

tema 2: exploración del aparato visual

HISTORIAL CLÍNICO

Datos personales

Anamnesis: síntomas y signos básicos

Alteración o pérdida de visión

Pérdida de AV

Puede reflejar patología a muchos niveles.

Anomalías en la visión de los colores

Anomalías en el campo visual

Típicas de las lesiones en la vía óptica.

Ceguera nocturna

En procesos degenerativos retinianos que afectan a los bastones.

Metamorfopsias

Percepción alterada de la forma de los objetos, alteraciones maculares.

Diplopia

Trastornos de la motilidad ocular generalmente

Visión de halos

Alrededor de las luces (patología de los medios transparentes del ojo), percepción de moscas volantes (patología del vitreo), percepción de destellos luminosos (patología de la retina).

Molestias o dolor ocular o en zona próxima

Sensación de cuerpo extraño

Causada por traumatismos o lesiones inflamatorias de los párpados, conjuntiva o córnea.

Dolor ocular verdadero

Suele deberse a inflamaciones del cuerpo ciliar o a un rápido aumento de la PIO. Si el dolor se acompaña de pérdida de visión entonces señala una causa ocular; de no ser así, la causa suele localizarse a nivel orbitario o intracraneal.

Cefalea

Suele ser por refracción mal corregida.

Picor y molestias inespecíficas

Síntoma de muchas anomalías oculares leves. Se ha de tener en cuenta la posibilidad de alergias o síndromes de ojo seco.

fotofobia

Suele ser síntoma de inflamación del cuerpo ciliar y reflejar patología del segmento anterior del ojo.

Secreción anormal en los ojos

Lagrimeo

Se produce en enfermedades que estimulan el reflejo del lagrimeo como traumatismos, infecciones del polo anterior, queratitis, uveítis anterior y glaucoma agudo.

Epífora

Derrame de lagrimas por falta de drenaje por obstrucción de la vía lagrimal.

Ojo seco

Anomalías externas del ojo y anejos

Ojo rojo

Si el enrojecimiento se localiza en toda la superficie de la conjuntiva y no se acompaña de alteración de la visión suele deberse a conjuntivitis.

Si se localiza en el área de la unión córneo-escleral y el tinte es más azulado, acompañándose a su vez de pérdida de visión puede deberse a uveítis anterior, glaucoma agudo de ángulo cerrado.

Tumores en el área ocular

Orzuelos, tumores de párpados.

Alteraciones de la posición del globo ocular

Exoftalmos o protusión del globo, enoftalmos o hundimiento del globo.

Alteraciones de la posición de los anejos del globo ocular

Caidas de párpados, ptosis...

Estrabismo

Anomalías en la forma o en el color de la pupila

exploración clínica

AGUDEZA VISUAL LEJANA

Se trata de una prueba de fijación macular, monocular y binocular, se realiza con optotipo de Snellen a seis metros, se considera ceguera legal cuando la agudeza visual lejana cae por debajo de 0,1.

AGUDEZA VISUAL CERCANA

Se utilizan letras, números, símbolos de distintos tamaños.

Habría que observar si existe ortoforia (ni tropías ni forias).

Cada mm desviación equivale a siete grados o quince dioptrías prismáticas.

El punto próximo de convergencia debería oscilar entre 50–70 mm.

EXPLORACIÓN PUPILAR

Se observará si existen anomalías en el color de la pupila.

Leucocoria

Pupila blanca.

Anisocoria

Distinto diámetro pupilar entre los dos ojos.

Coreoptoria

Desviación de la pupila o que su forma no sea redonda.

El tamaño de la pupila debe oscilar entre 3 mm (miosis) y 7 mm (midriasis).

EXPLORACIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR

Se realiza con lámpara de hendidura llegando hasta la cara posterior del cristalino.

La presión intraocular normal oscila sobre los 20mm Hg

Se observará si existe triquiasis (pestañas hacia dentro del segmento ocular produciendo molestias).

