



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OPTOMETRIA**

DIMENSION

**PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN
OPTOMETRIA**

TEMA DEL CASO CLINICO

**PTERIGION Y DISMINUCION VISUAL EN PACIENTE DE
SEXO FEMENINO DE 46 AÑOS.**

AUTORA

JANINA ROCIO GUILINDRO COLOMA

TUTOR

DR. MALDONADO SANTACRUZ FULTON ESTENIO

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2022

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACION.....	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	13
1.3 DATOS GENERALES.....	14
II. METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO	15
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	15
Historial clínico del paciente.....	15
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). 15	15
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	15
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	16
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	18
2.8 Seguimiento	18
2.9 Observaciones	19
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS.....	23

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación, es el fruto de mi esfuerzo y responsabilidad constante el cual le he dedicado a Dios por haberme regalado la vida y haber permitido que llegue a finalizar esta carrera, de modo que sin su ayuda no hubiera sido imposible, también doy gracias a mi familia y mis hijos por su apoyo incondicional, quienes me brindan su alegría y cariño el cual me llena cada día de fuerzas para continuar siendo mejor cada día, como muestra del aprecio que siento hacia ellos sigo por la ruta del saber y superación con el tesón y esfuerzo que me caracteriza para ser un ejemplo de superación para mis hijos y demás familiares.

JANINA ROCIO GUILINDRO COLOMA

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a la hermosa Universidad Técnica de Babahoyo, a la Facultad de Ciencias de la Salud, por impulsar mi profesionalización, a mis docentes quienes con sus sabias enseñanzas me guiaron, por el camino del saber y del bien para así formarme como personas responsables, también agradezco a mis compañeros por el apoyo mutuo y aunque sabíamos que no iba a ser fácil decidimos unir fuerzas y luchar todos por el mismo objetivo.

También agradezco a mi tutor **DR. MALDONADO FULTON** por su apoyo incondicional y su comprensión para poder llegar al objetivo propuesto.

JANINA ROCIO GUILINDRO COLOMA

TITULO DEL CASO CLINICO

**PTERIGION Y DISMINUCION VISUAL EN PACIENTE DE SEXO
FEMENINO DE 46 AÑOS.**

RESUMEN

El pterigión es un crecimiento anormal de tejido sobre la superficie del ojo que puede afectar su visión según el grado de invasión, las molestias que presenta el pterigión además de alterar su estética es ardor, irritación, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo y en muchos casos dolor ocular.

El pterigión se presenta con mayor facilidad en personas que están en una constante actividad al aire libre como: trabajadores del campo, construcciones, los que están constantemente expuesto al polvo.

El tratamiento que se da al pterigión depende del grado de invasión en el que se encuentre pero por lo general siempre su tratamiento es quirúrgico.

OBJETIVO: determinar la refracción de la paciente, su grado de pterigión, identificando sus principales causas, prevención y tratamiento.

METODOLOGIA: se realizó una exploración ocular mediante el cual examinamos a una paciente femenina de 46 años que presenta molestias como: lagrimeo, irritación y sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho, además de presentar una disminución de su agudeza visual, por aproximadamente 5 años.

Mediante la exploración con lámpara de hendidura observamos un pterigión de III grado, y mediante el autorrefractómetro valoramos su agudeza visual.

CONCLUSION: como conclusión tenemos el diagnostico de un pterigión de III grado, causado por la continua exposición al sol y al polvo, el cual fue remitido a un oftalmólogo para dar seguimiento a su respectivo tratamiento que en su mayoría es quirúrgico y su disminución visual es por la presbicia causada por su edad, el cual se le prescribió lentes de montura.

PALABRAS CLAVES: pterigión, invasión, autorrefractómetro, exploración, presbicia.

SUMMARY

The pterygium is an abnormal growth of tissue on the surface of the eye that can affect your vision depending on the degree of invasion, the discomfort that the pterygium presents in addition to altering its aesthetics is burning, irritation, foreign body sensation, tearing and in many cases eye pain.

Pterygium occurs more easily in people who are in constant outdoor activity such as: farm workers, construction workers, those who are constantly exposed to dust.

