXPLORACIÓN FÍSICA



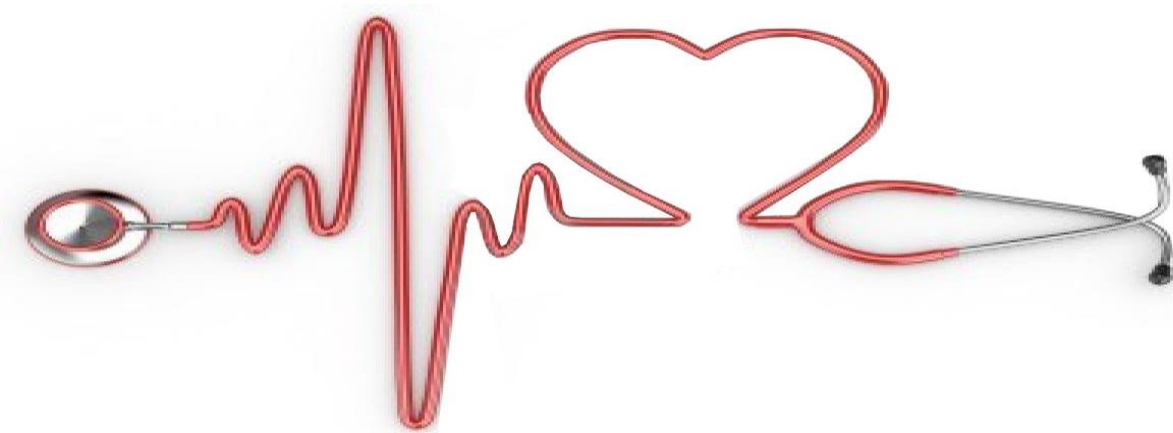
EXPLORACIÓN FÍSICA BÁSICA

CONSTANTES

- Tensión arterial
- Frecuencia cardiaca
- Saturación O₂
- Temperatura
- Glucemia

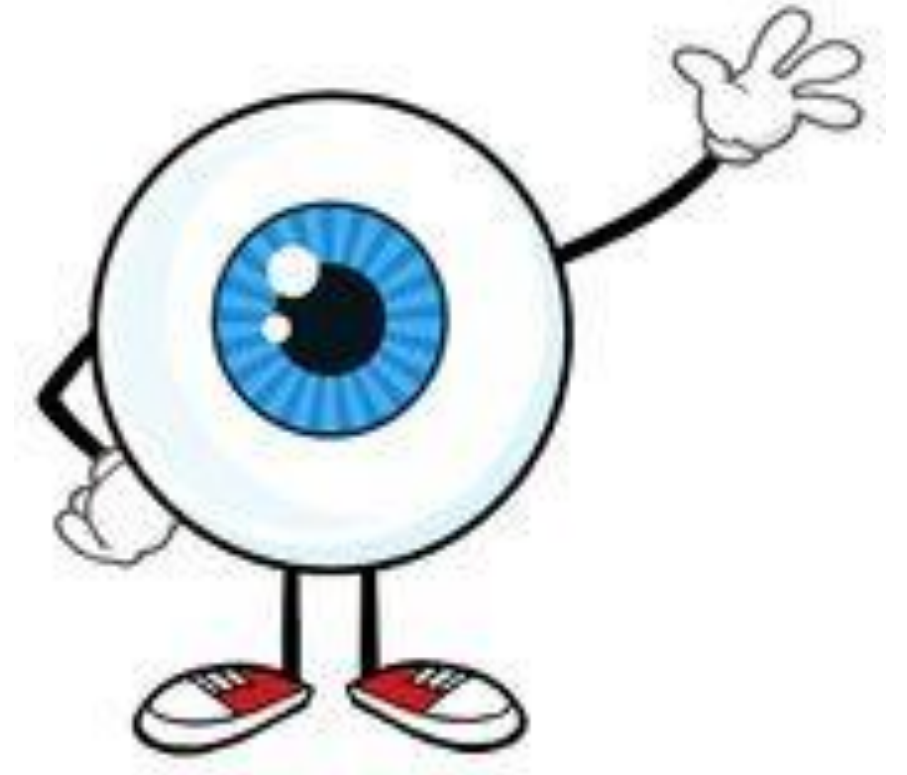
EXPLORACIÓN

- Neurológica
- Auscultación cardiaca y carotídea



EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- Agudeza visual: optotipos.
- Campo visual por confrontación
- Reflejos pupilares
- Motilidad ocular
- Prueba de Amsler
- Fondo de ojo



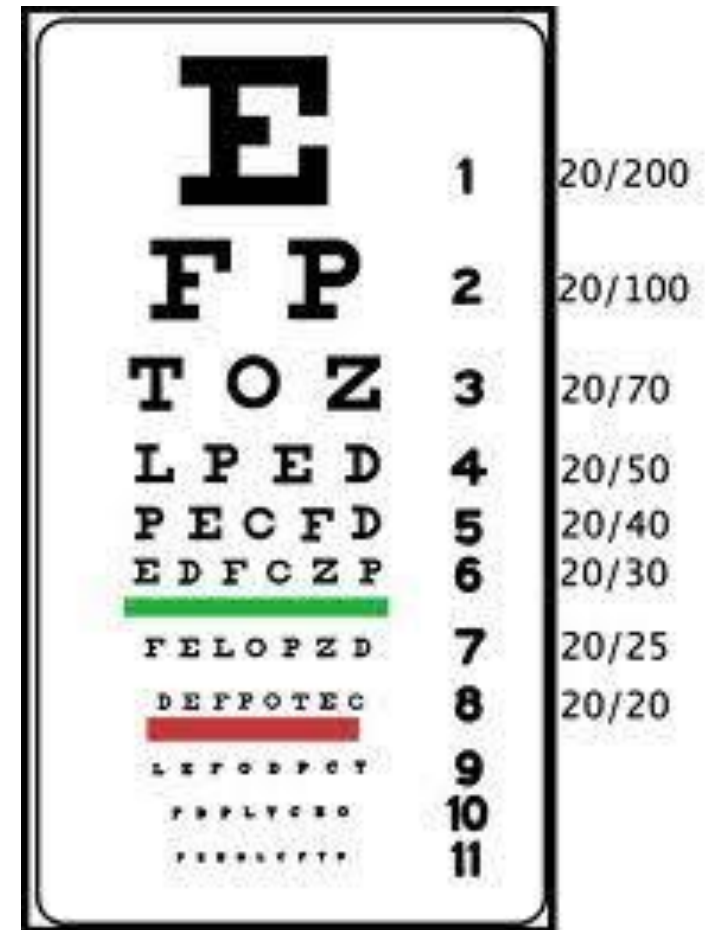
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- **Exploración bidigital**
- Agudeza visual: optotipos.
- Campo visual por confrontación
- Reflejos pupilares
- Motilidad ocular
- Prueba de Amsler
- Fondo de ojo



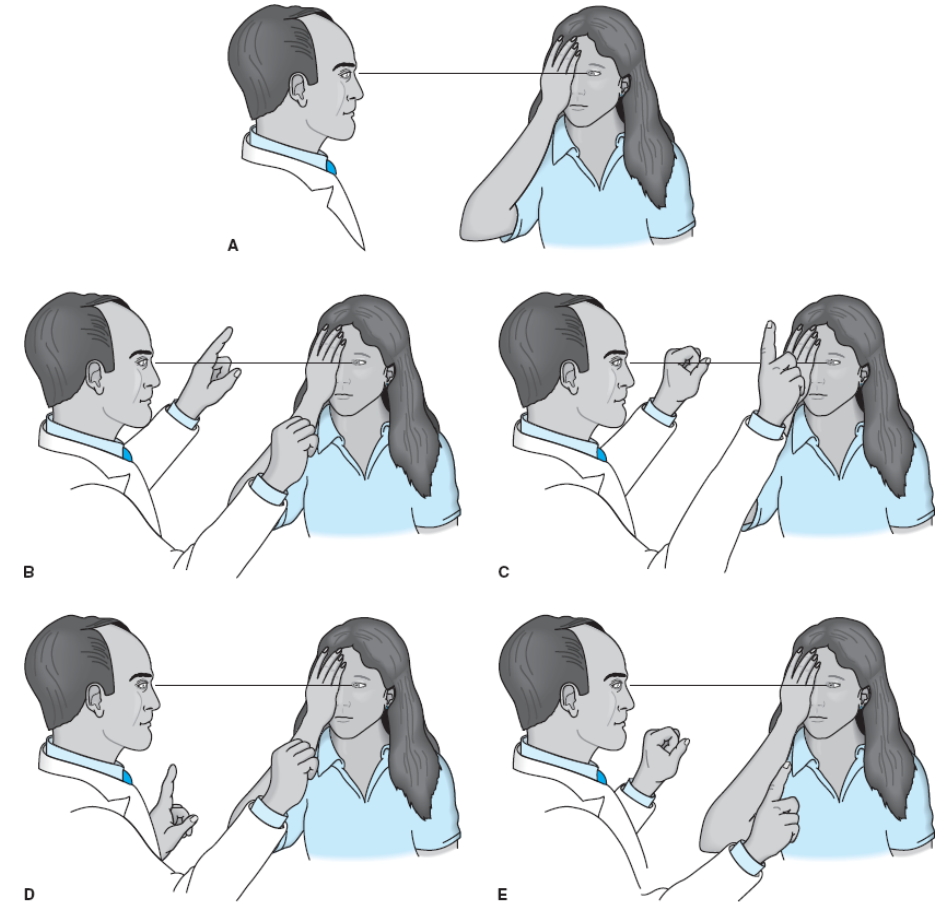
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- **Agudeza visual: optotipos.**
- Campo visual por confrontación
- Reflejos pupilares
- Motilidad ocular
- Prueba de Amsler
- Fondo de ojo