Esta exploración se realiza monocularmente.

Será interesante detectar si existen algunas de las siguientes alteraciones:

Hiposfagma

Derrame de sangre por debajo de la conjuntiva bulbar.

Hipopion

Existencia de pus en cámara exterior.

Iridectomía

Existencia de algún agujero en la parte más periférica del iris.

Tyndall

Presencia de informaciones o partículas inflamatorias en el humor acuoso.

En el cristalino pueden aparecer opacidades (cataratas). Éstas se estudian con una lámpara de hendidura y transiluminación.

EXAMEN DEL FONDO DE OJO (OFTALMOSCOPIA)

Utilizaremos el oftalmoscopio el cual proporciona una imagen recta de la retina, es decir, la retina temporal se aprecia en el lado externo de la imagen y la retina nasal en el lado interno.

Oftalmoscopia directa

Se realiza sin utilizar fármacos midriáticos (para dilatar la pupila) y en condiciones ambientales de mayor oscuridad. El ojo derecho del paciente es explorado por el ojo derecho del examinador. Con la oftalmoscopia directa, se puede examinar el polo posterior del ojo y la retina media, si la pupila está dilatada, pero no se alcanza la retina periférica. Se observará un campo pequeño de la retina pero con bastantes aumentos aproximadamente catorce veces mayor. Tanto observador como paciente deben estar recompensados si tuvieran alguna ametropía. Esta prueba se realiza monocularmente.

oftalmoscopia indirecta

Se realiza con fármacos midriáticos por lo que no tendremos acceso. Se obtiene una imagen invertida, es decir, la retina nasal en el lado más externo y la temporal en el lado y interno. Observaremos mucho campo de la retina pero con poco aumento. Observamos la retina. Esta prueba se realiza en los dos ojos a la vez además se utiliza una luz especial y una lente de 20–30 dioptrías.

CAMPIMETRÍA O PERIMETRÍA

Es el examen del campo visual que el paciente se debe realizar en cada ojo por separado. Es posible detectar alteraciones en la vía visual, en el nervio óptico y en la retina.

Perimetría de Goldman

Esta prueba se realiza con un estímulo de luz desde la parte más periférica a la parte central.

Perimetría cinética

Con esta prueba se dibujan líneas de igual sensibilidad (isópteras).

Perimetría estática

Con esta prueba se dibujan líneas que unen puntos de igual sensibilidad retiniana.

TONOMETRÍA

Medición de la presión intraocular.

Existen dos tipos de tonómetros:

Tonómetro de no contacto. Tonómetro de aire

Hay que tomar varias medidas para aproximarse a la realidad. No hay contacto con el ojo. Por tanto no se necesita ningún colirio ni anestésico.

Tonómetro de contacto

Para su utilización se necesitan anestésicos. Al haber contacto con la superficie ocular hay peligro de infección

Existen dos tipos de tonómetros de contacto:

Schiotz (indentación)

Goldman (aplanación)

Este tipo de termómetro suele ir acoplado en la lámpara de hendidura.

GONIOSCOPIA

Se trata de la observación del ángulo camerular mediante la utilización de unas lentes que dirigen la luz hacia éste.

EXOFTALMOMETRÍA

Esta prueba se realiza para determinar si los "ojos saltones" se deben a una patología o son congénitos. Si la córnea sobresale más de 20 milímetros se considera exoftalmometría.

QUERATOMETRÍA

Disco de Plácido

Proyección de discos alternativos y negros sobre la córnea. Si la córnea es esférica su proyección será normal. Si existen anomalías, los círculos proyectados se deforman.

Electrorretinograma

Es una prueba encaminada a determinar la actividad eléctrica de la retina, en concreto de la capa de Los fotorreceptores.

angiofluoresceingrafía

Exámen del fondo de ojo tras la administración, generalmente intravenosa, de un contraste. Permite detectar alteraciones no visibles mediante la oftalmoscopia.