The treatment given to the pterygium depends on the degree of invasion in which it is found, but in general, its treatment is always surgical.

OBJECTIVE: to determine the refraction of the patient, her degree of pterygium, identifying its main causes, prevention and treatment.

METHODOLOGY: An eye examination was performed through which we examined a 46-year-old female patient who presented discomfort such as: tearing, irritation and foreign body sensation in the right eye, in addition to presenting a decrease in visual acuity, for approximately 5 years.

CONCLUSION: in conclusion we have the diagnosis of a III degree pterygium, caused by continuous exposure to sun and dust, which was referred to an ophthalmologist to follow up on their respective treatment, which is mostly surgical and their visual decrease is for presbyopia caused by his age, for which he was prescribed framed glasses.

KEY WORDS: pterygium, invasion, autorefractometer, exploration, presbyopia.

INTRODUCCION

El pterigión es un crecimiento anormal del color rojo y blanquinoso de la conjuntiva, que invade la córnea, de manera más general en el extremo más cercano a la nariz, sin embargo también puede afectar al borde externo del ojo. (JURGENS, 2020)

Es indoloro y los signos dependen de la intensidad del trauma, por lo que cuanto más crecen, más incomodidad pueden provocar en la superficie del ojo como: (lagrimeo, enrojecimiento o sensación de cuerpo extraño). En el suceso más grave, la visión puede correr el riesgo, puesto que recubre una zona más amplia de la córnea y hacer causar astigmatismo. (JURGENS, 2020)

El pterigión es una enfermedad que está presente a nivel mundial, es más común en los climas cálidos y secos. El pterigión puede ser congénito o adquirido, aparece entre los 20 y 50 años de edad y es más frecuente en el hombre que en la mujer a nivel mundial, su etiología es desconocida hasta nuestros días. (TORRES, 2014).

En Ecuador, a pesar de ser una enfermedad muy común, apenas se registran datos de la misma. Por esta razón, se considera valiosa la información registrada por la Misión Milagro que presta sus servicios desde el año 2005 a pacientes ecuatorianos, primero en Cuba y hoy por hoy en el país, con el funcionamiento de tres centros oftalmológicos ecuatoriano cubanos ubicados en las ciudades de Machala, Ballenita y Latacunga. (TORRES, 2014).

Desde el año 2006, se registran un total de 81 138 pacientes operados de pterigión. En 2009, se realizó en este Centro un estudio sobre el comportamiento del pterigión, en pacientes intervenidos con varias técnicas, con el objetivo de determinar el comportamiento clínico epidemiológico de los pacientes operados de pterigión con la técnica quirúrgica de autoinjerto conjuntival en este Centro, durante el primer semestre de 2010 se diseñó el presente estudio. (TORRES, 2014).

I. MARCO TEORICO

Pterigión

Pterigión proviene de la palabra griega “pteron” que significa “ala”, por su forma triangular; el vértice del ala se direcciona hacia la pupila mientras que la base hacia el extremo nasal. Para una mejor descripción de la patología, se debe hablar de la córnea que es una de las estructuras que se ven afectadas por esta tumoración benigna. La córnea es transparente, carece de vasos sanguíneos y es extremadamente rica en terminaciones nerviosas, y tiene continuidad con la esclerótica. (TREVINO, 2011)

El pterigión es un cambio degenerativo límbico corneal que consiste en un trauma neoplásico benigno, no presenta un riesgo severo para la visión en la mayor parte de las veces; sin embargo, puede llegar a afectar la visión del paciente. La mayoría de las situaciones no representa un riesgo mayor, sin embargo por seguridad se debe mandar el tejido extirpado para su examen patológico. Esta lesión se puede relacionar a la exposición constante de viento, sol, arena o polvo; frecuentemente es bilateral. El pterigión puede inflamarse y aumentar de tamaño. La extirpación del pterigión se debe realizar en los casos en que el crecimiento del mismo pone en riesgo la visión por afectación del eje visual, además en los casos de astigmatismo intenso inducido por la lesión o irritación ocular grave. (TREVINO, 2011)

