



UNIVERSIDAD TÉCNICA BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OPTOMETRÍA

COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
OPTOMETRIA

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 6 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON
AMBLIOPIA ANISOMETROPICA

TUTOR

DRA.BETTY RIBAS BURGOS

AUTOR

FATIMA DENISSE FRANCO PLAZA

BABAHOYO-LOS RIOS 2020

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
Resumen	III
INTRODUCCION	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.Ambliopía estrabica.....	10
2.Ambliopía por anisometropias.	10
3.Ambliopía por deprivacion.....	10
4. Ambliopía por nistagmus.....	10
1.1 Justificación.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.2.1 Objetivo general	15
1.2.2 Objetivos específicos.....	15
1.3 Datos Generales	16
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	17
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	17
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.....	17
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	18
2.4 Información de exámenes complementarios.....	19
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	19
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y el procedimiento a realizar.	20
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	20
2.8 Seguimiento.....	21

2.9 Observaciones.....	21
CONCLUSIONES	21
Bibliografía.....	22
ANEXOS	25

Tabla de figuras

Figura 1 .-Globo ocular	25
Figura 2.-Capas del globo ocular	25
Figura 3.-Refraccion.....	25
Figura 4.-Correccion optica.....	26
Figura 5.-Terapia con parches	26

TITULO DEL CASO CLINICO

**PACIENTE FEMENINO DE 6 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON
AMBLIOPIA ANISOMETROPICA**

DEDICATORIA

A mi familia y a mi esposo

Quienes fueron un pilar fundamental durante todo mi proceso universitario.

FATIMA DENISSE FRANCO PLAZA

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme las fuerzas necesarias para culminar esta carrera universitaria a mi madre por brindarme su apoyo incondicional que de una u otra manera han hecho posible que yo haya logrado un triunfo más en mi vida.

FATIMA DENISSE FRANCO PLAZA

Resumen

En este caso clínico se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 6 años de edad que ha tenido problemas en el aprendizaje y en su vida cotidiana por tener dificultades en su visión, esto a causa de una ambliopía anisometropica no detectada en los primeros años de vida del infante.

Ella se presentó en una buena edad ya que su plasticidad ocular permitirá tener una recuperación casi completa o completa.

La ambliopía anisometropica es una de las alteraciones más comunes en niños, en este caso se presentó de manera unilateral en el ojo derecho y su ojo izquierdo tiene una hipermetropía. Existe una diferencia dióptrica entre ambos ojos de 2.00 dioptrías.

El objetivo del presente caso clínico es darle un tratamiento adecuado a la ambliopía y obtener los resultados esperados.

Usamos una metodología basada en el análisis del historial clínico (motivo de consulta, signos y síntomas) se realizó diferentes exámenes como Agudeza visual, Refracción, Biomicroscopia, Estereopsis, Binocularidad, Convergencia, Percepción de colores y se derivó a un oftalmólogo como examen complementario para descartar cualquier patología.

El tratamiento recomendado es la terapia con parches en casa y en el consultorio para una recuperación satisfactoria.

Palabras claves: ambliopía anisometropica, plasticidad ocular, hipermetropía, agudeza visual, terapia con parches.

Abstract

In this clinical case, the case of a 6-year-old female patient is presented who has had learning problems and problems in her daily life due to having difficulties in her vision, this due to an anisometric amblyopia not detected in the first years of life of the infant.

She appeared at a good age since her ocular plasticity will allow her to have an almost complete or complete recovery.

Anisometropic amblyopia is one of the most common alterations in children, in this case it presented unilaterally in the right eye and his left eye has hyperopia. there is a diopter difference between both eyes of 2.00 diopters.

The objective of the present clinical case is to provide adequate treatment for amblyopia and obtain the expected results.

We use a methodology based on the analysis of the clinical history (reason for consultation, signs and symptoms), different tests were performed such as Visual acuity, Refraction, Biomicroscopy, Stereopsis, Binocularity, Convergence, Color perception and an ophthalmologist was referred as a complementary examination for rule out any pathology.

The recommended treatment is patch therapy at home and in the office for a successful recovery.

Key words: anisometric amblyopia, ocular plasticity, hyperopia, visual acuity, patch therapy.

