

Comunicación corta

Diagnóstico diferencial, mediante VOG-Perea, entre endoforia descompensada y foria monofijacional de Parks

Differential diagnosis by VOG-Perea, between decompensated esophoria monofijacional phoria the Parks

José Perea¹, M.^a Dolores Martínez², Sofía Navarro², Beatriz de Andrés²

Unidad de Investigación, Consultoría y Docencia de la Motilidad Ocular (SESCAM). Complejo Hospitalario de Toledo

Resumen

Objetivo: Mostrar la dificultad del diagnóstico diferencial entre endoforia descompensada y la foria monofijacional de Parks (microtropía con componente fórico) (1). Se señalan los signos que marcan la diferencia. **Conclusiones:** El procedimiento ideal para resolverlo es la video-oculografía (2), que detecta la dominancia ocular, el micromovimiento (si lo hubiere), la existencia, o no, del escotoma de Harms (3) y el registro de los movimientos de vergencia fusional asimétrica (4,5).

Palabras clave: Video-oculografía, VOG-Perea, foria monofijacional, esoforia descompensada, microtropía, escotoma de Harms.

Summary

Objective: To show the difficulty of differential diagnosis between uncompensated phoria monofijacional esophoria and Parks (microtropia with phoric component) (1). Signs that make a difference is drawn. **Conclusions:** ideal for solving procedure is the video-oculography (2) which detects the eye dominance, micromotion (if any), the existence or not of scotoma Harms (3) and recording movements asymmetric fusional vergence (4,5).

Keywords: Video-oculography, VOG-Perea, monofijacional phoria, decompensated esophoria, microtropia, Harms scotoma.

Introducción

La foria monofijacional, descrita por Marshall Miller Parks en 1961, enfermedad rara como entidad primaria, usualmente es secundaria a una endotropía recuperada estéticamente de forma espontánea o por cirugía. Corresponde a una microtropía con el añadido de heteroforia.

La heteroforia, por el contrario, es una ortotropía que se descompensa en heterotropía al disociar ambos ojos.

La diferencia entre heteroforia compensada y foria monofijacional de Parks es tarea simple si nos basamos en el estudio sensorial. La primera aportaría buena correspondencia retiniana, no-supresión foveal y normal estereoagudeza.

¹ Médico-Oftalmólogo Emérito.

² Médico adjunto del Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario de Toledo.

Problema distinto es el diagnóstico diferencial entre heteroforia descompensada y foria monofijacional, mostrado en el caso que nos ocupa.

Caso clínico

Paciente de 32 años, con antecedentes familiares de estrabismo, que refiere visión doble al mirar lateralmente (derecha-izquierda) e, incluso, de frente, de modo intermitente, en especial cuando se siente cansado. Desde hace bastantes años prefiere cerrar un ojo para encontrarse más cómodo.

Estudio sensorial

Agudeza visual s.c. OD = 1 OI = 1.

Estereoagudeza: 130" de arco. Supresión foveal ojo izquierdo.

Diplopía al disociar con cristal rojo a 1 m.

Luces de Worth a 5 m: 5 luces (diplopía).

Estudio motor

Fijación disociada: Endoforia +9,1° OD. Endoforia +6,4° OI (fig. 2).

Cover test alternante: +8,9° fijando OD. +11,7° fijando OI (fig. 3)

La Vergencia de refijación da cuenta de la dominancia del OD (fig. 4)

El test de las 4 D muestra la normalidad de la prueba descartando la microtropía (fig. 5).

Fijación asociada: Ortotropía en PPM. En dextroversión +11,5°. En dextroversión +7,7°. (fig. 6).

Discusión

En el estudio de la motilidad ocular por vídeo-oculografía llegamos a la siguiente conclusión:

Se trata de una heteroforia descompensada. Este paciente siempre ha padecido su endoforia cuya defensa, para buscar confort, era cerrar su ojo derecho. En principio, el estudio de las vergencias por vídeo-oculografía indica que el OD es dominante, como refleja la anarquía motora del OI (fig. 4).

Los datos más relevantes para llegar al diagnóstico los aporta el estudio sensorial (estereoagudeza, supresión, correspondencia retiniana) y el test de Irvine-Jampolsky (test de las 4 D).

La deficiente estereoagudeza (130") y la supresión foveal del ojo izquierdo son signos que suelen acompañar a la heteroforia descompensada, aunque también son visibles en las microtropías.