Epidemiología

Esta enfermedad afecta más habitual en hombres, su riesgo va en aumento conforme la edad y es más común en personas entre los 20 y 50 años, es más habitual en la zona rural que en la urbana. El pterigión aunque presente en todo el mundo destaca en áreas cercanas al ecuador o lugares de climas cálidos y/o secos. Los factores ambientales como lo son exposición al polvo continua, un ambiente seco, y la radiación ultravioleta, factor más comprometido y justificado fisiopatológicamente, son algunos de los elementos que contribuyen la aparición de pterigión. Su prevalencia es de 22% en las zonas ecuatoriales y menor de 2% en las zonas cercanas a los cuarenta grados de latitud. El peligro referente para el aumento de pterigión de una persona que vive en zonas de altas densidades solares, es cuarenta y cuatro veces mayor; once veces mayor

para quienes trabajan en un zonas arenosas, al exterior; nueve veces mayor para una persona que no usa lentes con filtro ultravioleta (UV); y dos veces mayor para quien no ha usado una gorra. (TREVINO, 2011)

FISIOPATOLOGIA

Estudios han establecido una relación firme entre la radiación UV como un factor etiológico para el pterigión y tumores ubicados en el limbo. El pterigión crece desde el epitelio limbal. Un segmento de este epitelio, el limbo migrante, invade la córnea de manera centripeta, seguido por el epitelio conjuntival, acto continuo un tipo diferente de células corneales se desarrollan en el borde del tejido que ocasiona el pterigión. (TREVINO, 2011)

La membrana de Bowman es diluida en el área cubierta por el extremo del pterigión que invade la córnea. Por otra parte, existen algunas teorías alternas para la aparición del pterigión, como la implicación del virus herpes simple o papiloma, si bien no se han mostrado evidencias sólidas que logren sustentar estos fundamentos. Este crecimiento sobre la córnea es en esencia de tejido fibrovascular que se continúa en la capa conjuntiva, comúnmente está del lado nasal del ojo, aunque existen ocasiones que se puede encontrar en el lado temporal, en este caso se llama pterigión doble. (TREVINO, 2011)

El área lesionada se delimita por opacidades blanquecinas elevadas conocidas como islotes de Vogt y una línea con depósitos de hierro limita la cabeza del pterigión en la córnea. (TREVINO, 2011)

El pterigión se compone de colágeno subepitelial y hialinizado con decadencia elástica. En el vértice corneal de la cabeza del pterigión existe fragmentación y devastación de la membrana de Bowman. Ahora, con el uso de técnicas inmunohistoquímicas y de investigación estructural, se ha obtenido nueva evidencia que comprueba la existencia de miofibroblastos en el tejido fibrovascular de pterigión. (TREVINO, 2011)

La existencia de estos miofibroblastos explica el astigmatismo corneal causado por el pterigión. Probablemente los miofibroblastos se ocasionen de remanentes de fibroblastos activados por estímulos fibrogénicos como el factor

de crecimiento transformante (TGF), factor de crecimiento de tejido conectivo (CGF) y factor de crecimiento plaquetario (PGF). (TREVIÑO, 2011)

PATOGÉNESIS

Epidemiológicamente ocurre con mayor índice en países cercanos al ecuador, con clima cálido y en grupos de población que trabajan expuestos a los entornos ambientales externo. El denominador común parece ser la presentación continua a la radiación solar; aunque otros factores se encuentran asociados como ser el clima seco, evaporación rápida de la película lagrimal, tendencia familiar, ametropías, vientos y micro traumatismo con partículas de polvo o de hielo. (Guillén, 1995)

Se ha propuesto como mecanismo fisiopatológico que la luz solar incidente sobre la córnea y conjuntiva es absorbida causando daño tisular, los rayos infrarrojos por su efecto térmico y los rayos ultravioletas por su efecto abiótico, principalmente la banda B (longitud de onda de 320 nm.-290 nm.), que además causa las quemaduras y cáncer de piel. (Guillén, 1995)