INTRODUCCION

La ambliopía afecta a niños que se encuentran cursando los años básicos de educación en un 7% esta es una de las anomalías del sistema visual que se presenta en niños hasta los 7 o 10 años de edad dependiendo del desarrollo del sistema visual que el niño tenga. La ambliopía es solo una de muchas anormalidades del sistema visual en optometría y en oftalmología, la misma que en ocasiones se presenta afectando de manera estética al paciente produciendo una desviación de uno o ambos ojos ya sea hacia la nariz(endo) o hacia las orejas(exo) etc.

La ambliopía anisometropica es uno de los diferentes tipos de ambliopías que se presenta con más recurrencia que otras ambliopías, debido a diferencias considerables de los estados refractivos entre cada ojo del sujeto con diferencias de 1.00 dioptría prismática o mas según el grado de Anisometropia presente en el paciente.

La paciente no tuvo un diagnostico precoz de la ambliopía anisometropica que presenta. Actualmente sigue sus terapias con parche en casa y sus terapias en el consultorio con un gran avance ya que fue diagnosticada en una edad en la cual aún tiene una plasticidad ocular y puede recuperarse casi perfectamente.

Las visitas al optómetra u oftalmólogo son de suma importancia para un diagnostico precoz con el fin de que el paciente tenga una recuperación lo más perfecta posible y una mejor calidad de vida, es recomendable que los niños asistan cada seis meses a un profesional de la salud visual para llevar un control.

I. MARCO TEÓRICO

Desarrollo del sistema visual durante los primeros años de vida

Es de suma importancia para un optometrista tener conocimientos sobre el sistema óptico, sus estructuras, su manera de evolucionar durante los primeros años de vida de un niño y el final de su periodo de madurez, esto en la práctica profesional ayuda a diagnosticar cualquier anomalía que pueda interrumpir el correcto desarrollo del sistema óptico y ocasionar algún problema refractivo o patológico.

A fin de que el sistema óptico pueda tener un nivel de evolución conveniente para su etapa de madurez, no tan solo es importante que el estructuramiento de los globos oculares, la musculatura de los extraoculares, parpados u otros componentes sean normales, también es indispensable que los ojos reciban las señales idóneas para la estimulación adecuada en el instante que lo requiera su sistema visual hasta el término de su desarrollo a los 10 años. (Baez, 2002).

Las etapas del desarrollo del sistema óptico son:

- Etapa estructural esta es muy necesaria prenatalmente y será parte de la evolución embriológica.
- Etapa funcional a lo largo de la cual comienzan a funcionar los distintos componentes del sistema visual mientras se ejecuta su mejora y termina su desarrollo.
- Por último, una etapa operativa la cual consiste en la función visual con un fin de comunicar las diferentes estructuras perfectamente.

Los genes hereditarios influirán en la evolución de los órganos visuales y en todas sus etapas iniciales para sus funciones motoras, las causas epigenéticas o del entorno dominarán la evolución de las etapas finales de las funciones sensoriales también dominará la etapa operativa (Hernandez, 2015).

El Globo Ocular

Es una estructura de forma esférica, con casi un aproximado de 0.0075 kilogramos que equivale a 7,5 g, con un espesor transverso, vertical y anteroposterior en personas adultas este se encuentra más o menos en unos 22 - 24mm en personas comunes, es un poco inferior en individuos con hiperopia es superior en individuos considerados miopes. El globo del ojo se encuentra cubierto con 3 diferentes capas:

1- Capa fibrosa

Se encuentra estructurada de la córnea y de la esclerótica:

Cornea

Se encuentra en la parte anterior que pertenece a la capa fibrosa. esta es absolutamente traslucida. con un espesor comprendido entre unas 500 micras con una capacidad de poder refractivo que oscila entre unas 43 dioptrías. A partir de una perspectiva histológica, de la parte delantera hacia su parte trasera está constituida con: epitelio, membrana de Bowman, estroma, membrana de descement y por último el endotelio.

Esclerótica

En torno de la córnea se encuentra el también llamado limbo esclerocorneal, y de este se despliega la esclerótica recubriendo la parte posterior del exterior del globo del ojo. Tiene un color blanquecino y se encuentra conformado de tejido de la conjuntiva.

2- Capa media (úvea)

Una capa que contiene vasos sanguíneos del globo ocular estructurada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides:

Iris

Este conforma la parte más anterior de la túnica que contiene los vasos sanguíneos del globo ocular. Tiene una apariencia circular y contiene un pequeño círculo en su parte media: esta sería la pupila. El iris está conformado con un estroma conjuntival, que tapa el epitelio posterior. Como se ve el ojo es gracias al color del iris.