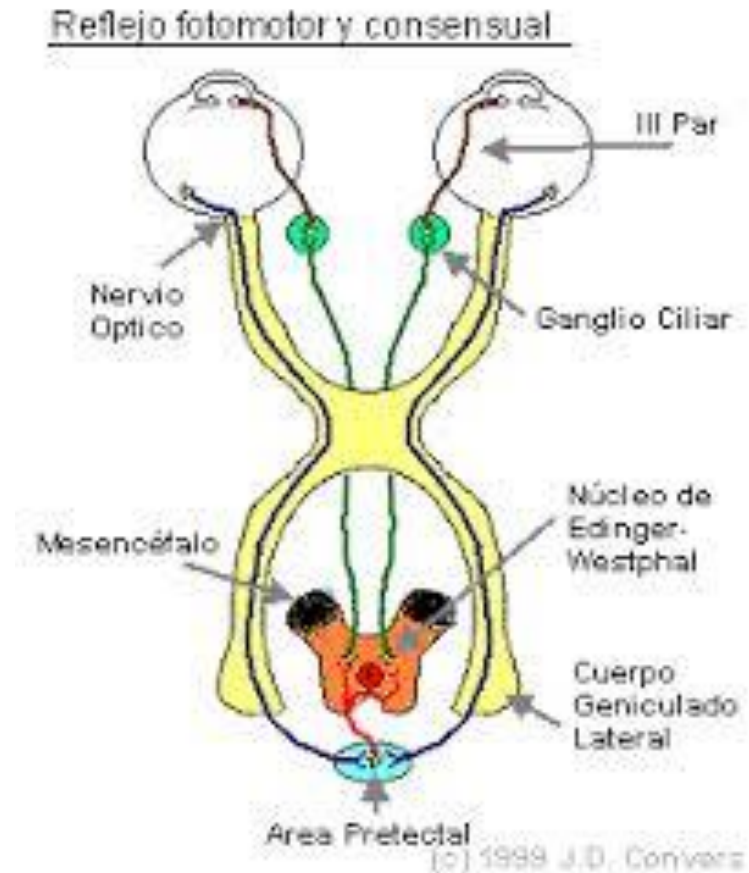
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- Agudeza visual: optotipos.
- **Campo visual por confrontación**
- Reflejos pupilares
- Motilidad ocular
- Prueba de Amsler
- Fondo de ojo



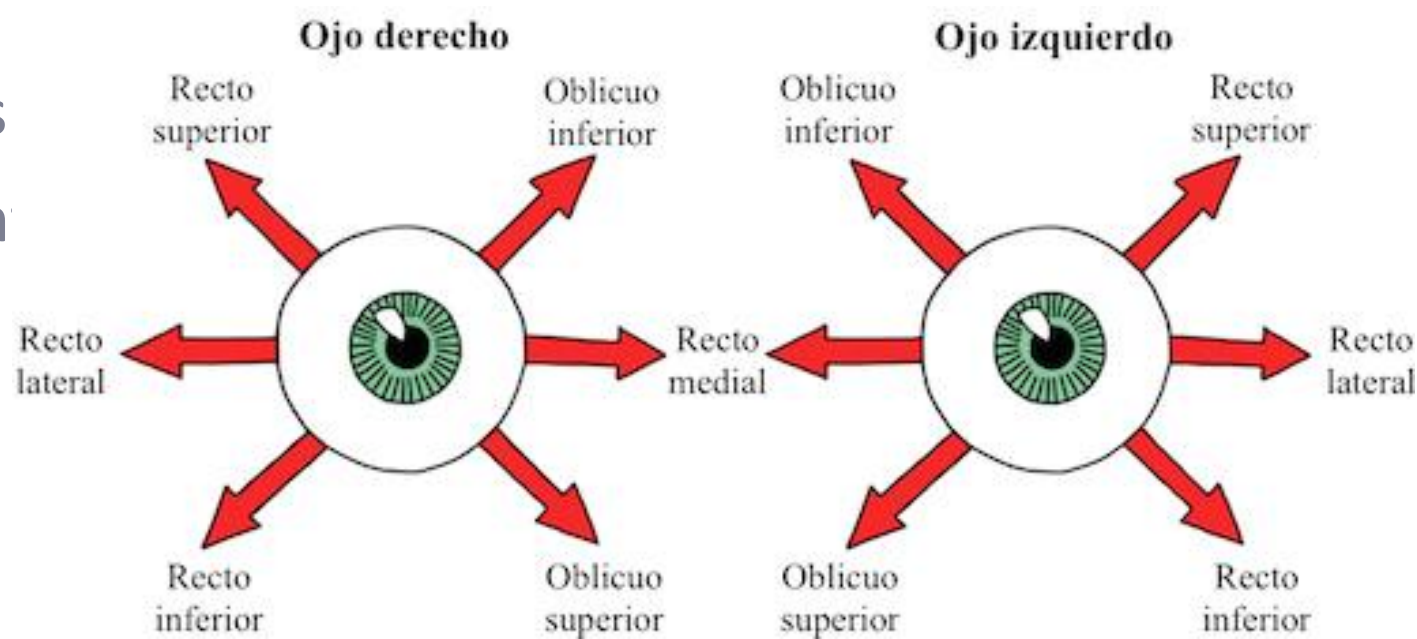
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- Agudeza visual: optotipos.
- Campo visual por confrontación
- **Reflejos pupilares**
- Motilidad ocular
- Prueba de Amsler
- Fondo de ojo



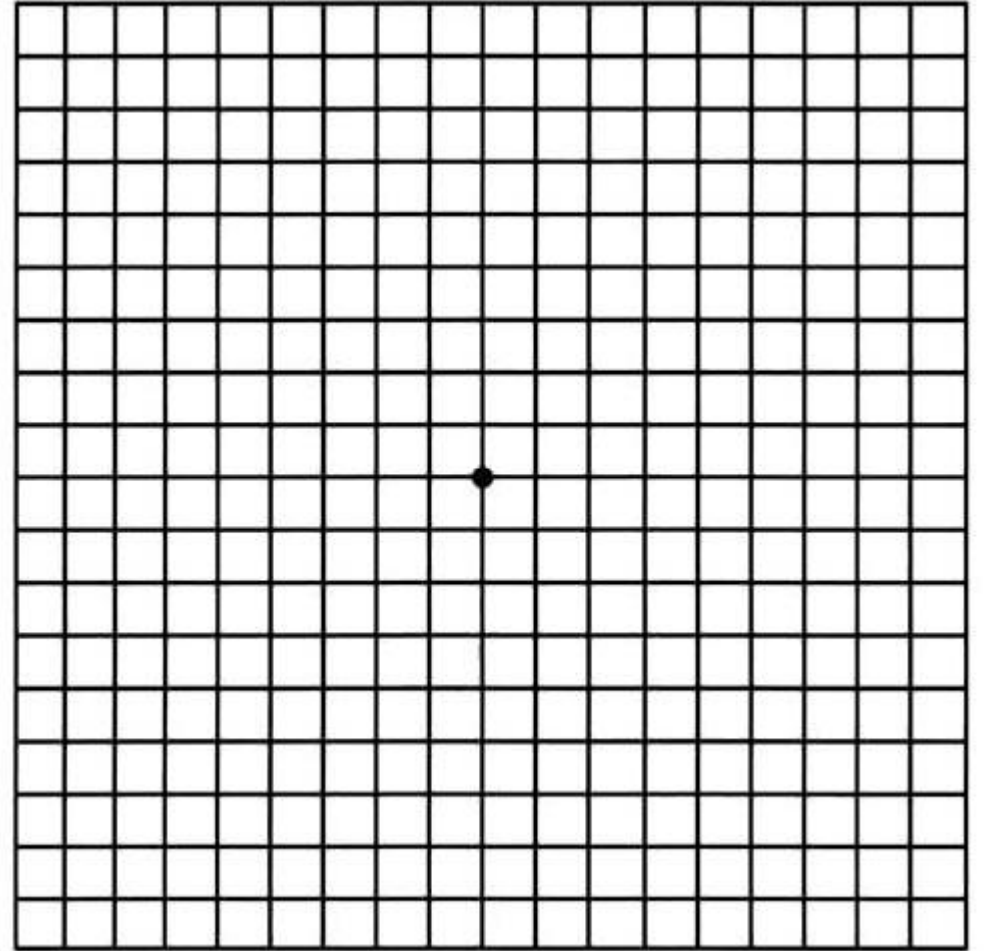
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- Agudeza visual: optotipos
- Campo visual por confrontación
- Reflejos pupilares
- **Motilidad ocular**
- Prueba de Amsler
- Fondo de ojo



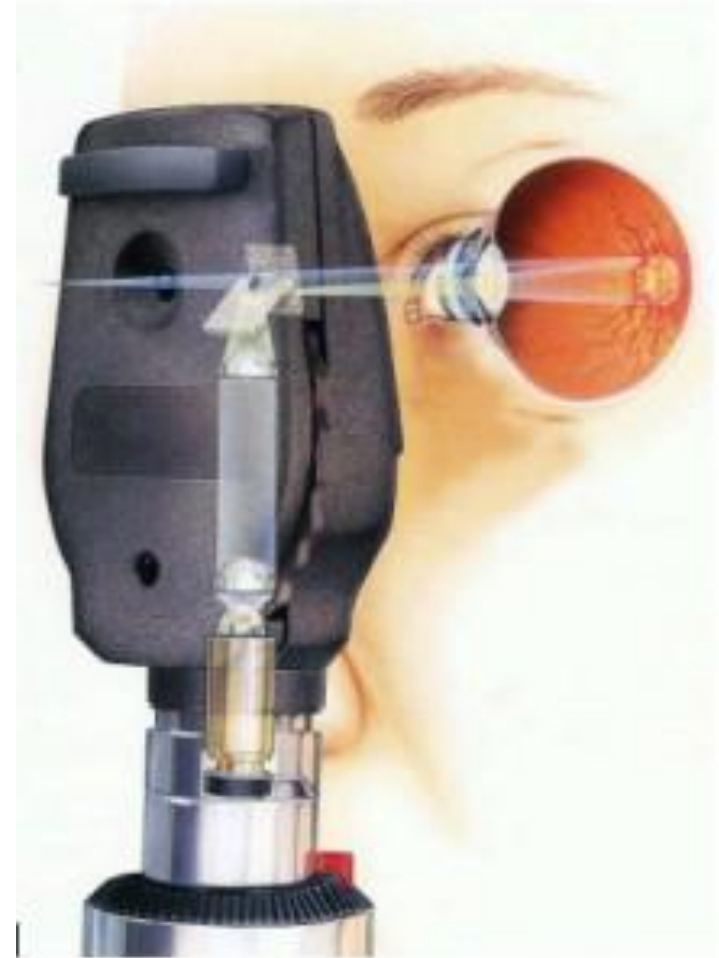
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- Agudeza visual: optotipos.
- Campo visual por confrontación
- Reflejos pupilares
- Motilidad ocular
- **Prueba de Amsler**
- Fondo de ojo



EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Exploración bidigital
- Agudeza visual: optotipos.
- Campo visual por confrontación
- Reflejos pupilares
- Motilidad ocular
- Prueba de Amsler
- **Fondo de ojo**



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica sanguínea

- Hemograma
- VSG
- PCR
- Glucosa
- Lípidos
- Creatinina
- Perfil hepático

Radiología

- Rx de tórax
- Rx de silla turca
- TAC cerebral
- RM cerebral

Orientado según clínica

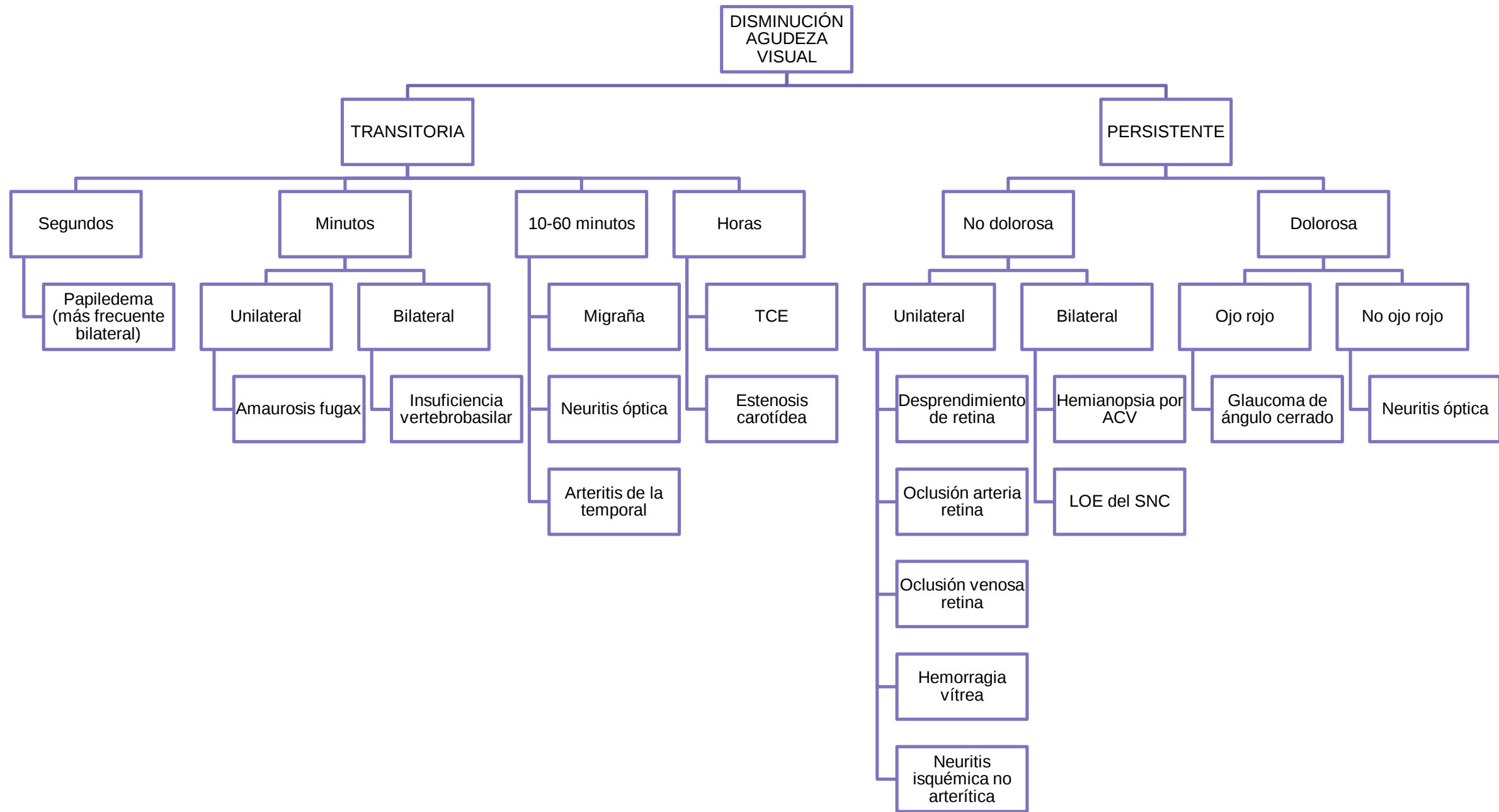
Otras exploraciones

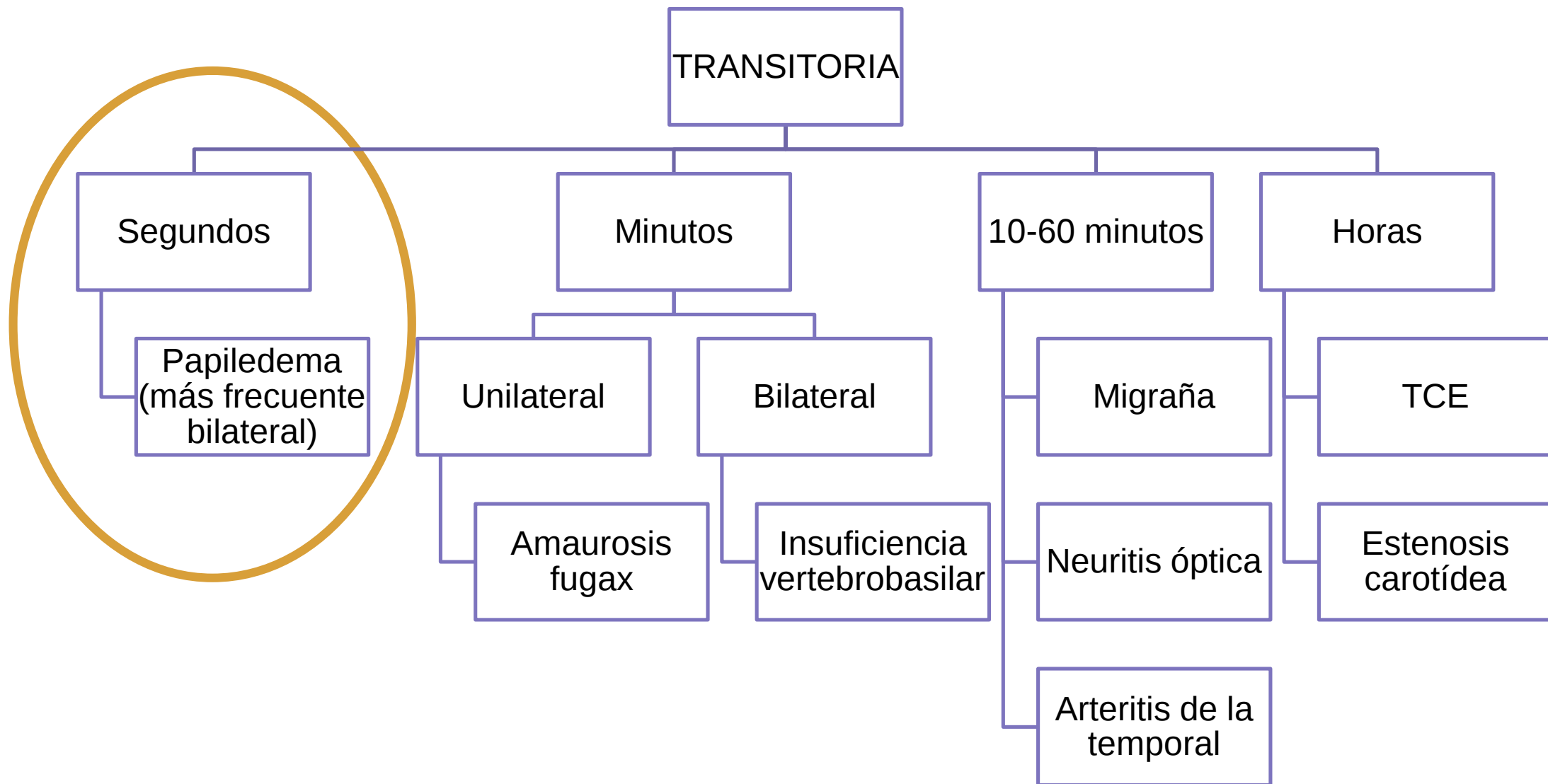
- ECG
- Ecocardiograma
- Doppler de troncos supraaórticos