Esta exposición continua provoca cambios degenerativos e hiperplásicos que conlleva a la formación de una masa elevada en la conjuntiva expuesta; por efecto mecánico de esa elevación no puede distribuirse en forma homogénea la película lagrimal y la zona de limbo cercana a ella se queda seca, esto produce lesión epitelial de la córnea (Dellen), que tiende a ser cubierta por la conjuntiva produciendo así el pterigión. Por delante de él se van formando de nuevo zonas de Dellen que son cubiertas estimulándose en forma continua el crecimiento del pterigión. (Guillén, 1995)

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

El estroma conjuntival revela cambios en el tejido conectivo, las fibras de colágeno son hipertróficas, densas, hialinizado y pueden degenerar a una forma de material basófilo granular. Muchos vasos se ven en el estroma. El epitelio es parecido al conjuntival pero de grosor irregular mostrando algunas zonas más gruesas que otras. En la cabeza del pterigión el epitelio corneal es elevado y atenuado por la invasión de tejido conectivo conjuntival; en ésta área la membrana de Bowman ha sido arruinada. Frecuentemente se encuentran en el epitelio una amplia variedad de transformaciones degenerativas y proliferativas como ser acantosis y disqueratosis que dan aspecto de "malignidad" a la lesión. (Guillén, 1995).

Aspectos clínicos

El pterigión es una hiperplasia de tejido fibrovascular benigna de la capa conjuntiva que ataca la córnea, esta invasión de tejido fibroso comúnmente crece de forma horizontal y debido a esto puede llegar a deteriorar la visión del paciente. Ahora se le considera como una alteración de tipo inflamatoria y proliferativa ubicada en la superficie ocular. (TREVINO, 2011)

Dentro del cuadro clínico encontramos que el pterigión es asintomático en los casos leves o de estadio inicial. El paciente con este problema puede desarrollar alteraciones o malestares tales como ardor, dolor, prurito o sensación de cuerpo extraño. El signo característico de un pterigión activo es la presencia de una lesión engrosada, congestiva e inflamatoria. En los casos más avanzados o de recurrencia, la zona elevada puede producir queratopatía epitelial sintomática y produce lagrimeo reflejo, fotofobia y sensación de cuerpo extraño. (TREVINO, 2011)

Los pterigiones de mayor tamaño pueden ocasionar una disminución en la visión y provocar astigmatismo irregular. El diagnóstico diferencial del pterigión se hace generalmente con las pinguéculas, que son elevaciones submucosas amarillentas que surgen junto al limbo y pueden llegar a inflamarse, pero a diferencia del pterigión no invade la córnea, además que la pinguécula rara vez aumenta de tamaño. (TREVINO, 2011)

La histopatología de ambas lesiones es similar. Existe también el pseudopterigión que comparte algunas características con el verdadero pterigión; los dos son capas o pliegues de tejido fibroso que se pegan a la córnea, pero la diferencia está en que el pterigión verdadero está adherido en toda la extensión del área afectada el pseudopterigión tiene un extremo libre. (TREVINO, 2011)

Algunas de las complicaciones de este padecimiento se originan a partir de la inflamación del mismo y entre ellas las más destacadas son: irritación, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño, disminución de la agudeza visual y astigmatismo. Según el área afectada por el pterigión se puede determinar su grado y con esto tener un diagnóstico más acertado y proporcionar un tratamiento más eficaz. En base a estos criterios se establece que en el grado I no es necesaria una intervención quirúrgica; sin embargo entre mayor sea el área ocupada por éste o mayor sea el número de complicaciones, será necesaria una intervención quirúrgica. (TREVINO, 2011)

CUADRO CLÍNICO

El pterigión es una afección vascularizada localizada en la conjuntiva interpalpebral en el eje de 180 grados que puede estar en el extremo nasal o/y temporal, siendo el sitio más recurrente el sector nasal; tiene forma triangular con el ápex (cabeza) invadiendo a la córnea y dirigido hacia el eje visual lo que provoca distorsión corneal, astigmatismos irregular y pérdida visual. (Guillén, 1995)

Las señales dependen del grado de actividad y del tamaño; por esta razón resulta útil hacer una clasificación clínica sencilla en base a esos dos aspectos la cual nos ayuda en la evaluación y el tratamiento. (Guillén, 1995)

A continuación la detallamos:

1. Según Actividad

a) Pterigión Activo Síntomas: Ardor, dolor, prurito, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, historia de crecimiento y alteraciones visuales.