Cuerpo ciliar

Este se manifiesta como una protuberancia que forma parte de la capa que contiene los vasos sanguíneos del globo ocular. Es de forma de triángulo y se encuentra seguida del iris y por detrás está la coroides. Su exterior está pegada a la esclerótica y por dentro se encuentra con el vítreo seguido por la retina, que se termina con un borde gradual llamado ora serrata y la parte superior del cuerpo ciliar conformado por el músculo ciliar, procesos ciliares en su parte anterior y la pars plana en su parte posterior.

Coroides

Este se amplía en su totalidad por el globo ocular en su parte posterior, en medio de la esclerótica y la retina. Esta se constituye de una malla complicada de vascularización muy necesaria para la correcta alimentación y un desempeño óptico de la retina.

3- Retina última capa

La retina cubre todo el interior de la pared ocular. Es una estructura delgada y transparente, formada por tejido nervioso. Basándose en estudios de cortes observados con microscopio óptico, la retina se describe, clásicamente, formada por 10 capas sucesivas:

- a) Epitelio pigmentario
- b) Capa de conos y bastones
- c) Membrana limitante externa

- d) Capa granular externa
- e) Capa plexiforme externa
- f) Capa granular interna
- g) Capa plexiforme interna
- h) Capa de células ganglionares
- i) Capa de fibras del nervio óptico
- j) Membrana limitante interna. (Bonafonte, 2006).

MÚSCULOS EXTRAOCULARES

Estos son 6 músculos que intervienen en los movimientos que realizan nuestros ojos, su principal función es el control de la acomodación, entre estos músculos cuatro son rectos y dos son oblicuos, uno no tiene origen en la órbita ni en el vértice de la órbita este se origina de un tendón circular que cubre al nervio óptico o zin, este es el oblicuo inferior, que va desde la base de la órbita hacia la región medial.

A continuación, la clasificación de ellos y sus acciones:

- 1.-Recto interno o medial: Este envía el ojo hacia adentro ósea en dirección a la nariz, este movimiento se conoce como aducción.
- 2.-Recto externo o lateral: Este envía el ojo en dirección hacia fuera es decir hacia el lado temporal y este movimiento se conoce como abducción.
- 3.-Recto superior: Este envía el ojo hacia arriba y este movimiento se conoce como elevación.
- 4.-Recto inferior: Este envía el ojo en dirección hacia abajo, este movimiento es conocido como depresión.
- 5.-Oblicuo superior o mayor: Este ayuda que el ojo pueda hacer los movimientos hacia fuera y hacia abajo.

6.-Oblicuo inferior: este ayuda a los movimientos en dirección hacia arriba y hacia fuera. (Bestene, 2008).

Control de los movimientos oculares

Estos pueden ser reflejos o voluntarios y estos dependen de las conexiones nerviosas existentes con el cerebro. Estos se clasifican en dos tipos de movimientos que son:

Movimientos sacádicos o también llamados rápidos: Estos direccionan la mirada de una forma muy rápida hacia algún objeto o imagen enfocando encima de la macula.

Movimientos lentos: Estos mantienen imágenes u objetos fijados en la fóvea. (Smith Agreda, 2004).

AGUDEZA VISUAL

Esta sirve para medir la capacidad visual que tiene el sistema óptico del paciente para distinguir letras u objetos a alguna lejanía. Su valoración se hace desde una visión próxima tanto como a una visión lejana, también se podrá diagnosticar si la visión es binocular o monocular.

Esta destreza de reconocimiento de los carteles o optotipos se da por diferentes condiciones: defecto refractivo, tipo de cartel que se utilice, luminotecnia, edad, contraste, nervios del paciente, problemas congénitos.etc.

La necesidad de este examen está en la evaluación del estado en que se encuentra el sistema óptico, con ayuda óptica si es imprescindible, y si hay un buen desempeño sensorial (Ondategui, y otros, 2004)

Tipos de agudeza visual

Visión lejana

Esta se mide con números, letras o imágenes de diferentes tamaños en un cartel llamado optotipo o en una pantalla digital situada de 5 a 6 metros del paciente. (Bonafonte, 2006).

Visión próxima

Esta se mide desde unos 33 centímetros o según donde el paciente se sienta cómodo y realice su lectura normalmente. Esta tiene que ver con la acomodación, En este caso se utilizan carteles con párrafos de manera creciente. Entré más pequeña las letras se da un número. (Bonafonte, 2006).