Si sospechas de isquemia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

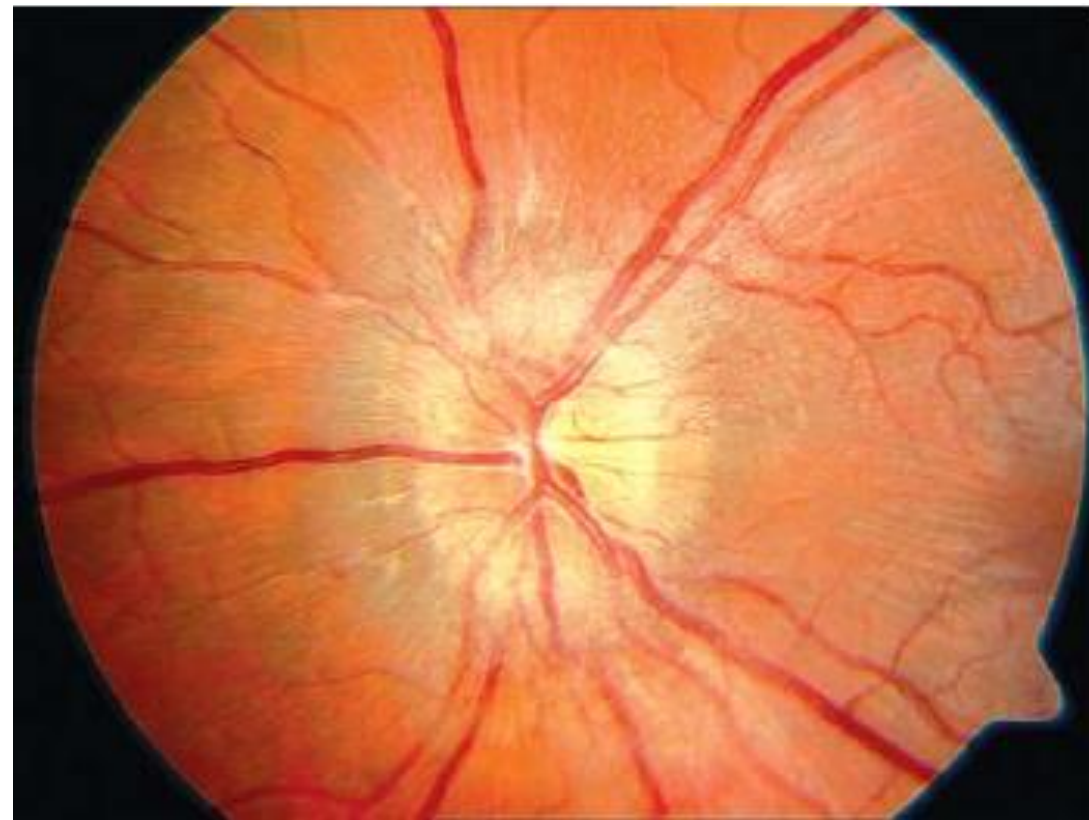


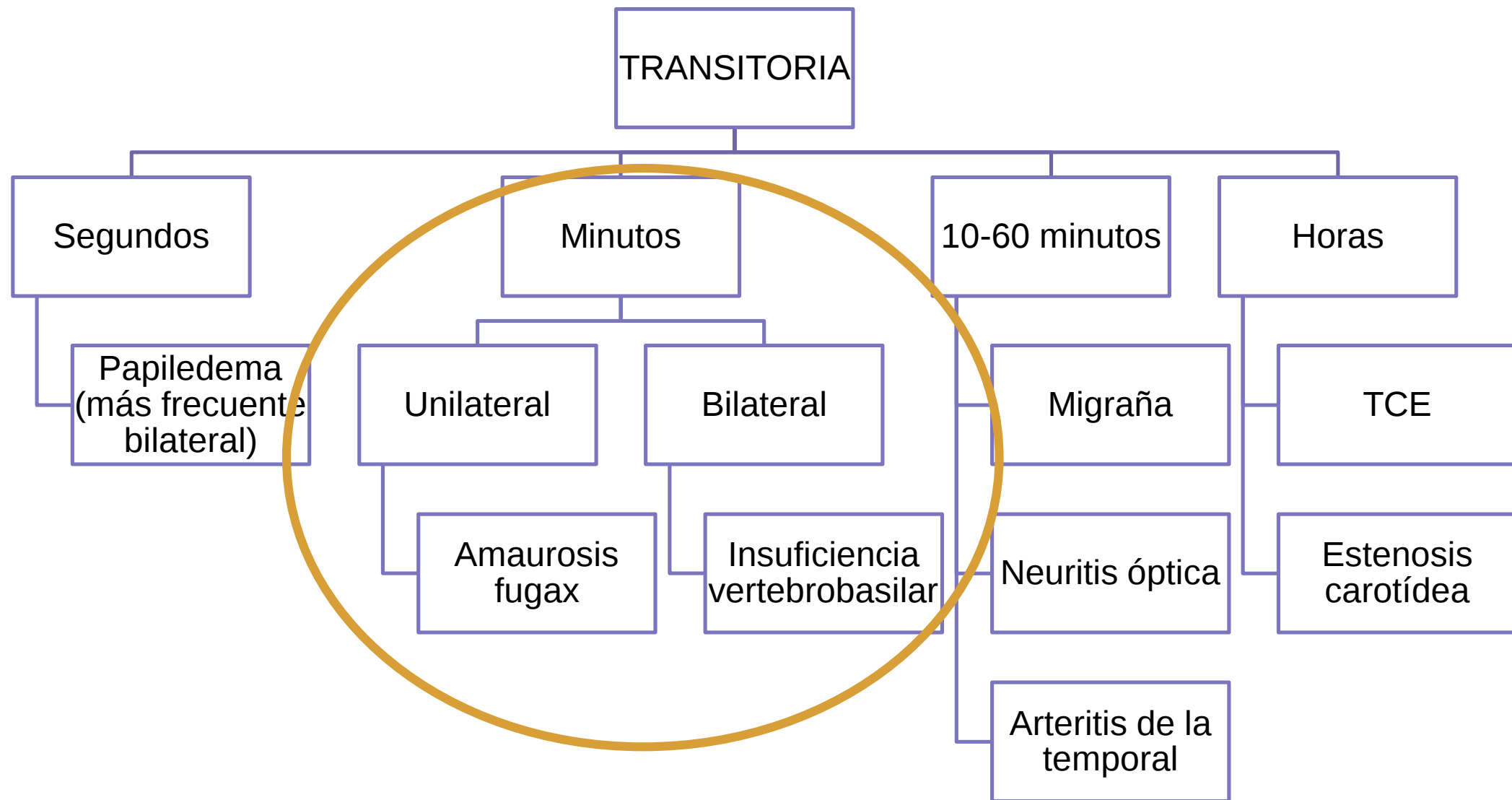




PAPILEDEMA

- Aislado o repetido.
- Pérdida visual transitoria asociada a cambios de postura.
- Suele haber otros datos de HTEC:
 - Cefalea.
 - Diplopía.
 - Náuseas y vómitos.
- Necesaria exploración neurológica y fondo de ojo.
- Derivación URGENTE para realizar técnicas de imagen.



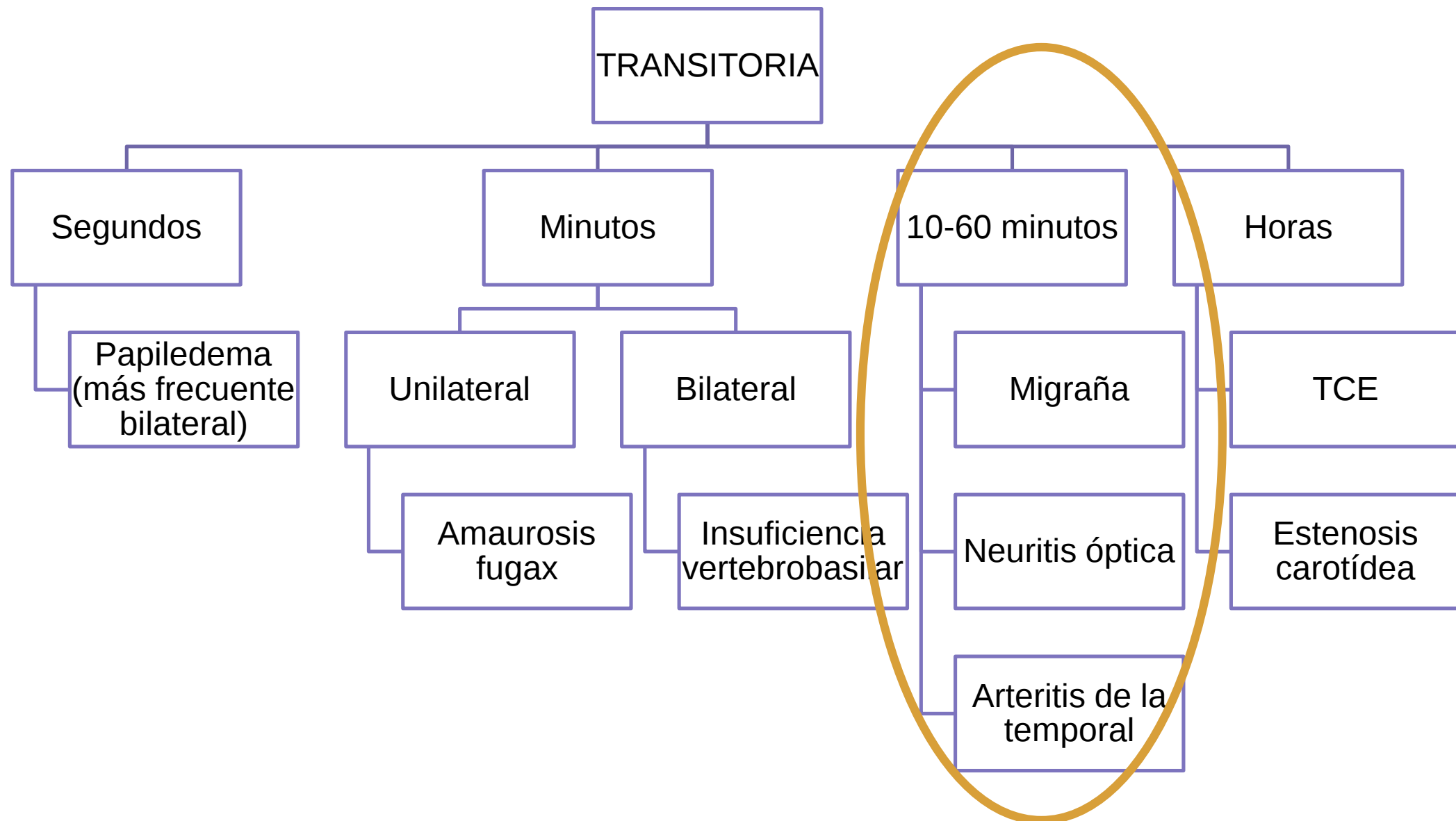


AMAUROSIS FUGAX

- <15 minutos.
- Unilateral.
- En forma de sombra o cortina.
- Causa isquémica → oclusión **transitoria** arteria central de la retina.
- Derivación URGENTE, alto riesgo de ACV.
- Pedir SIEMPRE:
 - ECG.
 - Doppler carotídeo.
 - Ecocardiografía.