El test de las 4 D es definitivo y confirma el diagnóstico. Tanto cuando se antepone el prisma al ojo derecho (ojo dominante) como cuando se antepone al ojo izquierdo (ojo dominado) hay siempre respuesta motora compatible con normalidad (ortotropía). Cuando se antepone al

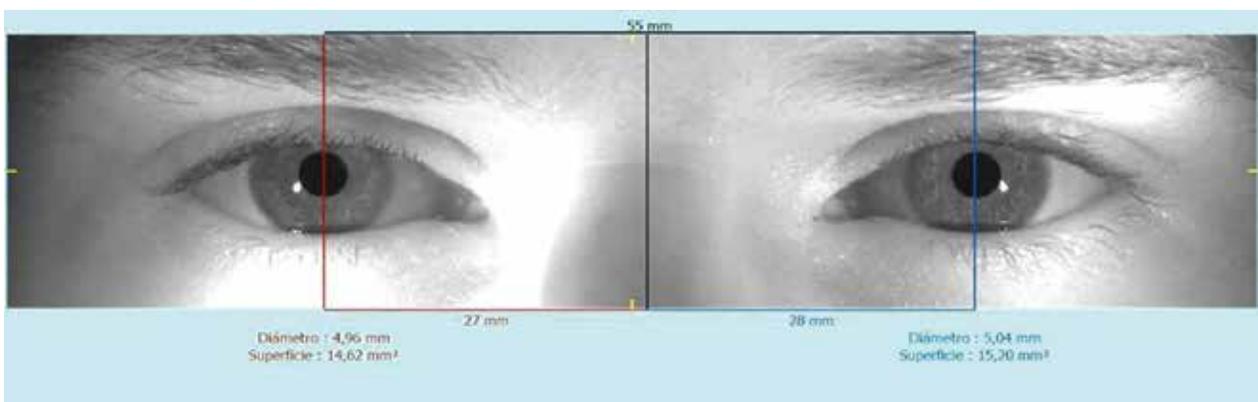


Figura 1. Parámetros pupilares.