ERROR REFRACTIVO

La principal necesidad de los pacientes al visitar un profesional optometrista es el de corregir algún defecto refractivo que este causando molestias visuales. Varios de los pacientes requieren otras soluciones como terapias, pero en la mayoría es normal que lo esencial sea la corrección óptica de algún defecto refractivo.

Por otro lado, es de suma importancia detectar correctamente el defecto refractivo que aqueja visualmente a los pacientes y tener los diferentes aparatos que son muy exactos al momento de dar un diagnóstico fiable al determinar algún defecto refractivo, el optometrista es el encargo de realizar estos diagnósticos.

Los exámenes que se emplean para el diagnóstico de la refracción de un paciente son: la AV, retinoscopia, saber la adición de aun paciente présbita. (Ondategui, y otros, 2004).

EVALUACIÓN DE LA BINOCULARIDAD

Las finalidades de la realización de estos exámenes son:

1. Evaluar el alineamiento de los ejes visuales que son requisitos esenciales para una buena binocularidad.

2.- Establecer si hay presencia de anomalías en las vergencias horizontales y verticales con probabilidades de tener síntomas o pueda compensar suprimiendo. Test o pruebas más utilizados para evaluar la binocularidad son : cover test, punto próximo de convergencia, medida de foria y reservas fusiónales, disparidad de fijación, flexibilidad de vergencias y estereopsis. (Ondategui, y otros, 2004).

Estereopsis (visión en tres dimensiones)

La evaluación de la estereopsis brinda información sobre el estado de la visión binocular del paciente para saber si hay una gravedad de supresiones binoculares, que se podrían manifestar si se descompensa un estrabismo y se crea una ambliopía otro tipo de disfunción binocular. (Ondategui, y otros, 2004).

Evaluación de la acomodación

La finalidad del examen es valorar la habilidad que tiene el sistema visual del paciente para sostener una imagen nítida al mirar a distintas distancias, y la capacidad para cambiar rápidamente el enfoque de su sistema visual.

A fin de una eficaz revisión de la función acomodativa y descubrir alguna anomalía localizada en cualquier zona del sistema óptico. Para esto se necesita analizar la amplitud de acomodación, ya que no hay solo una manera de diagnosticar, otra de las alternativas para hacerlo es la acomodación relativa, que a pesar de no ser una prueba diagnóstica para la acomodación sirve aunque intervenga en las vergencias funcionales. (Ondategui, y otros, 2004).

Amplitud acomodativa

Esta prueba sirve para detectar la habilidad máxima para acomodar de un paciente, así como de mantener imágenes de objetos con toda su nitidez. Este se valora de manera monocular, ya que una evaluación binocular no puede ser diagnosticada como función acomodativa por que influye la convergencia. (Ondategui, y otros, 2004).

AMBLIOPÍA

Es una anomalía en la que se presenta una reducción de la agudeza visual y el contraste en infantes, cuando no existe una lesión orgánica o ametropía que lo manifieste. Una desigualdad entre dos líneas de AV de un paciente o una visión inferior a 20/40 puede inducir al diagnóstico de ambliopía.

Una manera de manifestación de la ambliopía es como una anomalía en las conexiones nerviosas del ojo y la corteza cerebral y se puede producir por reducción de estímulos visuales mientras transcurrieron los primeros 7 años de la vida de un infante. Entre más pronto se dé la carencia de estímulo peor será la profundidad de la ambliopía. (Arango Simoni, Mejía Echavarría, & Abad Londoño, 2013).

La ambliopía se identifica por una reducción semejante de la agudeza visual de un ojo en diferencia al otro o ambos, Sin un trauma en el ojo visible a la vista de los demás y sin una anomalía estructural o patología en el sistema óptico ni zonas visuales corticales incluso con corrección óptica. (Pons, 2018).

CLASIFICACIÓN DE LA AMBLIOPÍA. -SEGÚN LA ETIOLOGIA

1. Ambliopía estrabica. Esta se da al momento de mostrar una desviación ocular de uno de los ojos sin importar lo más mínima que sea angularmente o microestrabismo como son denominados.

2. Ambliopía por anisometropias. Las anisometropias por mínimas que sean son causa de ambliopías significativas, estas se desarrollan con mayor frecuencia en el ojo con más grado de ametropía existente.