INSUFICIENCIA VERTEBROBASILAR

- <15 minutos.
- Bilateral.
- En relación con movimientos de cuello.
- Otros síntomas:
 - Mareo.
 - Vértigo.
 - Cefalea.
 - Parestesias en brazos.
- Exploración oftalmológica normal.
- Derivación PREFERENTE.



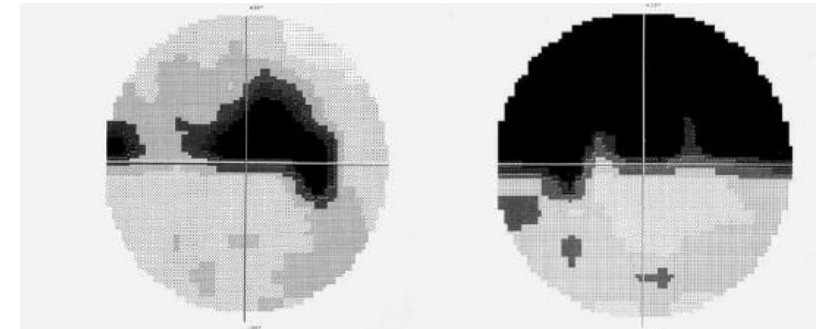
MIGRAÑA

- Monocular, brusca y transitoria.
- 10-45 minutos.
- Característico el escotoma en fortificación.
- Precede al dolor, aunque a veces puede presentarse de forma aislada.
- Puede ir precedida centelleos, luces o visión en damero.
- Necesario exploración neurológica.
- Realizar prueba de imagen si atípica o complicada.
- Tratamiento: analgésicos y preventivo de la migraña.
- Derivar urgente si signos de alarma.



NEURITIS ÓPTICA

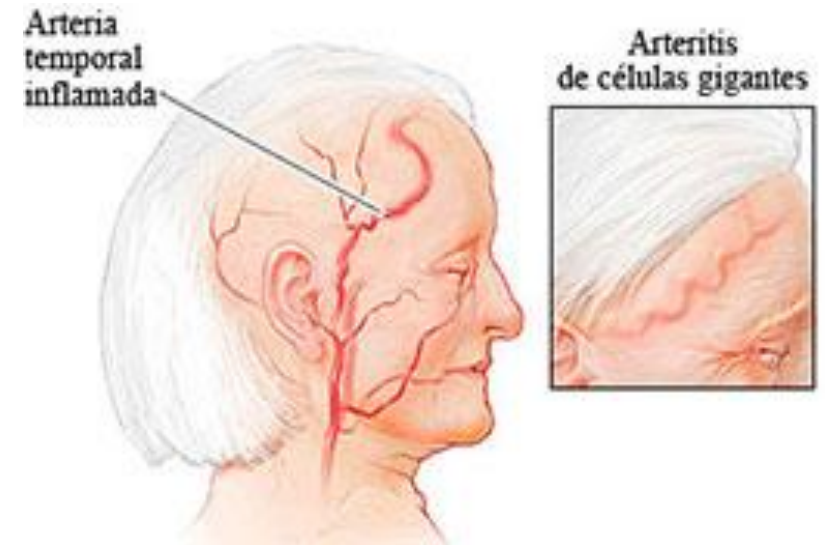
- Mujeres 15-45 años.
- Causa más frecuente desmielinizante (esclerosis múltiple), seguida de inflamatoria e infecciosa.
- Monocular, como niebla u oscurecimiento con mala visión de los colores.
- Puede haber escotoma central o altitudinal.
- Dolor con los movimientos oculares.
- Se debe realizar una RMN cerebral.
- Derivar de forma URGENTE.