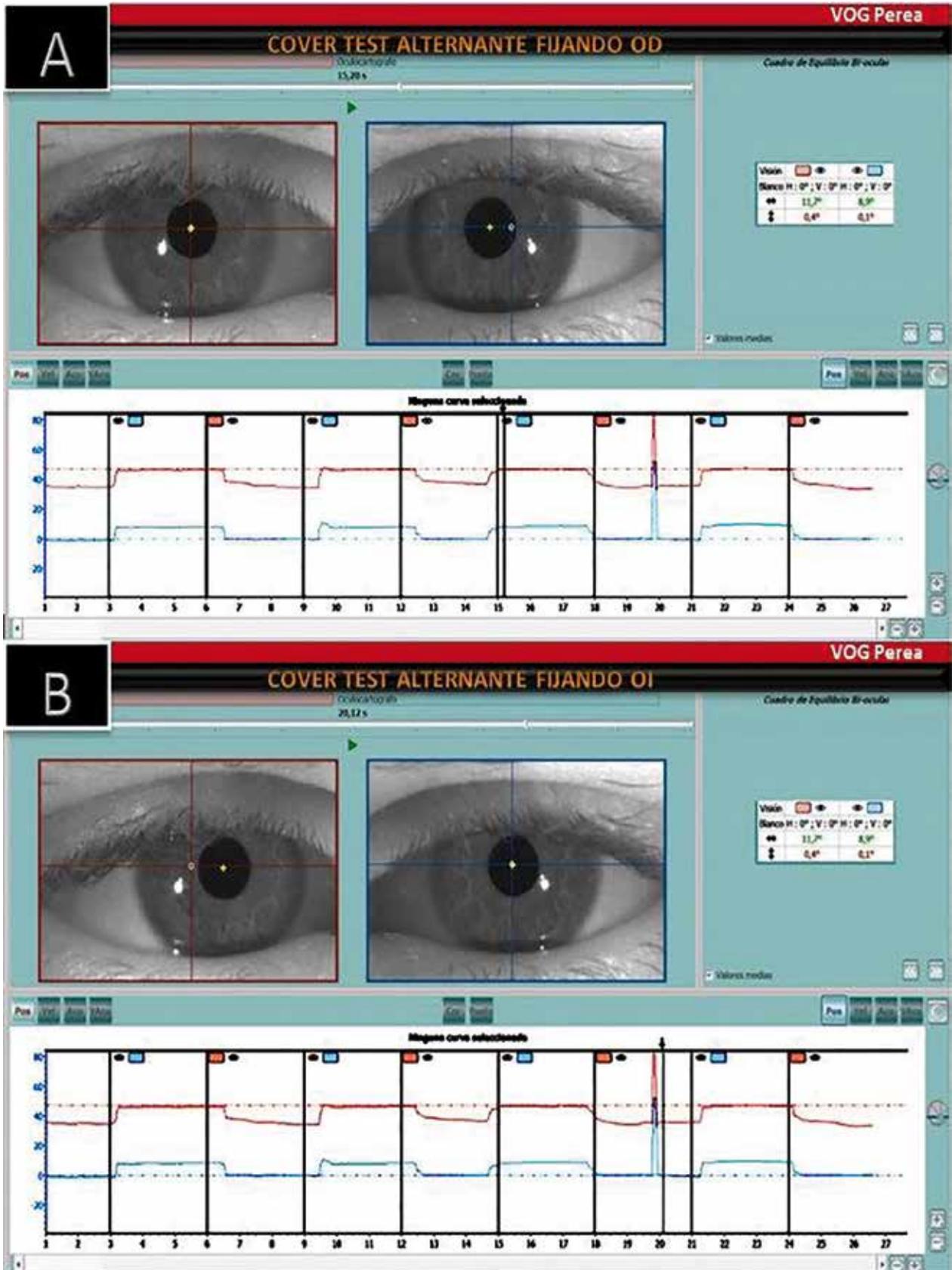


Figura 3. Cover test alternante. A. Fijando OD (+8,9°). B. Fijando OI (+11,7°).

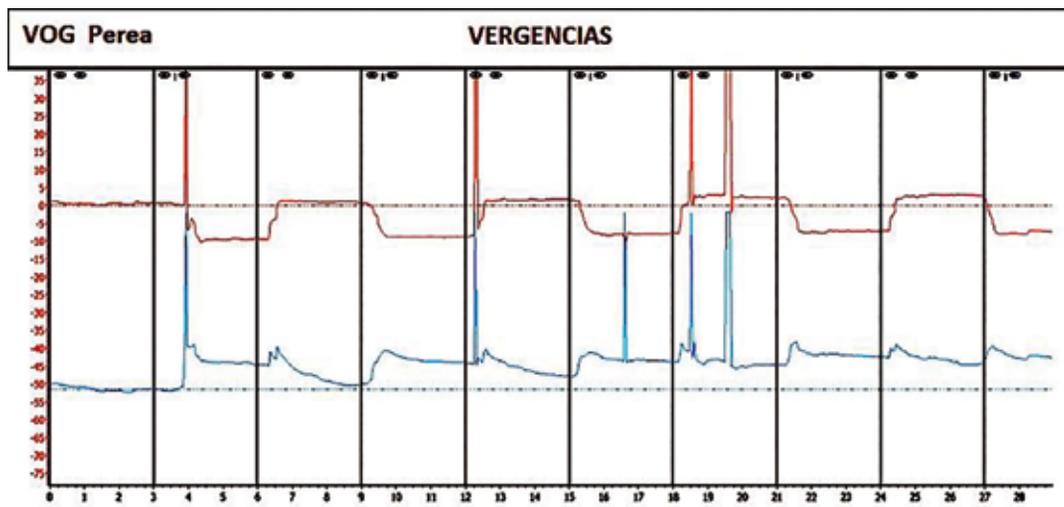


Figura 4. Las vergencias muestran claramente la incongruencia motora con dominancia del OD. Véase la anomalía gráfica del movimiento vergencial del OI.