3. Ambliopía por privación. Esta se puede ocasionar por una oclusión en un lapso de tiempo entre los primeros meses de vida de un infante, por cataratas u opacidades corneales y otras más. Desarrollando cambios drásticos a la altura del cuerpo geniculado externo, células ganglionares de la retina y corteza cerebral.

4. Ambliopía por nistagmus. Las personas con nistagmus motor congénito en ocasiones desarrollan una reducción lenta en su agudeza visual.

La aplasia en la fovea es uno de los problemas que provocan la reducción de la Agudeza visual en personas que tienen nistagmus. (Arango Simoni, Mejia Echavarría, & Abad Londoño, 2013).

Síntomas Y Signos De La Ambliopía

Reducción de la agudeza visual sin importar la corrección óptica perfecta o una estructura del globo ocular sin ninguna alteración.

Tratamiento No Farmacológico Para La Ambliopía

- Tratamiento con reglas prismáticas, prismas o lentes con corrección óptica y haci tengan una alineación de los ojos casi perfecta con el fin de mejorar la visión.

- Tratamiento de parches o uso de atropina, en las personas causa efecto el uso de atropina el 1% diariamente por 6 meses, por otro lado, los parches se usan 6 horas cada día por 6 meses en el caso de los parches hay más eficiencia un 50% de las personas tienen una mejoría a las 16 semanas de haber empezado a usar parches como tratamiento.
- Intervención quirúrgica para obtener un alineamiento de los ojos o en otros casos eliminar obstrucciones que afecten la capacidad visual.

Tratamiento Crónico Para La Ambliopía

1. El tratamiento con parches
2. prisma y atropina tiende a ser muy efectivo durante 3 y 7 años de edad, su eficiencia es menor o imperceptible en los infantes después de los 7 años. (Ferri, 2006).

ANISOMETROPIA

La Anisometropía se define como la desigualdad existente en la refracción entre los dos ojos. Frecuentemente en la mayoría de pacientes se presenta una refracción muy parecida para ambos ojos, entre sus niveles de tolerancia a la medida óptica en casos especiales como el astigmatismo las medidas cilíndricas y sus ejes no coinciden con frecuencia, pero pueden ser simétricos en varios casos.

Cuando se presenta una refracción diferente en ambos ojos podría causar principalmente una diferencia en el tamaño de las imágenes retinianas también provocar anomalías fusiónales e impedir una buena visión binocular. (Martínez Verdu & Pons Moreno, 2004).

Clasificación De La Anisometropía

La Anisometropia se puede clasificar de diferentes maneras.

Las anisometropias se clasifican en grupos importantes que se presentan de la siguiente manera:

Grado de Anisometropia

Según su magnitud:

- Baja menor a 2,00D. La corrección óptica en el paciente es tolerable.
- Media esta va de 2,00D hasta 6,00D. En este caso se puede presentar anomalías en la binocularidad.
- Alta es mayor a 6,00D. En este caso el paciente no tiene síntomas porque ha desarrollado una ambliopía en uno de sus dos ojos. (Mico, 2011).

Anisometropias y ametropías

Anisometropia hipermetropica simple: un ojo es hipermétrope y el otro emétrope.

Anisometropia hipermetropica compuesta: ambos ojos son hipermétropes.

Anisometropia miopica simple: un ojo es miope y otro emétrope.

Anisometropia miopica compuesta: ambos ojos son miopes.

Anisometropia mixta o antimetropia: un ojo es miope y el otro hipermétrope. (Herranz, Raul Martin; Gerardo Vecilla Antolinez, 2010).

Etiología

Según si la Anisometropia tiene que ver con la genética o si es por causa de lo que el paciente hace en su cotidianidad se clasifica en:

- Hereditaria: Esta Anisometropia se debe a glaucomas, cataratas congénitas etc.

- Adquirida: Esta se diferencia por ser causada por traumatismos, afaquias o intervención quirúrgicas por defectos refractivos. (Mico, 2011).

ANISEICONIA

La aniseiconia es una palabra que procede de términos griegos como anisos que significa «desigual» y eikoon que significa «imagen», y significaría «imágenes desiguales». Se describe a la aniseiconia como una condición binocular que se da por tener imágenes retinianas con desigualdad en sus formas y tamaño en los dos ojos. Esta se estima hablando clínicamente como una desigualdad muy evidente entre ambas imágenes retinianas del 0,75% o más.