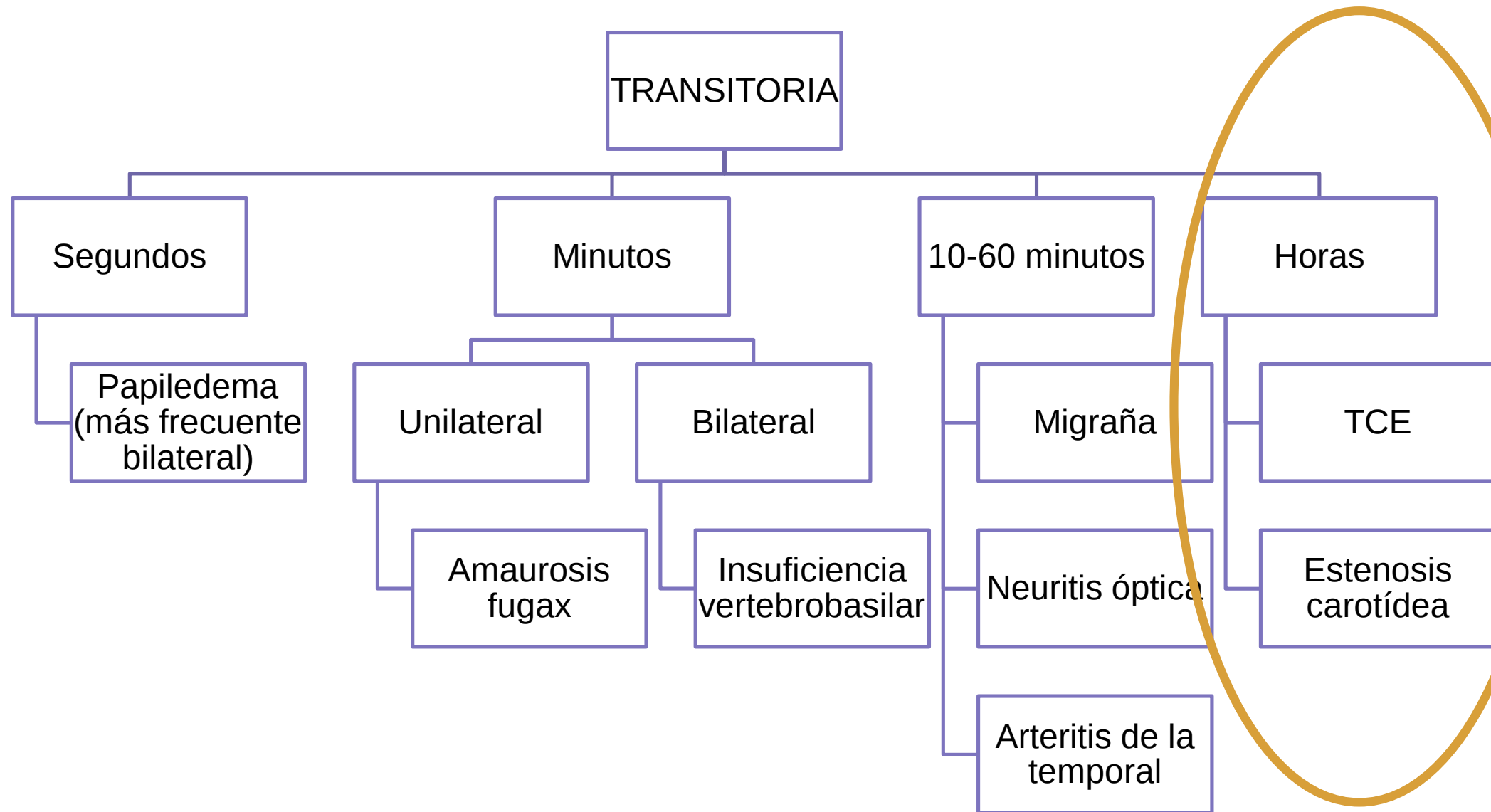


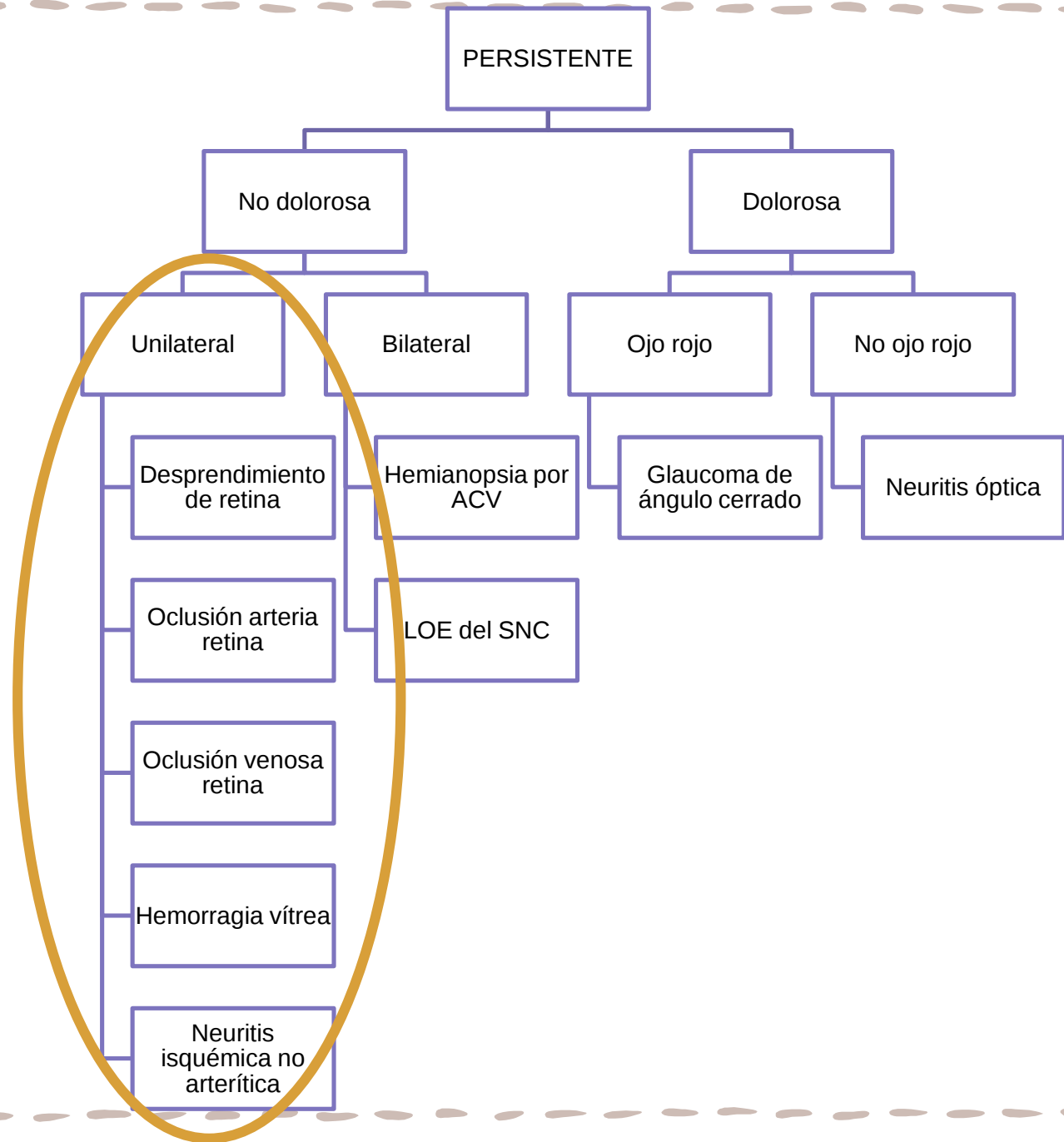
	NEURITIS ÓPTICA ANTERIOR	NEURITIS ÓPTICA RETROBULBAR
Edema de papila	Sí	No
Defecto pupilar aferente	Sí	Sí

ARTERITIS DE LA TEMPORAL

- Monocular de inicio, pero puede evolucionar a bilateral.
- >60 años.
- Síntomas asociados:
 - Cefalea.
 - Hipersensibilidad del cuero cabelludo.
 - Claudicación mandibular.
 - Polimialgia reumática.
 - Fiebre.
 - Pérdida de peso y anorexia.
- Puede haber edema de papila.
- Se debe determinar VSG y PCR.
- Tratamiento: iniciar cuanto antes **metilprednisolona 250mg/6h ev durante 48h**.
- Es una EMERGENCIA y precisa de ingreso hospitalario.
- Diagnóstico de certeza: biopsia de arteria temporal.

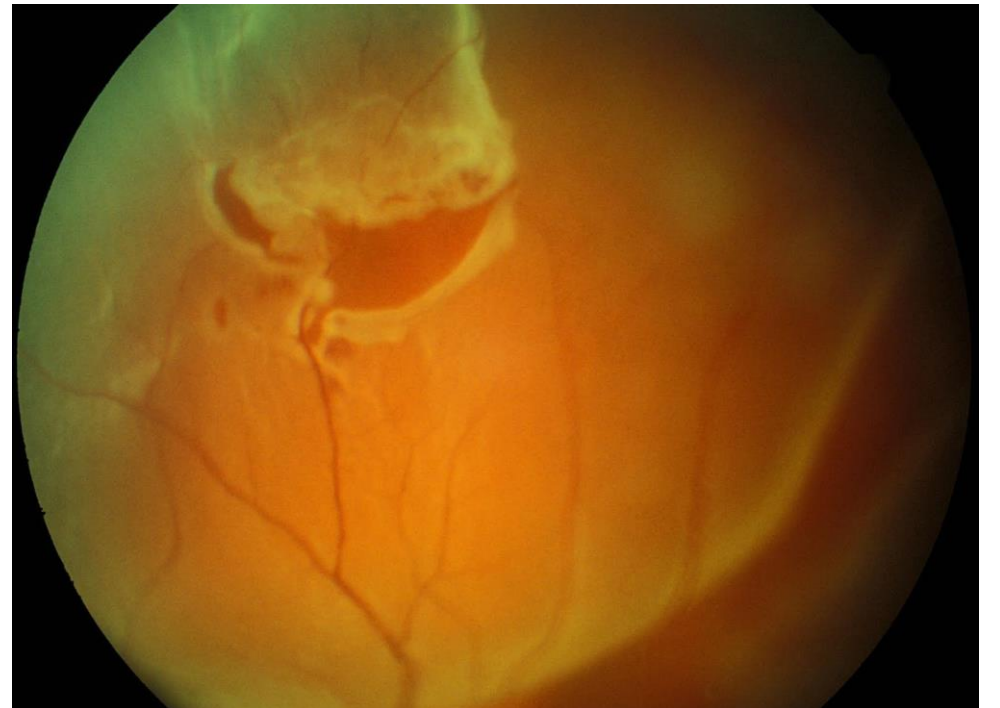






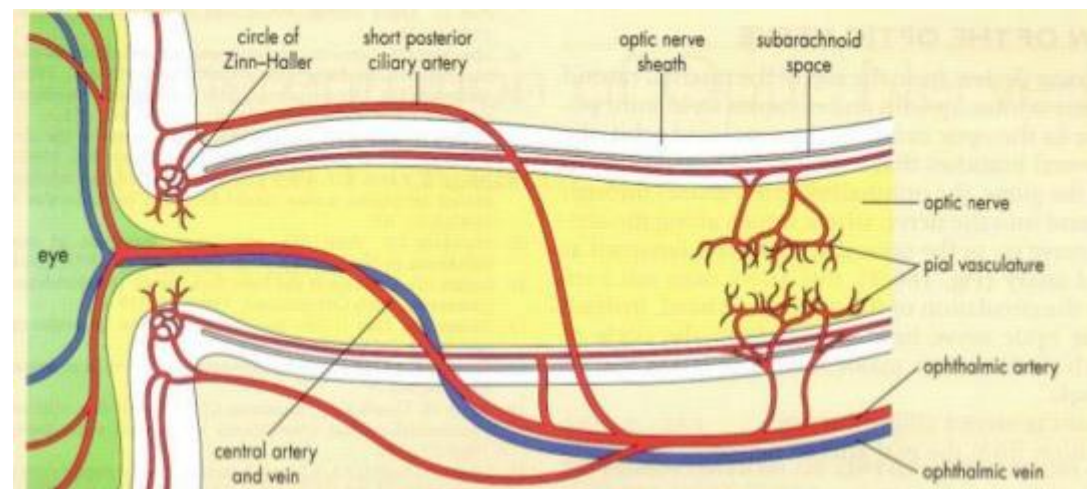
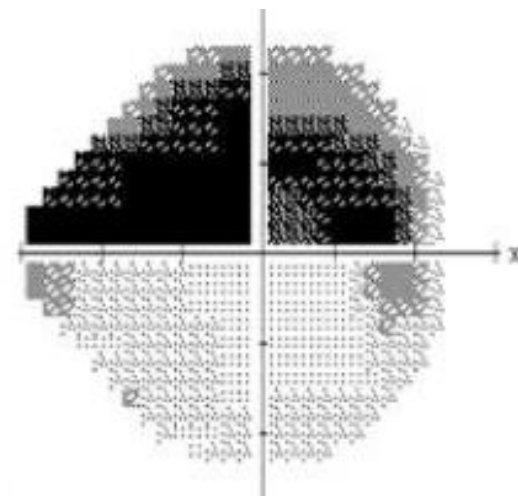
DESPRENDIMIENTO DE RETINA

- Fotopsias y miodesopsias → telón negro.
- Fondo de ojo:
 - Retina levantada con pliegues o bolsas de color gris.
 - Mancha negra/gris en el fulgor pupilar.
- Defecto pupilar aferente si muy extenso.
- Derivación URGENTE.
- Tratamiento quirúrgico.



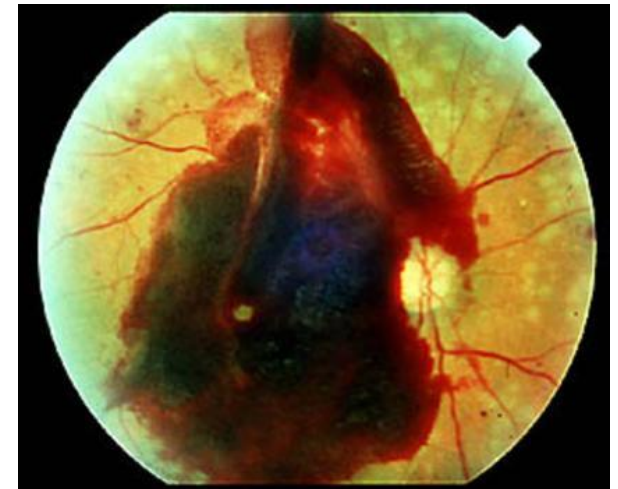
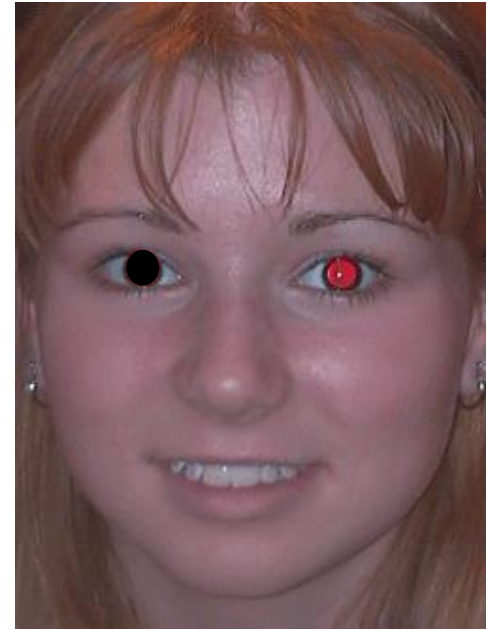
ARTERITIS ISQUÉMICA NO ARTERÍTICA

- >40-50 años
- Suele notarse al despertar.
- Típico el defecto de campo altitudinal.
- Por afectación de los *vasa nervorum* del servio óptico.
- Causas: HTA, Arteriosclerosis, DM.
- Relacionado con episodios de hipotensión nocturna tras cambios en tratamiento de la HTA.
- Importante realizar una campimetría por confrontación.
- Derivación URGENTE.