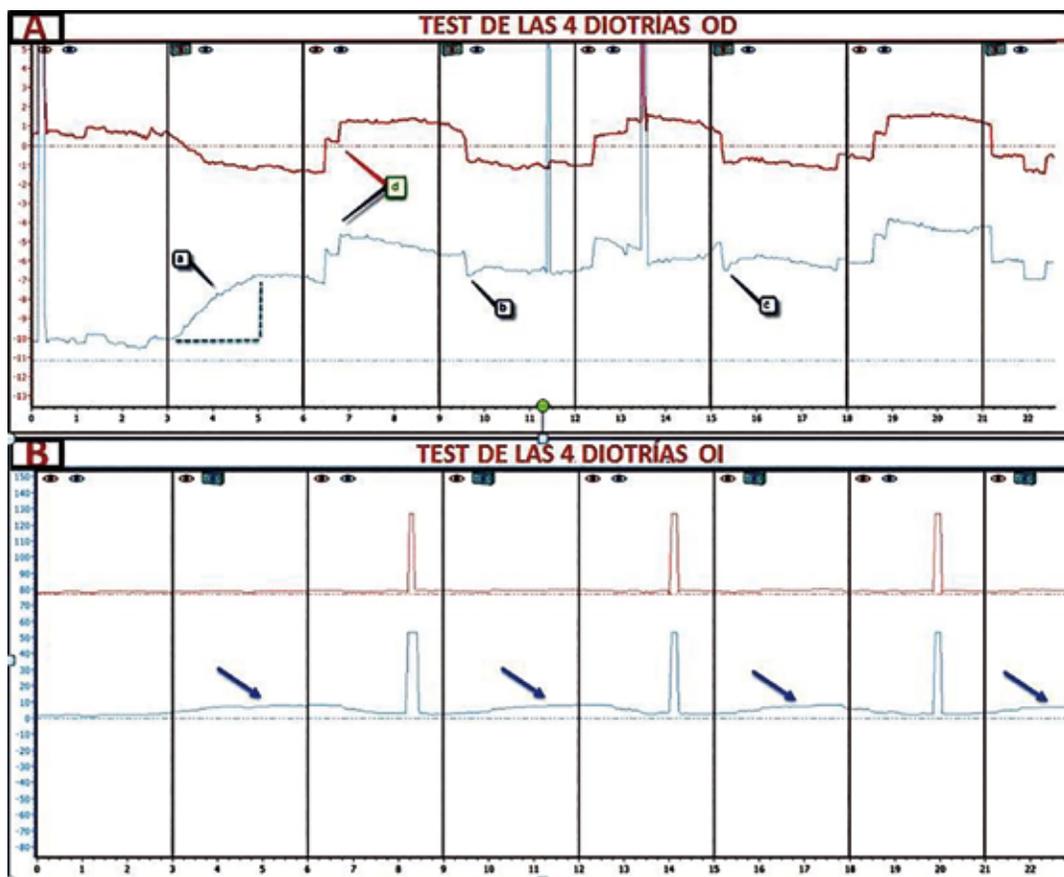


Figura 5. Test de las 4 D (Irvine-Jampolsky). **A.** Prisma antepuesto al OD (ojo dominante). Ausencia del escotoma de Harms. La curva lenta del OI, al inicio de los movimientos y acotada por los dos trazos de línea discontinua, es la respuesta fórica que provoca la disociación prismática. A partir de aquí la anteposición del prisma al OD provoca un pequeño movimiento en el OI (b y c) que vuelve por vergencia asimétrica a la situación fórica precedente. La indicación aportada por «d» corresponde al primer movimiento de divergencia desdoblado con perfecta correspondencia motora en ambos ojos. **B.** Prisma antepuesto al OI (ojo dominado). La anteposición del prisma al ojo izquierdo induce un movimiento de convergencia fusional asimétrica (curva indicada por las flechas azules). Corresponde al Tipo A de mi clasificación. La respuesta de este ojo evidencia la no existencia del escotoma de Harms.