Los pacientes que tienen una visión binocular aceptable alcanzan a distinguir fácilmente los tamaños de objetos inferiores a un 0,25% hasta un 0,50%, y en casos toleran hasta un 5% sin tener una sintomatología, también en casos mayores a 10% podrían causar diplopía y no se toleraría. (Herranz, Raul Martin; Gerardo Vecilla Antolinez;, 2010)

Etiología De La Aniseiconia

El origen más común de la aniseiconia, es con una corrección óptica para alguna Anisometropía, la manifestación de efectos prismáticos por corrección óptica con potencias desiguales y percepción de prismas, etc.

Incluso se podría dar por distintas causas, así como en la cantidad de fotorreceptores que se encuentran en la retina y también por algunos ubicados en el córtex visual en el procesamiento de imágenes . (Herranz, Raul Martin; Gerardo Vecilla Antolinez;, 2010).

CLASIFICACIÓN DE LA ANISEICONIA SEGÚN LAS TEORIAS:

Aniseiconia estática (clásica) En esta se presenta desigualdades de las imágenes retinianas que van a la misma dirección de mirada por medio de lentes con el mismo poder refractivo.

Aniseiconia dinámica (heteroforica) Esta desarrolla distintas imágenes al ver por un prisma o se genera un resultado prismático diferente, Ejemplo: al ver de forma lateral con lentes de potencias dióptricas desiguales o la corrección mediante prismas de foria o estrabismos. (Herranz, Raul Martin; Gerardo Vecilla Antolinez;, 2010).

Pruebas Diagnósticas Para La Aniseiconia

La aniseiconia se podría descubrir valorando el volumen de las imágenes retinianas. Para esto hay exámenes específicos para correlacionar tamaños de imágenes diplopicas, así como la prueba de lunas rojo/verde.

La persona, usando gafas rojo/verde, tendrá que distinguir entre los dos semicírculos y ver cual tiene un diámetro vertical superior.. (Herranz, Raul Martin; Gerardo Vecilla Antolinez;, 2010).

La detección de la aniseiconia además se tiende a hacer, con asistencia de lentes iseiconicas clip-on, Estas correcciones ópticas contienen una potencia neutra con una elevación combinada con la curva frontal y el espesor central.

Esta corrección óptica elevada va de 0,5% hasta 5,0%, en caso de que la sintomatología disminuya o pueda perderse al utilizar las lentes iseiconicas en uno de los ojos que aumentan al situar por delante del otro, afirmando alguna duda de si es aniseiconia. Entonces se podría usar la prueba alternante haciendo que el paciente compare tamaños en una tarjeta al verlas con un ojo a la vez. (Herranz, Raul Martin; Gerardo Vecilla Antolinez;, 2010).

1.1 Justificación

La ambliopía es uno de los casos más frecuentes durante las visitas optométricas u oftalmológicas esta afecta el desarrollo visual normal a lo largo de la infancia. El ojo con mayor refracción frecuentemente se desvía hacia dentro o hacia fuera, la ambliopía puede suceder a partir del nacimiento y desarrollarse hasta los 7 o 10 años de edad en un infante.

La ambliopía sin tratamiento alguno puede producir la pérdida total y permanente de la visión, de ahí proviene el interés del análisis y desarrollo de este caso clínico para conseguir un diagnóstico claro y conciso, pero lo más relevante es dar un tratamiento adecuado a las molestias visuales que se presentaron en la paciente estudiada.

Así mismo es de suma importancia concluir con este caso clínico ya que es el último requisito fundamental para la previa obtención del título de licenciada en optometría.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- Determinar el motivo de disminución de la agudeza visual de la paciente.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir características relevantes presente en el tipo de ambliopía que se está estudiando.
- Promover la detección temprana de la ambliopía.

1.3 Datos Generales

Nombres completos:

Edad:6 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Hijos:0

Ocupación: Estudiante

Nivel de estudios: Primaria

Nivel socio cultura/económico: Bajo

Procedencia geográfica: Cantón Baba-Provincia de los ríos Ecuador.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente femenino de 6 años que acude a consulta optométrica presentando una disminución en su agudeza visual en el ojo derecho, Sin corrección óptica alguna.

