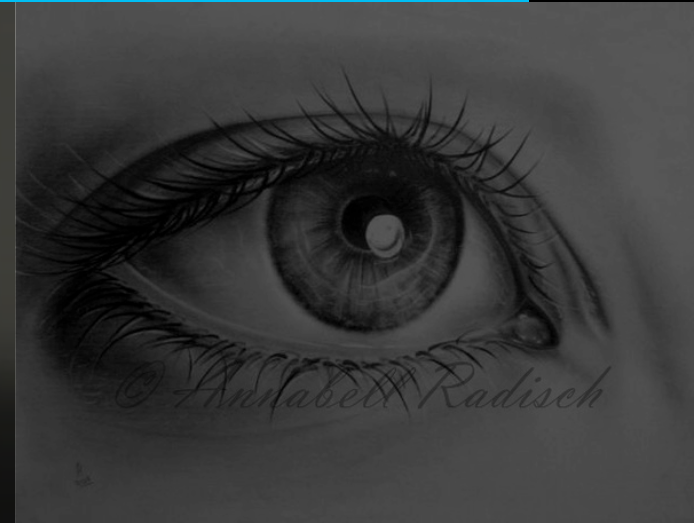


Oftalmología

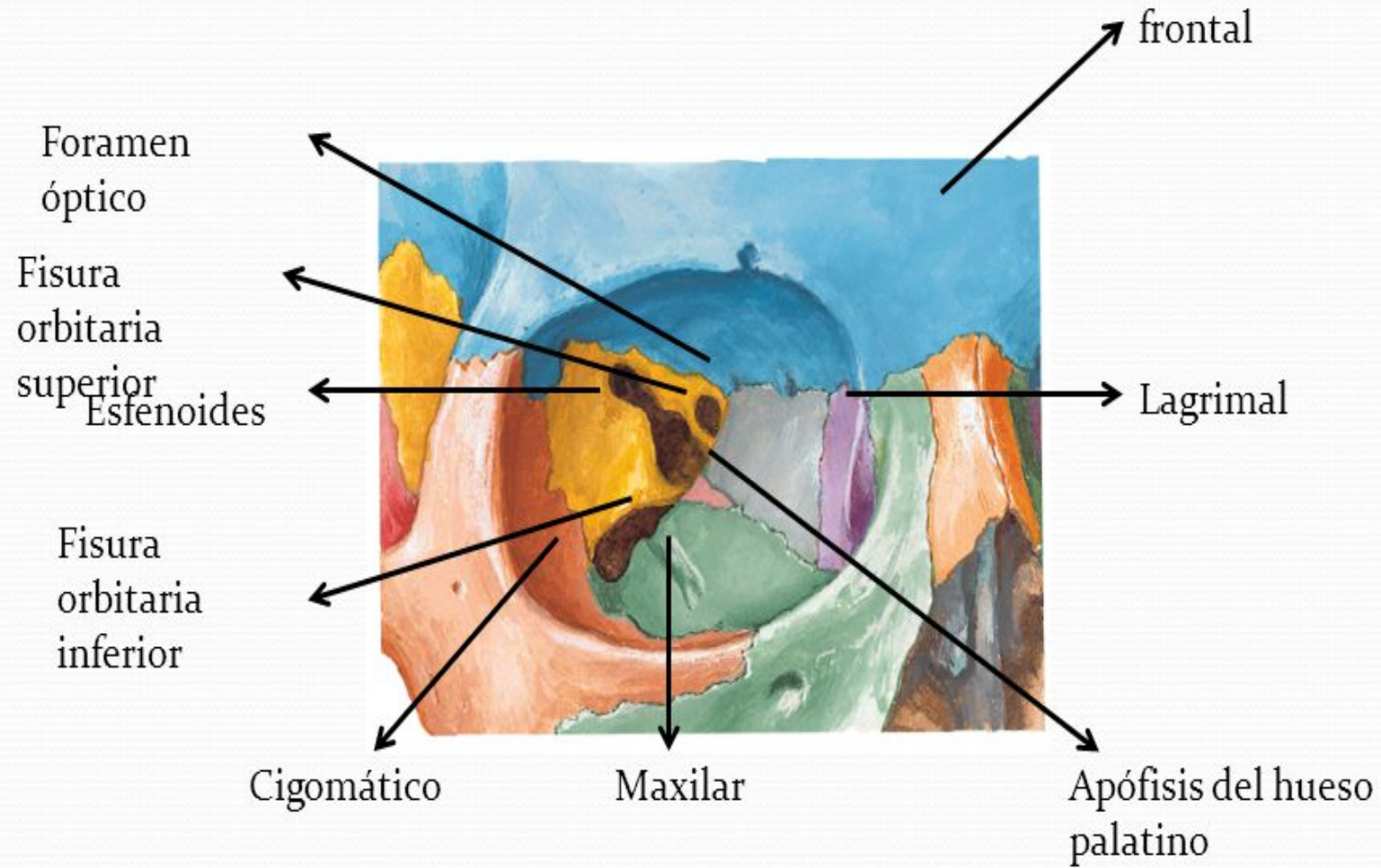
Δρ. Γυιλλερμο Ραφαελ Τελλο Σ<v>χ<v>η

FICHAS DE LA SUBCOMPETENCIA III

- Ruvalcaba Villareal Andrés
- Vázquez Falconi Justiniani Javier
- Vera Bonifaz Israel
- Vera Cifuentes Iván Israel
- Velázquez Pérez Oscar
- Villanueva espinosa Tayani Aylin
- Yamasaki Ramos Nijiko Natsumi



Órbita ósea



ESTRUCTURAS ADYACENTES

El seno maxilar inferior a la orbital cavidad está separado de ella por una placa de 0,5 mm de espesor óseo. El etmoidal las células de aire situadas medial y posterior de la cavidad orbital se separan de ella por una placa de hueso solamente 0,3 mm de espesor o periostio solo.