Signos: Lesión engrosada, congestiva, inflamada, hiperémica y la presencia de una zona blanco-grisácea irregular en". Ápex (Islotes de Fuch) que proviene del resto del tejido: este hallazgo indica crecimiento.

b) Pterigión Inactivo Síntomas: Es una lesión asintomática y no hay historia de aumento.

Signos: Lesión plana, sin desarrollos inflamatorios, blanca, sin vascularización y sin signos de crecimiento.

2. Según Tamaño.

a) Pterigión Pequeño. Lesión que invade córneas menos de 2mm. Medidos desde el limbo.

b) Pterigión Grande. Lesión que invade córnea más de 2mm. Medidos desde el limbo. (Guillén, 1995)

Componente emocional

El pterigión puede llegar a afectar a una persona que sufre de esta patología a nivel psicológico y social, ya que se sitúa en la cara y puede considerarse algo perjudicial en la estética e higiene personal. Afecta la percepción propia de sí mismo al igual que la de los demás sobre uno mismo. La mayoría tienen problema en aceptar la existencia de la enfermedad. (TREVINO, 2011)

En los casos en los que hay repetición del pterigión, la persona puede entrar en una crisis emocional llena de inquietud al pensar que si volvió a salir y volvieran a extirparlo podría reaparecer de nuevo y así sucesivamente; esto además puede causar que la persona se niegue a volver a tener la cirugía porque no tendría ningún resultado positivo a la larga, mientras que otros se realizan la cirugía las veces que sean necesarias para removerlo. (TREVINO, 2011)

Un problema que puede afectar mucho a la persona, es el hecho de que su trabajo haya sido la razón del pterigión por las condiciones climáticas. Incluso hay gente que puede llegar a dejar ese trabajo o frustrarse demasiado por saber la raíz de la aparición. (TREVINO, 2011)

Se deben tomar medidas de precaución en lugares de trabajo donde se encuentren los diferentes factores de riesgo para que la persona no tenga que dejar su empleo o pueda prevenir la enfermedad. (TREVIÑO, 2011)

CLASIFICACION DEL PTERIGION

Según la clasificación de GARCIA RUIZ (2013), el pterigión se clasifica según grado de invasión y apertura en grados. (RUIZ, REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA, 2013)

- **Grado 1:** corresponde a invasión desde el limbo hasta la mitad de la distancia limbo-pupila.
- **Grado 2:** corresponde a invasión desde la mitad de la distancia limbo-pupila hasta borde pupilar.
- **Grado 3:** corresponde a invasión desde el borde pupilar e invade eje visual. (RUIZ, REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA, 2013)

Se utilizó una segunda clasificación de acuerdo a la apertura del pterigión en grados, teniendo en consideración el tamaño de la superficie corneal invadida, obteniéndose cuatro grupos:

- Grupo A: menor a 30°.
- Grupo B: entre 31°-50°.
- Grupo C: entre 51°-70°.
- Grupo D: entre 71-90°.

Creemos que esta clasificación de García-Ruiz es innovadora, ya que publicaciones previas analizan el grado de invasión en milímetros de forma horizontal y vertical. Con nuestra clasificación, se mide en grados el componente vertical, tomando en cuenta dos variables importantes que no se habían tomado en cuenta en publicaciones anteriores; una es la relación que hay del tamaño de la córnea con la invasión, y otra es la morfología del pterigión simulando un triángulo en su superficie. (RUIZ, REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA, 2013)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay otras lesiones que pueden simular pterigión, entre las más frecuentes tenemos:

Pinguécula: Es una lesión amarillenta, elevada, cercana al limbo y de localización parecida al pterigión por lo que cuando se inflama se parece a él; la principal diferencia clínica es que la pinguécula no sobrepasa el limbo, además no tiene forma triangular ni desplaza el pliegue semilunar. Histológicamente presenta cambios degenerativos e hipertróficos semejante a los del pterigión. (Guillén, 1995)