Historial clínico del paciente

- Antecedentes patológicos familiares: diabetes e hipertensión.
- Antecedentes patológicos personales: alergia al polvo y defensas bajas.
- Antecedentes oculares: no refiere
- Antecedente social: no refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Anamnesis

Padres refieren a su hija de 6 años con problemas en su campo visual la describen como, visión borrosa y le causa inconvenientes al momento de leer textos ya que los acerca mucho a su cara, parpadea con demasiada frecuencia al momento de observar objetos, guiña un ojo para enfocar bien con el otro y no tiene un rendimiento escolar muy bueno a comparación con sus compañeros es la primera vez que la niña manifiesta molestias en su visión según sus padres.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

AVL

Snellen	logmar
OD _{V_L} :20/100	0,7
OI _{V_L} :20/40	0,3

AVC

cartilla métrica

OD: 2.M.

OI: 1.50 M

AVCC

OD:20/100

OI:20/25

PH

OD:20/70

OI:20/20

RX Autorefractómetro

OD: -4.25

OI: +2.25

Refracción(Rx)

OD: - 4.50

OI: +2.50

Biomicroscopia

- AO con segmentos anteriores considerados normales
- Motricidad de los músculos: Movimientos considerados saludables.

Estereopsis

Test Random Dot E:0

Test de TNO:0

Binocularidad

Cover test visión lejana: ortoforía (visión central)

Cover test visión próxima: ortoforía (visión central)

Convergencia

Punto próximo de convergencia PPC: llega a la nariz

Percepción de colores

Ishihara: AO normales

2.4 Información de exámenes complementarios

Se aconsejó la visita a un oftalmólogo para la confirmación del diagnóstico y así poder seguir con las consultas recurrentes para el seguimiento respectivo de la afectación visual.

El oftalmólogo realizó el test de bruckner, Test de imagen: Figuras de Allen, LEA símbolos, y un fondo de ojo confirmando el diagnóstico de ambliopía anisométrica.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Al realizar un breve análisis con respecto a este caso clínico, podemos entender que a causa de una Anisometropía se desarrolló una ambliopía anisométrica con la existencia de una gran diferencia de estados refractivos en ambos ojos y que la ambliopía anisométrica fue detectada casi en las últimas etapas del desarrollo visual infantil. Pero que aún hay muchas posibilidades de realizar tratamientos para alcanzar una visión casi perfecta a base de constancia y mucha terapia en casa tanto como en consultas.

Conducta a seguir

Se mantuvo un dialogo con la paciente y sus padres fue muy necesario para explicarles el tratamiento a seguir en casa ya que se realiza la terapia con parche todos los días, también se les explico cómo se llevarían las consultas optométricas , una vez a la semana por motivos de terapias a realizar en el consultorio y así tener un registro de los avances a lo largo del tratamiento ya que aún existe la plasticidad ocular en nuestra paciente y también existen muchas posibilidades de una recuperación de la visión casi por completo.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y el procedimiento a realizar.

Variables	Conceptual	Operacional
Ambliopía	Disminución de la agudeza visual sin lesiones orgánicas evidentes.	Agudeza visual
Anisometropia	Condición refractiva en la que los ojos presentan estados refractivos diferentes en cada ojo.	Diferenciación
Error refractivo	Problema en la longitud axial del globo ocular que impide una buena visión	Refracción

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Este es un caso en el cual el déficit visual es producido por la supresión de uno de los ojos por la diferencia notable de dioptrías que existe entre ambos ojos provocando una visión borrosa y problemas en el aprendizaje de la paciente,

recalcando que esto se produce sin una lesión orgánica como causante de la supresión o ambliopía.

Para la mejoría del paciente se aplicará terapia con parches sobre el ojo en mejor condición en este caso el izquierdo, esta terapia es más fácil y económica con ayuda en casa ya que sus padres son los responsables de que se cumpla el tratamiento completo, esto evita la visita al consultorio optométrico todos los días.

2.8 Seguimiento

Control optométrico una vez a la semana durante 18 semanas que serían equivalente a 4 meses y medio, esto se hará todos los días durante 6 horas diarias, para la realización de terapias adicionales a la del parche y al término de este periodo evaluar la mejoría en su visión.

2.9 Observaciones

Es muy necesario un diagnóstico de la ambliopía antes del término de la plasticidad ocular ya que esto brinda muchas más oportunidades de una recuperación perfecta de la visión en ciertos casos.

CONCLUSIONES

En la mejoría de la agudeza visual de una ambliopía anisométrica influye la edad en la que es detectada, grado de la Anisometropía, su fijación central y excéntrica y la ambliopía que se esté tratando.