Otras estructuras también se encuentran inmediatamente adyacentes a la orbital cavidad:

- Seno esfenoidal.
- fosa craneal media.
- Región del quiasma óptico.
- Glándula pituitaria.
- Seno cavernoso.

Estructuras adyacentes superiores incluyen la fosa craneal anterior y el frontal seno.

La cavidad orbital es frecuentemente afectada por trastornos de las estructuras adyacentes. (Inflamaciones de los senos paranasales puede resultar en orbital Celulitis)

Su límite anterior está formado por los septos orbital que se extiende desde el borde orbital a las placas superior e inferior del tarso, los ligamentos palpebrales laterales y mediales, y los párpados.

ABERTURAS DE LA ORBITA

Aberturas orbitarias	Estructuras
Conducto óptico	<ul style="list-style-type: none">• Nervio óptico• Arteria oftálmica
Fisura orbitaria superior	<ul style="list-style-type: none">• Nervio motor ocular común• Nervio patético• Nervio motor ocular externo• Nervio oftálmico- Nervio lagrimal- Nervio frontal- Nervio nasociliar• Venas oftálmicas superiores
Fisura orbitaria inferior	<ul style="list-style-type: none">• Nervio infraorbitario• Nervio zigomático• Venas oftálmicas inferiores
Conducto infraorbitario	<ul style="list-style-type: none">• Nervio infraorbitario

DISPLASIA OCULOAURICULOVERTEBRAL (SX DE GOLDENHAR)

Se presentan dermoides epibulbares cerca del limbo, además de anomalías del oído externo y rudimentos de conductos branquiales en la zona de las mejillas.



DISOSTOSIS MANDIBULAR

Esta anomalía de desarrollo del primer arco branquial se caracteriza por deformidades orbitarias con hendidura palpebral antimongoloide, coloboma del párpado inferior, orejas de implantación baja y mandíbula hipoplásica con anomalías dentarias.



DISOSTOSIS MANDIBULOFACIAL (SINDROME DE TREACHER-COLLINS INCOMPLETO, SÍNDROME DE FRANCESCHETTI COMPLETO)

Esta anomalía de desarrollo del primer arco branquial se caracteriza por deformidades orbitarias con hendidura palpebral antimongoloide, coloboma del párpado inferior, orejas de implantación baja y mandíbula hipoplásica con anomalías dentarias.



DISOSTOSIS OCULAMANDIBULAR (SÍNDROME DE HALLERMANN-STREIFF)

Además de la típica "cara de pájaro", puede presentarse microftalmos bilateral asociado a la cataratas, nistagmo y estrabismo.



SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI

En esta displasia craneomandibulofacial aparecen hendiduras palpebrales antimongoloides, hipertelorismo, epicanto y enoftalmos. Se han descrito también cataratas, coloboma del iris y glaucoma infantil.



MENINGOCEFALOCELE

Se debe a un cierre incompleto de las suturas craneales; puede producir evaginaciones de las meninges y del tejido cerebral; clínicamente se encuentra exoftalmos punsatil o, en casos extremos una prominencia tumoral.



OSTEOPATÍAS

Proceso morboso óseo que produce alteración de la órbita. Las más conocidas son las enfermedades deformantes de Paget, disostosis múltiples, y enfermedad ósea de marmórea de Albert-Schonberg, que producen una atrofia óptica por compresión.



CELULITIS ORBITARIA

DEFINICIÓN: Inflamación aguda del contenido orbitario cuyos síntomas cardinales son la limitación de la motilidad ocular y malestar general.

ETIOLOGÍA: La inflamación aguda de la región orbitaria posterior al septum orbitale, en más del 60% de los casos y en niños el 84% proviene de los senos paranasales, especialmente de las celdillas etmoidales y el seno frontal (*S. Pneumoniae*).

SINTOMATOLOGÍA: Los pacientes tienen un intenso malestar general, cursan con fiebre, y dolor que se exagera con los movimientos oculares.

DIAGNÓSTICO: Clínicamente son típicos el exoftalmos con quemosis, y edema palpebral, así como una limitación de la motilidad ocular (globo emparedado).

TRATAMIENTO: Antes de ser identificado el germen causal iniciar tratamiento con antibióticos orales como: amoxicilina + clavulanato. Ajustando la terapia a otras posibles causas.



SIGNOS PALPEBRALES EN LA ORBITOPATÍA ENDOCRINA.

- **DEFINICIÓN:** enfermedad autoinmunitaria con afectación de la orbita que se asocia frecuentemente con trastornos de la glándula tiroides.
- **EPIDEMIOLOGIA:** afecta más a las mujeres y el 60 por ciento tienen hipertiroidismo.
- **ETIOPATOGÉNESIS:** infiltración linfocitaria de la orbita con depósito de glucosaminoglucanos.
- **SINTOMATOLOGÍA:** indolora, ojos enrojecidos, secos con sensación de presión. comienza entre los 20 y 46 años.
- **DIAGNOSTICO:** el síntoma cardinal es el exoftalmos y engrosamiento de los músculos principalmente recto inferior y recto medial.
- **DX DIFERENCIAL:** tumores de la orbita y seudotumores orbitarios.
- **TRATAMIENTO:** corticoterapia,.



LINFOMA

DEFINICIÓN: Son un conjunto de neoplasias del tejido linfático

EPIDEMIOLOGÍA: afecta mas de un millón de personas en el mundo

ETIOPATOGENIA: Los linfomas pueden aparecer solos o asociados a enfermedad generalizada

SÍNTOMAS: perdida de peso, diaforesis de predominio nocturno

DIAGNÓSTICO: suelen ser hallazgos

TRATAMIENTO: es necesaria la cooperación del oncólogo y se puede tratar con quimioterapia y radioterapia.