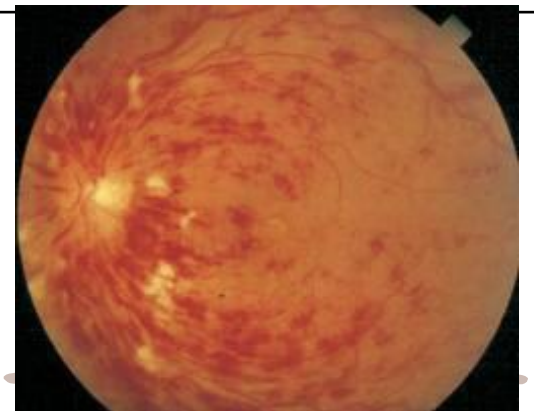


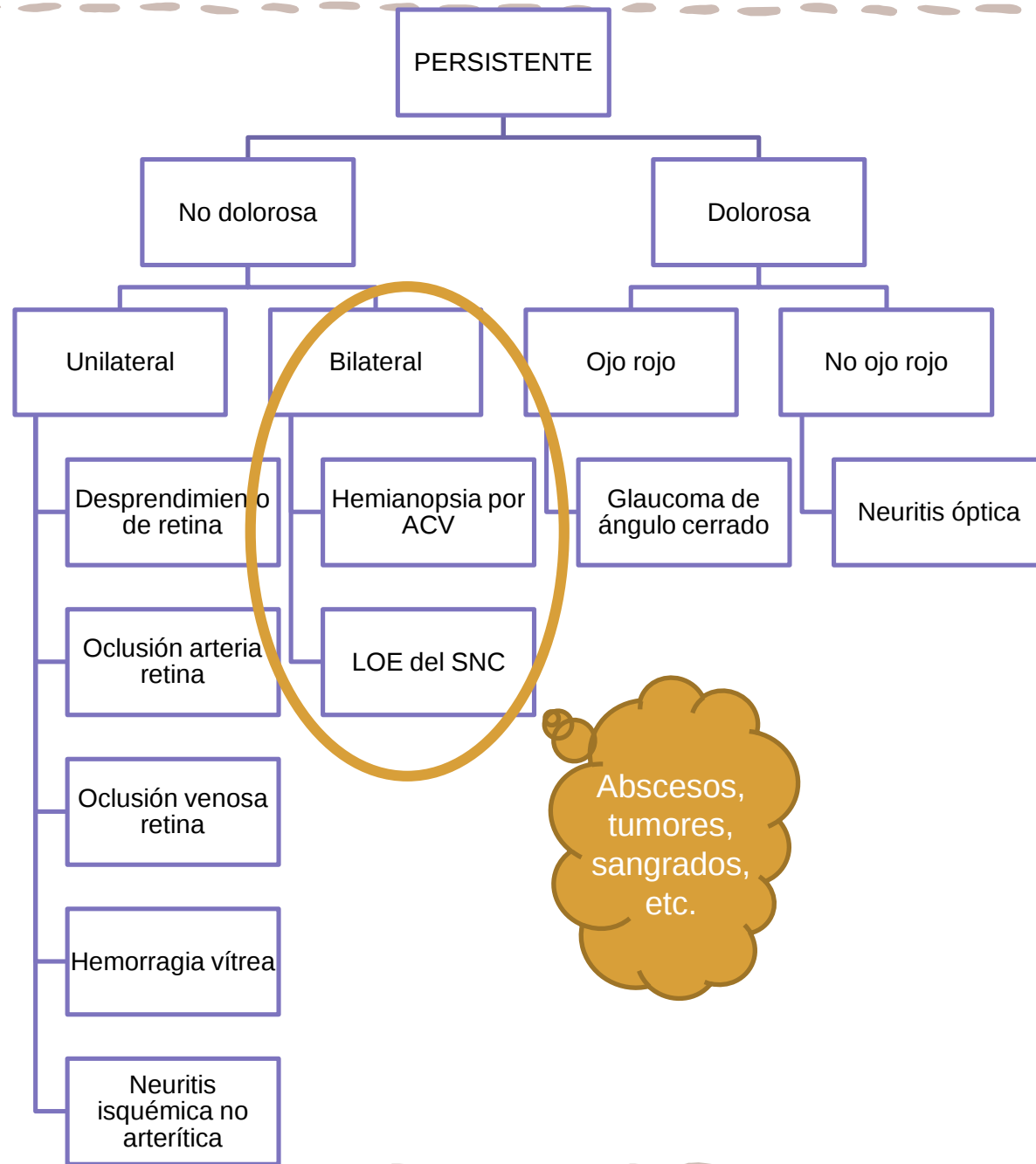
HEMORRAGIA VÍTREA

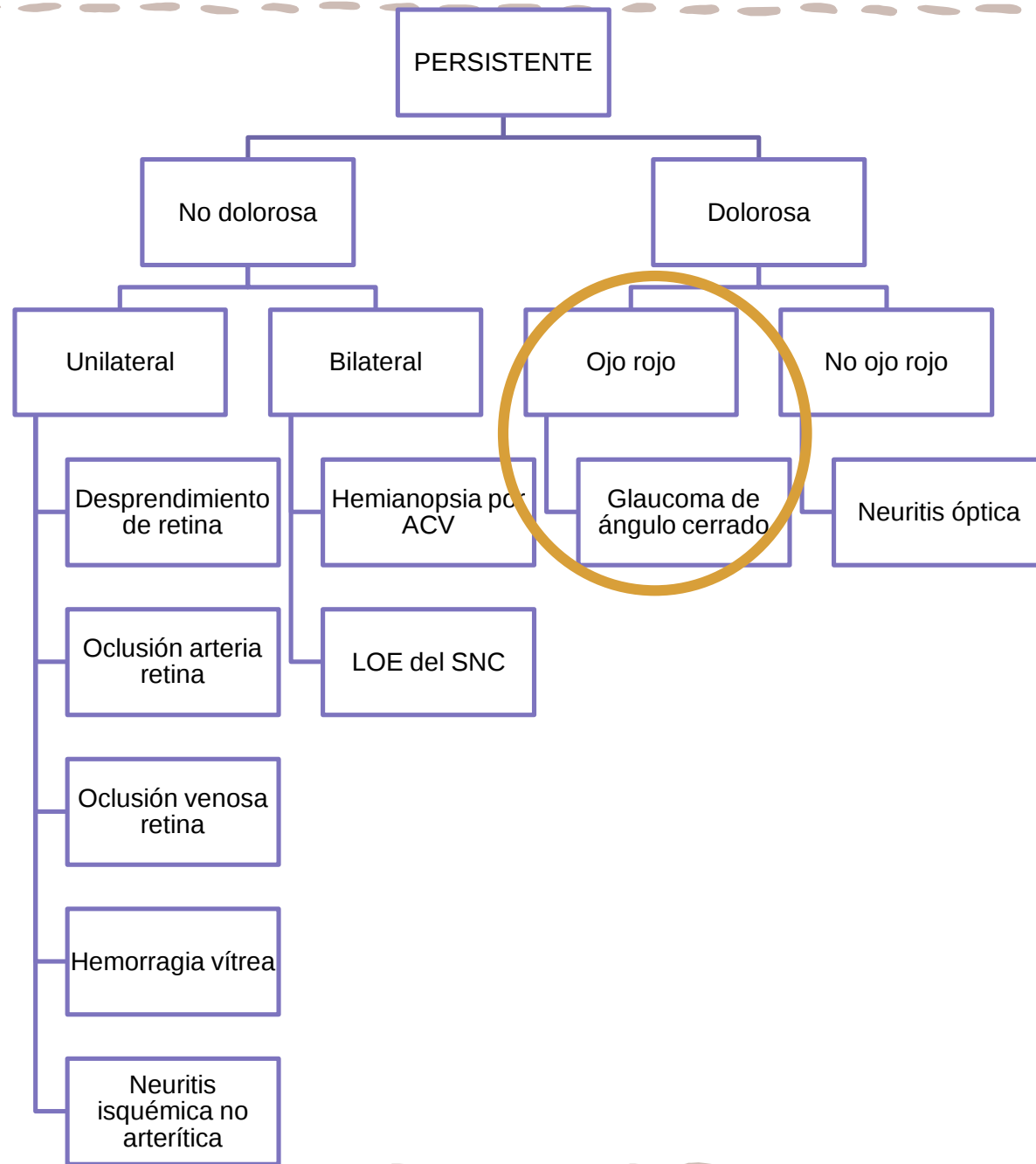
- Pérdida visual de intensidad variable.
- Secundario a retinopatía diabética, desprendimiento de retina, desgarro retiniano...
- Fondo de ojo:
 - No fulgor pupilar.
 - Presencia de sangre en cavidad vítrea.
- Si la sangre no permite visualizar correctamente el fondo de ojo, se debe realizar una ecografía para descartar un desprendimiento de retina.
- Remisión PREFERENTE a oftalmología.
- Importante controlar la diabetes y la función renal.
- Se suele reabsorber, pero si en unas semanas no se ha reabsorbido se puede realizar una vitrectomía.