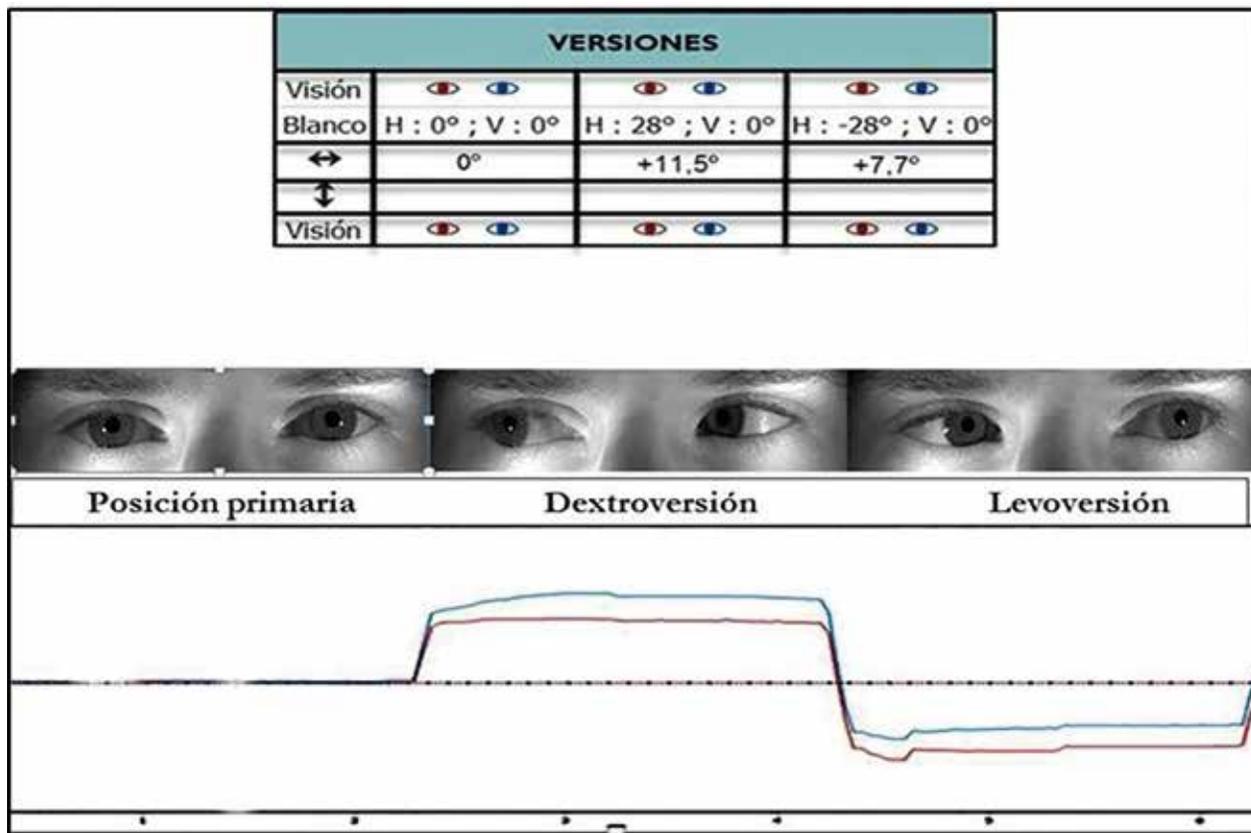


Figura 6. Ortotropía en posición primaria y endotropía en dextro y levoversión con fijación del ojo en aducción (OI en dextro y OD en levoversión).

ojo derecho hay un Tipo D y cuando se antepone al ojo izquierdo hay un Tipo A de mi clasificación (4). En ninguna de las dos exploraciones hay silencio motor, indicativo de la existencia del escotoma de Harms, aval de la microtropía.

Por otra parte, el dato de la no-existencia de ambliopía, nos hace inclinar la balanza al diagnóstico de heteroforia descompensada, puesto que la microtropía se acompaña, usualmente, de discreta ambliopía.

No obstante, este paciente muestra el raro dato de diplopía en lateroversiones, en cuyas posiciones diagnósticas hay sendas heterotropías, en tanto que hay normalidad en PPM. A este signo, que suponemos congénito, no le hemos podido dar explicación etiológica. Se ha practicado RNM y estudio neurológico, que han resultado normales.

El diagnóstico diferencial entre estas dos entidades es muy importante, pues un tratamiento ortóptico antisupresivo en una heteroforia

sería correcto, en tanto que practicado en una microtropía podría ser nefasto. En la actualidad este paciente se encuentra confortable con tratamiento prismático.

Bibliografía

1. Perea J.- Estrabismos (pág.389). ISBN: 978-84-695-4601-7. Edición: Artes Gráficas Toledo S.A.U. 2008. (Pág.389)
2. Perea J.- Fisiopatología del equilibrio oculomotor. 2011. ISBN: 978-84-695-4603-1. Editorial Brosnac S.L. Madrid. (Pág. 183-250).
3. Perea J.- Test de las 4 dioptrías ¿realidad o quimera?. Acta estrabológica. 2008. Vol. XXXVII, 2:83-88.
4. Perea J.- Video-Oculografía. Exploración y registro de la motilidad ocular. Monografía breve (pág.87-91). Acta estrabológica. 2009. Vol. XXXVIII, 2:57-119.
5. Perea J. Video-oculografía y test de las 4 dioptrías. Otro concepto de exploración. Anales del Instituto Barraquer. 2011. Vol. nº 1-2. Pág. 57-64.