Dr. Arteaga

RABDIOMIOSARCOMA

- **DEFINICIÓN:** Es un tumor maligno que se origina a partir de células musculares esqueléticas normales.
- **EPIDEMIOLOGÍA:** Es una neoplasia muy infrecuente. Aunque es el tumor orbitario maligno mas frecuente en la infancia
- **ETIOPATOGENIA:** Aunque estos tumores pueden surgir casi en cualquier órgano, las localizaciones de origen y desarrollo más frecuentes son las estructuras de cabeza y cuello (casi un 40% del total de casos).
- **SÍNTOMAS:** Pérdida de peso, diaforesis de predominio nocturno
- **DIAGNÓSTICO:** TC y biopsia
- **TRATAMIENTO:** Es necesaria la cooperación del oncólogo y se puede tratar con quimioterapia y radioterapia, es muchos casos es posible la curación.



MIOPIA

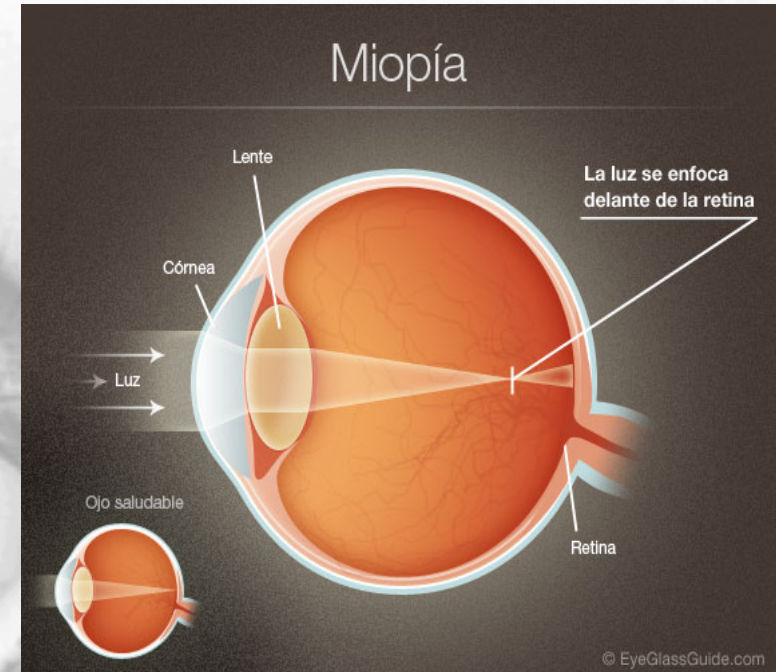
DEFINICIÓN: desproporción entre el poder de refracción y la longitud axial del ojo, por lo que los rayos que inciden paralelos forman su punto focal por delante de la retina.

EPIDEMIOLOGÍA: alteración más frecuente además de las condicionadas por la edad. En el 35% de los jóvenes.

SÍNTOMAS: a lo lejos no se forman imágenes nítidas sobre la retina.

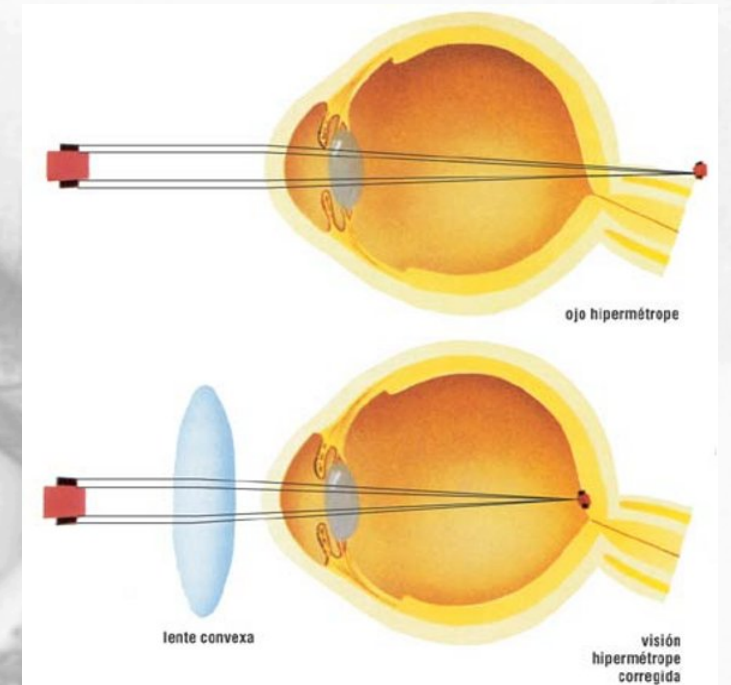
DIAGNÓSTICO: basado en la sintomatología típica y la determinación de la refracción. Ven bien de cerca, contraen los ojos para ver de lejos.

TRATAMIENTO: lentes divergentes (negativas, cóncavas).



HIPERMETROPIA

- **DEFINICIÓN:** Desproporción entre el poder de refracción y la longitud axial del ojo; los rayos que inciden paralelos forman su punto focal por detrás de la retina
- **EPIDEMIOLOGÍA:** Aprox. el 20 % de los europeos de 20-30 años de edad muestran una refracción superior a +1 dpt
- **CLASIFICACIÓN:** Hipermetropía axial: ojo corto con poder de refracción normal; Hipermetropía refringente: ojo de longitud normal con poder de refracción más pequeño
- **SÍNTOMAS:** Molestias astenópicas (cefalea, dolor ocular, escozor, blefaroconjuntivitis, visión borrosa) y estrabismo convergente
- **DIAGNÓSTICO:** Con oftalmoscopio se encuentra papila prominente, levemente borrosa. Retina demasiado grande para el tamaño del ojo
- **TRATAMIENTO:** Compensar el defecto de refracción con lentes convergentes (lentes positivas o convexas)



ASTIGMATISMO

- **DEFINICIÓN:** Consiste en una anomalía de la curvatura de los medios refringentes de tal forma que los rayos que inciden paralelos no se reúnen en un punto, si no que son separados a lo largo de una línea.
- **EPIDEMIOLOGÍA:** El 42% de los humanos muestra astigmatismo igual o superior a 5 dtp. En aproximadamente 20% es superior a 1 dpt y debe corregirse ópticamente.
- **SÍNTOMAS:** los pacientes ven todo distorsionado.
- **DIAGNÓSTICO:** el disco de plácido.
- **TRATAMIENTO:** Correctivo, lentes o quirúrgico.