	OCLUSIÓN ARTERIA CENTRAL RETINA	OCLUSIÓN VENA CENTRAL RETINA
Causas más frecuentes	Émbolos cardíacos o carotídeos	Arteriosclerosis, HTA
Pérdida visual	Grave	Menos intensa
Defecto pupilar aferente	Sí	Sí
Tratamiento	Derivación URGENTE Masaje ocular, acetazolamida oft., timolol oft., carbógeno, paracentesis cámara anterior.	Derivación preferente. Evitar factores de riesgo cardiovascular. Fotocoagulación con láser para evitar hemorragias vítreas.
Fondo de ojo	Mancha rojo cereza, retina blanco-grisácea, arterias adelgazadas.	Hemorragias difusas en llama, venas dilatadas y tortuosas, exudados algodonosos, edemas de papila

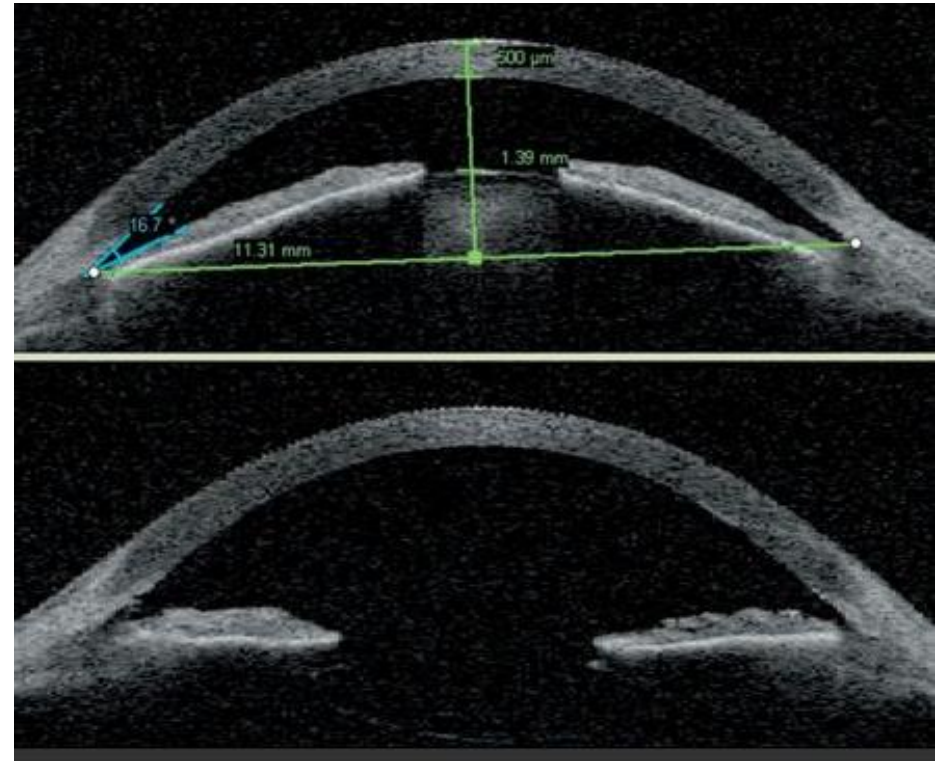
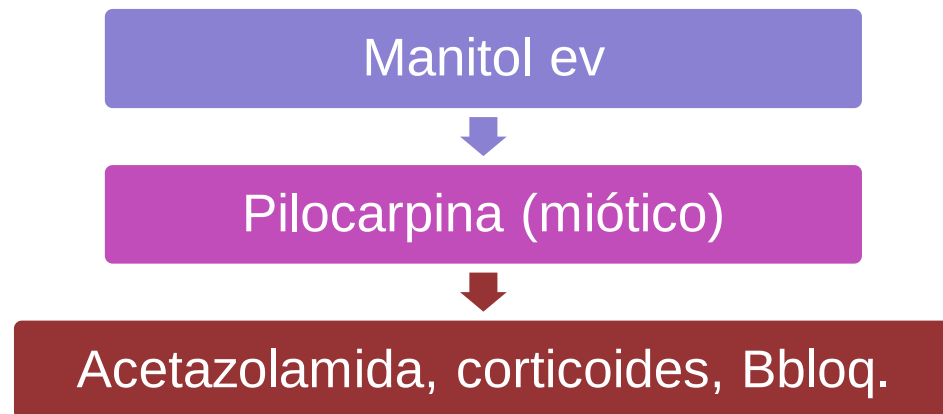


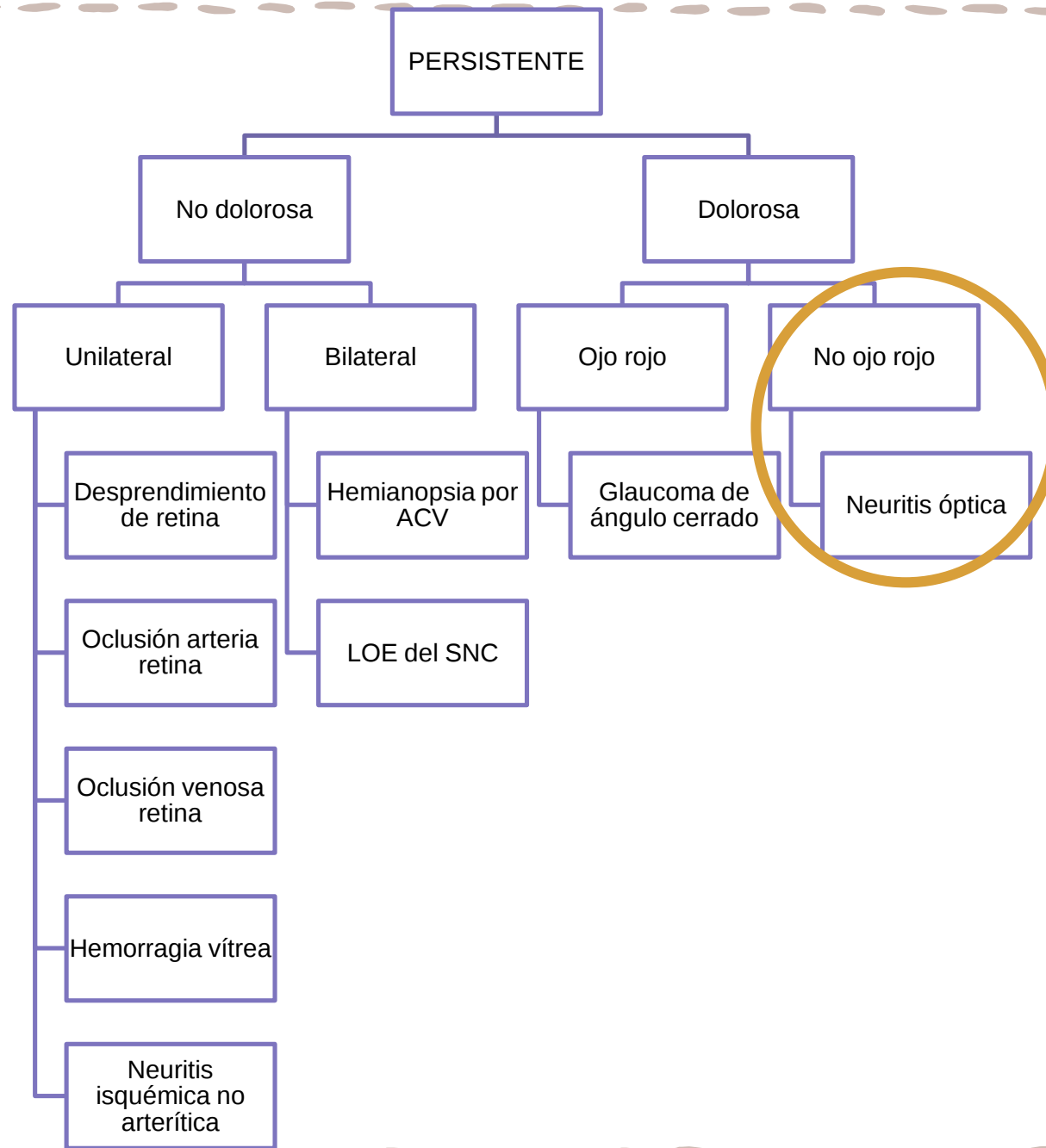




GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO

- Mujeres, hipermétropes, ancianos e historia familiar.
- Clínica: instauración aguda de dolor ocular, pérdida de visión, midriasis media, náuseas y vómitos, ojo rojo y edema corneal.
- PIO > 50mmHg.
- Exploración bidigital.
- Derivación URGENTE.
- Tratamiento:





DISMINUCIÓN AGUDEZA VISUAL

TRANSITORIA

PERSISTENTE

Segundos

Papiledema
(más frecuente bilateral)

Minutos

Unilateral

Amaurosis fugax

Bilateral

Insuficiencia
vertebrobasilar

10-60 minutos

Migraña

Neuritis óptica

Arteritis de la
temporal

Horas

TCE

Estenosis
carotídea

No dolorosa

Unilateral

Desprendimiento
de retina

Oclusión arteria
retina

Oclusión venosa
retina

Hemorragia
vítrea

Neuritis
isquémica no
arterítica

Bilateral

Hemianopsia por
ACV

LOE del SNC

Dolorosa

Ojo rojo

Glaucoma de
ángulo cerrado

No ojo rojo

Neuritis óptica

URGENTE

PREFERENTE

MANEJO AP



Bibliografía

- Fernández Revuelta, A; Técnica de exploración del fondo de ojo. AMF 2012; 8(7):383-387.
- Benito Mayoral N., Bajo Argomániz E.; Pérdida brusca de agudeza visual. AMF 2012;8(1): 29-36.
- Ruiz de Adana Pérez R., Elipe Rebollo P., Muñoz Tarín G., Guía clínica de Disminución de la agudeza visual. Fistera [Internet]. 2017 [consultado el 3/4/2019]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/disminucion-agudeza-visual/>
- Leveque T., Approach to the adult with acute persistent visual loss. UpToDate [Internet]. 2017 [consultado el 12/4/19]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-persistent-visual-loss>
- Gold DH, Lewis RA; Oftalmología de bolsillo. Madrid: Marban libros SL. 2006.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Medicina de Urgencias y Emergencias. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier España SLU. 2015.

*in much as
giving!*