Bibliografía

- Arango Simoni, K., Mejia Echavarría, L. F., & Abad Londoño, J. C. (2013). *Oftalmología 2da Ed.* Medellín, Colombia: corporación para investigaciones biológicas CIB.
- Baez, D. M. (2002). *Crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la adolescencia*. Santo Domingo.
- Bestene, J. A. (2008). *Introducción a la clínica*. Bogotá, Colombia: Editorial Javiero.
- Bonafonte, E. (2006). *Esquemas clínico-visuales en oftalmología 3ra edición*. Barcelona, España: Elsevier.
- Ferri, F. F. (2006). *Ferri consultor clínico, claves diagnósticas y tratamiento*. Madrid, España: Elsevier.
- Hernández, S. E. (19 de octubre de 2015). *El mundo visual en los niños*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/2117/89522>
- Herranz, Raul Martín; Gerardo Vecilla Antolínez;. (2010). *Manual de optometría*. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Martín Herranz, R., & Vecilla Antolínez, G. (2010). *Manual de optometría*. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana S.a.
- Martínez Verdu, F. M., & Pons Moreno, A. M. (2004). *Fundamentos de visión binocular*. Valencia: Universidad d'Alacant.
- Mico, R. M. (2011). *Optometría principios básicos y aplicación clínica*. Barcelona, España: Elsevier.

- Ondategui, J. C., Borrás, M. R., Pacheco, M., Varón, M. C., Sánchez, E., & Gispets, J. (2004). *Vision binocular. Diagnóstico y tratamiento*. Catalunya, España: Edicions UPC.
- Pons, I. P. (2018). *Terapia manual en el sistema oculomotor: técnicas avanzadas para la cefalea y los trastornos del equilibrio*. Elsevier health sciences.
- Smith Agreda, J. M. (2004). *Anatomía de los órganos del lenguaje, visión y audición*. Argentina: Editorial panamericana.

ANEXOS

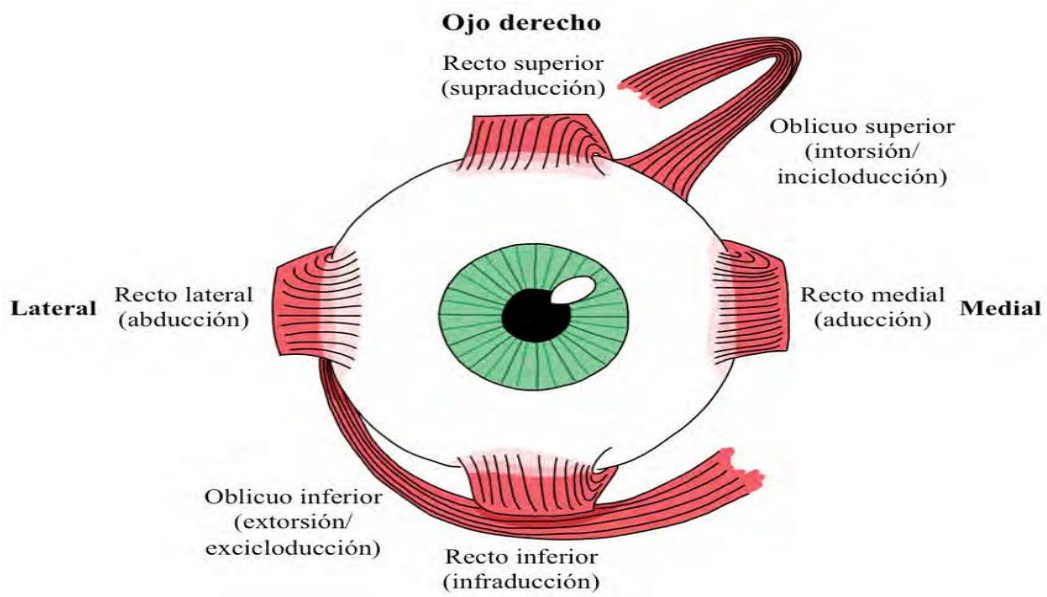


Figura 1 .-Globo ocular

Capas del Globo Ocular

1. túnica externa: esclerótica y córnea
2. túnica media (úvea): coroides, cuerpo ciliar e iris.
3. túnica interna: retina



Figura 3.-Refracción



Figura 4.-Correccion optica



Figura 5.-Terapia con parches