ANISOMETRIA

DEFINICIÓN: se presenta una diferencia en el poder de refracción entre ambos ojos.

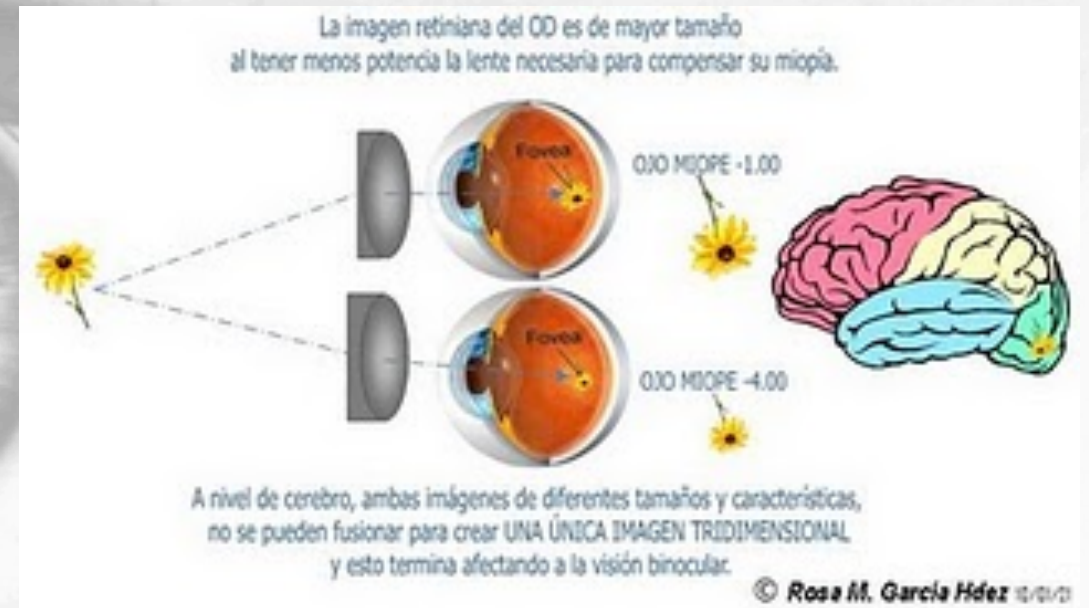
EPIDEMIOLOGÍA: En menos del 1% en la población se presenta una anisotropía de 4 dioptrías o mas

CLASIFICACIÓN: congénitas

SÍNTOMAS: generalmente asintomáticas, pero en los niños hay una tendencia al estrabismo.

DIAGNÓSTICO: por exploración a partir de la determinación de la refracción.

TRATAMIENTO: en primer lugar se compensa los defectos de refracción, pero en pacientes con anisotropías superiores a 4 dioptrías no pueden corregirse con gafas, son con lentes de contacto. Y en raras ocasiones el tratamiento quirúrgico será la implantación secundaria de lentes de contactó.



LENTES DE CONTACTO RIGIDAS (DURAS)

Los pacientes tardan en acostumbrarse a ellas y por ello tienen que llevarlas con regularidad.

En cada movimiento de parpadeo, la lente se desplaza hacia arriba y vuelve después a su posición central, lo que permite la renovación de la película lagrimal.

Se fabrican con materiales de elevada permeabilidad al oxígeno, como **el copolímero de silicona**

Pueden fabricarse como lentes esféricas o como lentes tóricas.

Las **lentes esféricas** compensan casi completamente un astigmatismo corneal inferior a 2.5 dpt

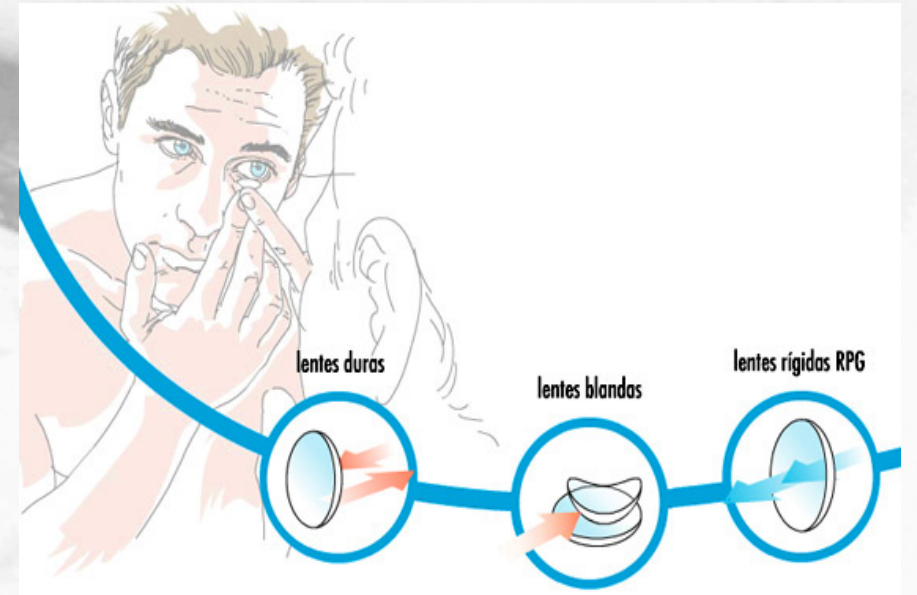
Cuando hay un astigmatismo corneal elevado o un astigmatismo interno deben emplearse **lentes de contacto tóricas**.

Incluso las lentes de contacto rígidas pueden corregir queratoconos avanzados.



LENTES DE CONTACTO BLANDAS

- **DEFINICIÓN:** El material de estas lentes es blando y amoldable, de mayor comodidad
- **PERMEABILIDAD AL OXÍGENO:** Depende del contenido en agua, entre 36 al 85%. Es menor que con las lentes rígidas.
- **DIAMETRO:** 12.5 Y 16mm . Mayor que el de las lentes rígidas.
- **SÍNTOMAS:** Se apoyan en el limbo. Al parpadear se deslizan pocas decimas de milimetro, por lo que se reduce la renovación de la lagrima bajo la lente
- **TIEMPO MÁXIMO DE USO DIARIO:** Retirar por la noche, para permitir la regeneración de la córnea
- **TRATAMIENTO:** No es posible corregir el astigmatismo corneal con lentes blandas esféricas . Para ello se necesitan lentes blandas tóricas.



LENTES ESPECIALES

LENTES DE CONTACTO TERAPEUTICA:

Utilizadas en las erosiones corneales con una lente ultrafina de 0.5 mm; también como reservorio de medicamentos , que se liberan lentamente.

ESCUDOS CORNEALES:

Son dispositivos de colágeno, se desintegran lentamente y sirven como vendaje y como reservorio de medicamentos.

LENTES COSMÉTICAS:

Tienen impresiones de colores y se utilizan en pacientes con aniridia y con albinismo

LENTES DE CONTACTO BIFOCALES:

Se desarrollaron para poder proporcionar lentes de contacto a los pacientes con presbicia



ESTRABISMO CONCOMINANTE

DEFINICIÓN: variante de estrabismo que se caracteriza por que el ojo desviado acompaña al ojo fijador en todas las direcciones del movimiento. El ángulo de desviación permanece igual en todas las direcciones de la mirada. Aparece en forma monolateral o alternante.

CLASIFICACIÓN: a) convergente; b) divergente; c) vertical y d) ciclotropía (raro)

EPIDEMIOLOGÍA: se origina casi exclusivamente en la infancia. En el 60-70% de los casos se manifiesta antes de los dos años.

ETIOLOGIA: factores genéticos, defectos de refracción no corregidos, fusión insuficientes, reducción de visión unilateral, lesiones perinatales (prematuridad, asfixia), traumatismos cerebrales y encefalitis. A menudo queda sin aclarar.

DIAGNÓSTICO: clínico (en las edades mencionadas previamente), método de Hirschberg y prueba de oclusión bilateral.

TRATAMIENTO: según sea el caso, oclusión ocular, cirugía correctiva.



ESTRABISMO CONVERGENTE (ENDOTROPIA, ESOTROPIA)

DEFINICIÓN: desviación del eje visual hacia adentro

CLASIFICACIÓN: a) Endotropia congénita; b) Endotropia Adquirida; c) Microestrabismo

SÍNTOMAS: a) Endotropia congénita: ángulo de desviación grande y cambiante; ausencia de visión binocular, nistagmo latente, inclinación de la cabeza en la dirección del ojo fijador, estrabismo vertical, síndrome alfabético en A y en V.

B) Endotropia adquirida: tiene dos formas I) Inicio temprano: 1-3 años, por lo general >2 años, estrabismo unilateral, ambliopía y correspondencia retiniana anómala, II) Inicio tardío: 3-7 años, visión binocular bien desarrollada y diplopía.

C) Microestrabismo: 4-6 años, ambliopía, correspondencia retiniana anómala, visión binocular parcialmente conservada.

DIAGNÓSTICO: clínico (en las edades mencionadas previamente), método de Hirschberg y prueba de oclusión bilateral.

TRATAMIENTO: según sea el caso, oclusión ocular, cirugía correctiva.



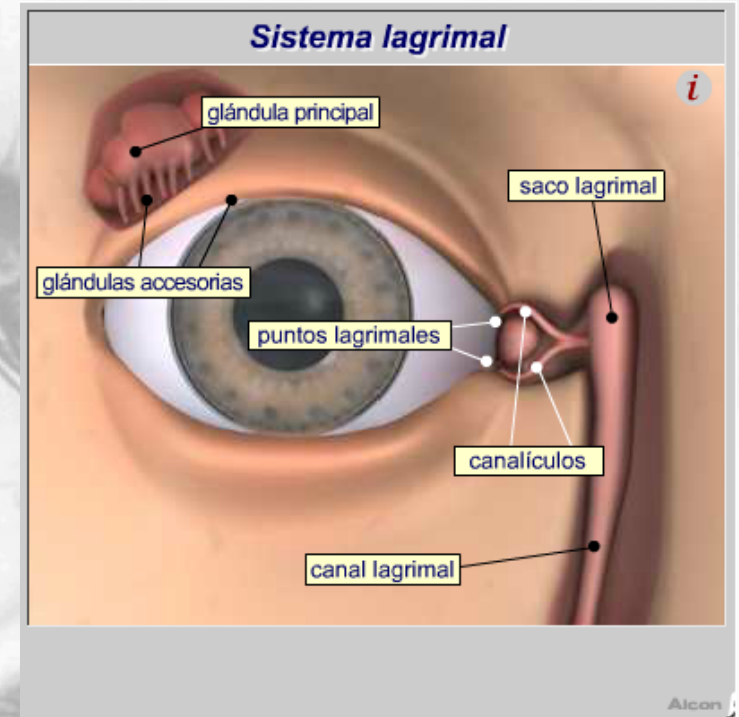
ESTRABISMO DIVERGENTE (EXOTROPIA)

- DEFINICIÓN: Desviación del eje visual hacia afuera.
- EPIDEMIOLOGÍA: Afecta principalmente a adultos.
- CLASIFICACIÓN: a)Intermitente; b)secundaria y c)consecutiva.
- ETIOLOGÍA: a) Exotropía intermitente: es la más frecuente, se presenta solamente cuando el paciente mira de lejos, en casos leves puede ser solo latente, b) Exotropía secundaria: aparece cuando un ojo tiene una reducción de la agudeza visual por enfermedad o traumatismo, c)Exotropía consecutiva: se produce tras una operación de un estrabismo convergente, posiblemente por un exceso de corrección.
- DIAGNÓSTICO: clínico (en las edades mencionadas previamente), método de Hirschberg y prueba de oclusión bilateral.
- TRATAMIENTO: según sea el caso, oclusión ocular, cirugía correctiva.



TRAUMATISMOS EN EL SISTEMA LAGRIMAL

- **ETIOPATOGENESIS:** Los canalículos lagrimales pueden seccionarse en heridas cortantes y avulsiones del angulo interno. La obliteración de los puntos y de los canalículos lagrimales es el resultado de quemaduras o causticaciones. Los traumatismos del saco lagrimal o de la glandula lagrimal aparecen asociados a traumatismos craneofaciales graves.
- **SÍNTOMAS:** Inflamación importante y dolorosa con tumefacción en la región del saco lagrimal, puede causar malestar general, fiebre y afectación de los ganglios linfáticos regionales.
- **TRATAMIENTO:** Se operan bajo un microscopio quirúrgico. Se intuban los canalículos con un anillo de tubo de silicona introducido con una sonda especial. Debe realizarse por un oftalmólogo.



CUERPOS EXTRAÑOS EN CORNEA Y CONJUNTIVA

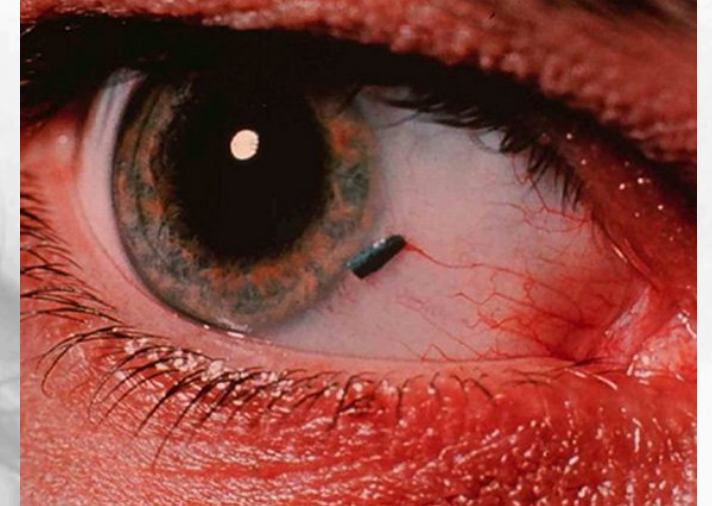
EPIDEMIOLOGÍA: es la urgencia ocular mas frecuente de los médicos generales y especialistas

ETIOPATOGENESIS: los cuerpos extraños pueden ser transportados por el aire u otro medio, los cuales se alojan en la conjuntiva o la queman

SÍNTOMAS: sensación de cuerpo extraño en los movimientos palpebrales, dolor, epifora, blefaroespasmos, hiperemia conjuntival, inyección ciliar.

DIAGNÓSTICO: clínico, exploración con una lupa

TRATAMIENTO: sacar objeto con una aguja fina o cánula, antibiótico (pomada)



EROSIONES CORNEALES

ETIOPATOGENESIS: la superficie corneal se lesiona por un traumatismo, en consecuencia, algunas veces las células epiteliales se adhieren de forma defectuosa a la capa de Bowman, del forma que el epitelio se rompe una y otra vez en el lugar del traumatismo inicial.

SÍNTOMAS: intensa sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, blefaroespasmos, dolor intenso, hinchazón del párpado e inyección corneal.

DIAGNÓSTICO: tinción con fluorescencia sódica e iluminar con luz azul de cobalto

TRATAMIENTO: pomada antibiótica y vendaje oclusivo. O lente de contacto y colirios antibióticos.



CONTUSIÓN DEL GLOBO OCULAR

ETIOPATOGENESIS: a consecuencia de un traumatismo violento con un objeto romo (puñetazo, pelota de squash o de tenis, piedra, hasta de toro, etc.)

SÍNTOMAS: deformación y desgarre de las estructuras oculares

DIAGNÓSTICO: clínico, exploración del segmento anterior y posterior.

TRATAMIENTO: ojo en reposo

SECUELAS: glaucoma secundario, desprendimiento de retina, catarata, subluxación y luxación del cristalino.



CELULITIS Fractura por estallido de la orbita

ETIOLOGÍA: acción de un traumatismo, que puede fracturar la pared de la orbita. Se produce una herniación y aprisionamiento de la grasa orbitaria, así como del m. recto inferior y su vaina. Cuando en vez de del suelo de la orbita se fractura la pared del etmoides, se produce enfisema en los párpados.

SÍNTOMAS: diplopía, sobre todo en la mirada hacia arriba. Inicialmente, cuando el ojo todavía esta muy hinchado, la diplopía puede pasar inadvertida. Enoftalmos y estrechamiento de la hendidura palpebral, cuando el defecto oseos es grande. Hipoestesia de la piel de la cara, en una lesion del nervio orbitario. La crepitacion en la hinchazon del parpado indica fractura de etmoides. Localizacion exacta de la fractura por radiografias o TAC.

TRATAMIENTO: cirugia dentro de 10 dias siguientes al traumatismo.



HERIDAS CON APERTURA DE GLOBO OCULAR

ETIOLOGÍA: causados por objetos afilados, que atraviesan la cornea y la esclera, son las formas mas extremas de traumatismo debe distinguirse entre heridas penetrantes con y sin cuerpo extraño intraocular.

SÍNTOMAS: espectro clínico completo, aberturas de cornea y esclera con perdida de la cámara anterior, hasta pequeñas lesiones apenas visibles. Agudeza visual comprometida, catarata traumática, deformación de la pupila hacia la perforación, hipotonía ocular, hemorragia en cámara anterior y cuerpo vítreo. Radiografía y TC proporciona datos de cuerpo extraño

TRATAMIENTO: primeros auxilios y cirugía.

CONSECUENCIAS TARDÍAS: reformación inapropiada de cámara anterior, lesión de retina, cuerpos extraños intraoculares de hierro y de cobre, cuerpos extraños orgánicos.



HERIDAS ORBITARIAS POR EMPALAMIENTO

ETIOLOGÍA: se originan con frecuencia: Niños que se caen sobre el lápiz u otros objetos, causados por otras personas como flechas y dardos, autolesión con cuchillo etc.

SÍNTOMAS: desplazamiento del globo ocular, hemorragia en tejidos circundantes. Oftalmoscopia, radiodiagnóstico y ecografía con ultrasonidos.

TRATAMIENTO: extraer cuerpo extraño, controlar hemorragias, antibióticos.



TRAUMATISMOS QUÍMICOS (CAUSTICACIONES)

ETIOLOGÍA: Lesiones químicas pueden ser causadas por una variedad de sustancias tales como ácidos, álcalis, detergentes, disolventes, adhesivos y sustancias irritantes como el gas lacrimógeno. La severidad puede variar desde una ligera irritación del ojo a la ceguera total.

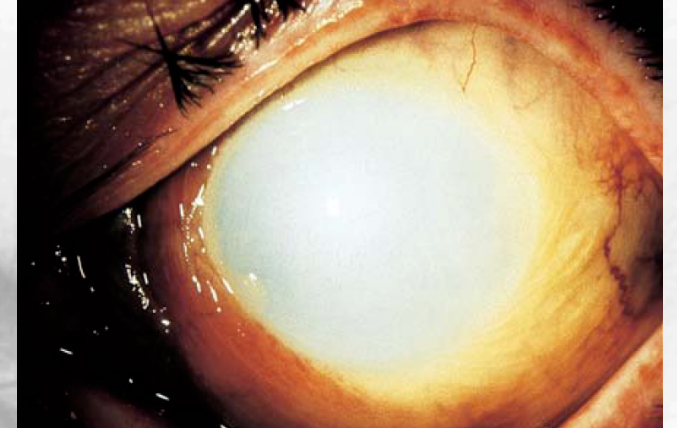
SÍNTOMAS: Epífora, blefaroespasma, y dolor severo son los principales síntomas. Quemaduras de ácidos usualmente causan pérdida inmediata de la agudeza visual debido a la necrosis superficial. En las lesiones alcalinos, pérdida de agudeza visual a menudo se manifiesta varios días después

TRATAMIENTO: Administrar la anestesia tópica para aliviar el dolor y neutralizar blefaroespasma.

Con los párpados superior e inferior totalmente evertidos, retirar con cuidado pequeña partículas tales como la extremidad residual de la conjuntival superior e inferior fondos de saco bajo un microscopio utilizando un hisopo de algodón húmedo.

Lave el ojo con una solución amortiguadora. riego a largo plazo utilizando una irrigación la lente de contacto puede estar indicada (la lente está conectado a una cánula para irrigar el ojo con un flujo constante de líquido).

Iniciar la terapia del dolor sistémico si está indicado.



QUEMADURAS

ETIOLOGÍA: Por una llama vigorosa como la de un encendedor de cigarrillos, vapores calientes, de ebullición agua y salpicaduras de grasa caliente o metal caliente causan la coagulación térmica de la superficie corneal y conjuntival. Debido a la reflejo de cierre ojo, el párpados a menudo se verán afectados también

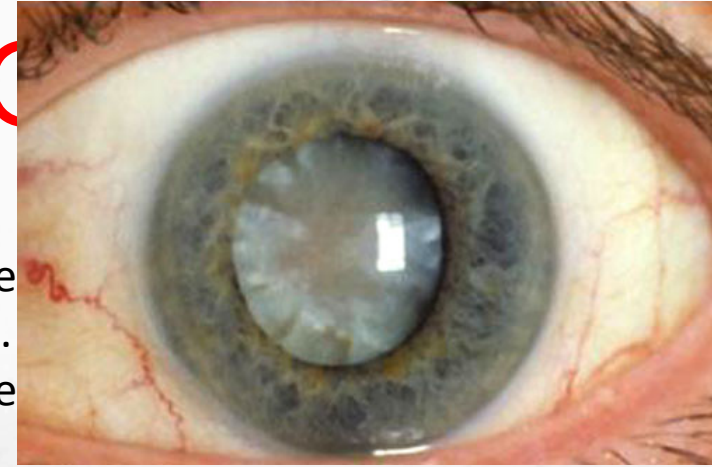
SÍNTOMAS: Los síntomas son similares a las de las lesiones químicas (epífora, blefaroespasma, y dolor).

Un anestésico tópico se administra, y el ojo se examina como en una lesión química. Opacificación inmediata de la córnea será fácilmente aparente. Esto es debido al escalamiento del epitelio y tejido necrosis, cuya profundidad variará con la gravedad de la quemadura. En las quemaduras de astillas de metal, uno encontrará a menudo partículas metálicas enfriadas incrustados en la córnea.

TRATAMIENTO: El tratamiento inicial consiste en la aplicación de vendajes refrigerantes antisépticos para aliviar el dolor, después de lo cual las áreas necróticas de la piel, conjuntiva, y córnea se eliminan bajo anestesia local. Las partículas extrañas, tales como partículas de ceniza y humo incrustados en los párpados y la cara se eliminan cooperación con un dermatólogo con el cepillo hacia fuera con una solución estéril cepillo de dientes bajo anestesia general. Las partículas superficiales en la córnea y conjuntiva se eliminan bajo anestesia local junto con el tejido necrótico. Las áreas afectadas son tratados entonces con un ungüento antibiótico.



TRAUMATISMOS POR RADIACION



ETIOLOGÍA: La radiación (de neutrones, o radiación / radiografía gamma) de poder ionizante de alta energía que puede causar la ionización y la formación de radicales en el tejido celular. La profundidad de penetración en el ojo varía con el tipo de radiación, es decir, el longitud de onda, lo que resulta en tipos característicos de daños en los tejidos.

Este daño en los tejidos siempre se manifiesta después de un período de latencia, a menudo sólo después de un período de años. Los sitios comunes incluir el cristalino (catarata radiación) y la retina (retinopatía de radiación).

SÍNTOMAS: La pérdida de las pestañas del párpado y la pigmentación acompañada de la blefaritis son síntomas típicos. Un ojo seco es una señal de daños en el epitelio conjuntival (pérdida de las células caliciformes). La pérdida de la visual agudeza debido a una catarata radiación se observa por lo general en uno o dos años de la irradiación. retinopatía por radiación en forma de retinopatía isquémica con hemorragias, manchas algodonosas, oclusión vascular retiniana y la neovascularización por lo general se produce pocos meses después de la irradiación.

TRATAMIENTO: Los síntomas del fondo de ojo por lo general desaparecen espontáneamente en un plazo cuatro a seis semanas. Disminución de la agudeza visual y defectos del campo visual de vez en cuando puede persistir. Tratamiento de vez en cuando con altas dosis de esteroides sistémicos y los inhibidores de la prostaglandina.

ANGIOPATÍA RETINIANA TRAUMÁTICA TRANSITORIA (RETINOPATÍA DE PURTHER)

- **ETIOLOGÍA:** después de traumatismos graves de tórax (traumatismo por compresión, como el producido por el cinturón de seguridad), o la fractura de huesos largos (presumiblemente por embolias grasas y espasmos arteriales), se producen trastornos del flujo sanguíneo arterial y venoso en la retina con subidas bruscas de la presión
- **SÍNTOMAS:** se producen una isquemia aguda de la retina con trastornos de la visión y disminución de la agudeza visual 3 o 4 días después del traumatismo desencadenante. En la exploración del fondo de ojo se encuentran focos blancos algodinosos y hemorragias intrarretinianas como signos de la isquemia retiniana, así como hemorragias lineales.
- **TRATAMIENTO:** los hallazgos del fondo de ojo desaparecen espontáneamente en el plazo de 4 a 6 semanas. La disminución de la agudeza visual y los defectos del campo visual pueden a veces permanecer. Ocasionalmente, se intenta un tratamiento con dosis altas de corticosteroides por vía general y de inhibidores de prostaglandinas.

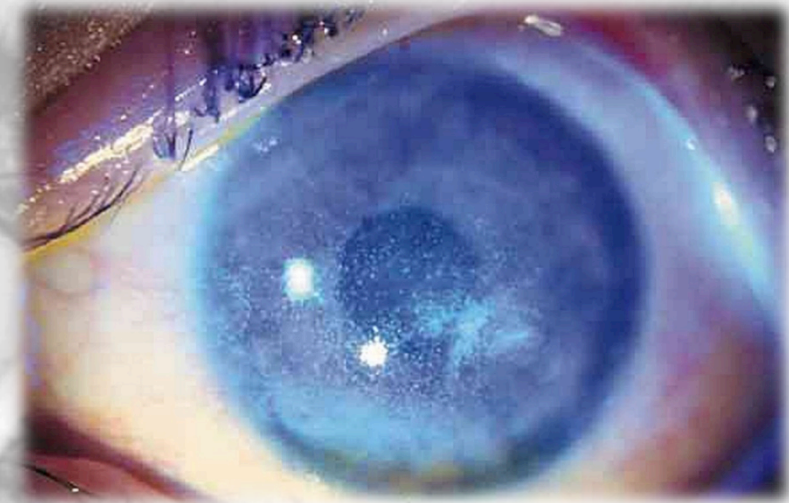


QUERATITIS ACTÍNICA

ETIOLOGÍA: las causas de la queratitis actínica suelen ser mirar la soldadura eléctrica sin gafas de protección, la exposición a la luz solar en altura elevada con los ojos abiertos y sin protección ocular o por esquiar a grandes alturas con intensa radiación solar y la correspondiente reflexión de la luz en la nieve.

SÍNTOMAS: dolor, fotofobia, epifora y una sensación insoportable de cuerpo extraño después de un tiempo típico de latencia de 6 a 8 horas hacen que el paciente acuda al oftalmólogo o a una clínica oftalmológica refiriendo “ceguera aguda”. Hay un acusado blefaroespasma. La piel fina del párpado muestra un eritema alrededor de los ojos.

TRATAMIENTO: debe dejársele claro al paciente “cegado” que con pomada antibiótica las lesiones se curarán completamente y sin secuelas en el plazo de 24-48 horas. Lo que más ayuda es aplicar pomada antibiótica en ambos ojos cada 2 o 3 horas y mantener al paciente en reposo en una habitación oscura. Debe indicársele al paciente que la pomada no aliviará el dolor inmediatamente y que deben evitarse los movimientos oculares.



CAUSAS DE CEGUERA EN PAISES INDUSTRIALIZADOS

Afecciones	Frecuencia aproximada (%)
Afecciones de la retina	30
Glaucoma	11
Afecciones del nervio óptico	9
Catarata	9
Uveítis	5
Otras	35