Pseudopterigión: Las lesiones corneales periféricas de diferente etiología como ser inflamatorias, infecciosas, autoinmunes, de exposición o degenerativas pueden provocar el crecimiento de tejido conjuntival hacia la córnea que tiende a cubrir la lesión; éste tejido recibe el nombre de pseudopterigión. (Guillén, 1995)

Se diferencia del pterigión verdadero porque puede manifestarse en cualquier lugar alrededor del limbo y usualmente progresa sobre la lesión corneal en un eje oblicuo al horizontal, a diferencia del pterigión se presenta únicamente en el eje de 0-180 grados (eje horizontal). La otra diferencia importante es la forma de la cabeza, en el pterigión termina en punta y en el pseudopterigión se encuentra un leucoma corneal (opacificación de la córnea). (Guillén, 1995)

Carcinoma espino celular: Esta patología suele desarrollarse en el área del limbo que corresponde a la abertura palpebral, de localización similar a la del pterigión, se diferencia porque no tiene la forma triangular sino que crece en forma irregular teniendo como centro de crecimiento al limbo; su patrón de vascularización es diferente y la superficie tiende a ser irregular y cruenta, no lista y uniforme como la del pterigión. (Guillén, 1995)

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

El estroma conjuntival revela alteraciones en el tejido conectivo, las fibras de colágeno son hipertróficas, densas, hialinizadas y pueden deteriorar a una forma de material basófilo granular. Muchos vasos se ven en el estroma. El epitelio es semejante al conjuntival pero de grosor irregular mostrando algunas

áreas más gruesas que otras. En la cabeza del pterigión el epitelio corneal es elevado y atenuado por la invasión de tejido conectivo conjuntival; en ésta área la membrana de Bowman ha sido destruida. (Guillén, 1995)

Tratamiento

En los casos donde se presenta una inflamación moderada o se encuentra en estadios tempranos se pueden administrar antiinflamatorios tópicos no esteroideos o cortico esteroides débiles en períodos cortos. Para los casos donde el pterigión es más grande o recurrente, el tratamiento es la escisión quirúrgica y además se debe prevenir la recurrencia. Con las técnicas de tratamiento antiguas se obtenía una recurrencia del 50% en un tiempo de 4 meses a 1 año después de la escisión. (TREVINO, 2011)

En la actualidad los tratamientos más utilizados para prevenir la recurrencia son el autoinjerto de conjuntiva y la mitomicina C. La administración de mitomicina C después de una intervención quirúrgica ha evidenciado tener una muy buena efectividad en la prevención de recurrencias para evitar el uso de agentes radioactivos. (TREVINO, 2011)

En la opción de autoinjerto de conjuntiva se ha encontrado una nueva opción que podría remplazar este tratamiento, injertos de membrana amniótica que han demostrado ser efectivos de igual manera. En un estudio llevado a cabo entre el 2001 y el 2003, en el Hospital Regional de Zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, se seleccionaron 56 pacientes mayores de 26 años con pterigiones primarios y con manifestaciones clínicas notorias, 30 fueron intervenidos con la técnica del autoinjerto y 26 con membrana amniótica y fueron seguidos por 6 meses, en este estudio no se obtuvo diferencia estadística notoria entre las dos técnicas, pero se pudo concluir que la técnica del amnios tiene un manejo más sencillo que el autoinjerto. (TREVINO, 2011)

Agudeza visual

Una de las equivocaciones más habitual en las conversaciones sobre salud visual a nivel coloquial que no profesional ni científico es confundir **agudeza visual** con graduación, y hablar por tanto de dioptrías para explicar la mayor o menor capacidad de visión que tenemos. Pero lo cierto es que nada tiene que ver lo uno con lo otro, siendo en todo caso la segunda causa de una disminución de la primera, y pudiendo ver bien poco pese a no tener ningún defecto refractivo o ser un miope de libro pero que llega a todos los detalles con sus gafas o lentillas habituales. (Innova Ocular, 2017)

La **agudeza visual** no es otra cosa que la capacidad de nuestro sistema de visión para discriminar e identificar nítidamente estímulos visuales o detalles de los objetos en buenas condiciones de iluminación; es decir, en el caso de que haya defecto de refracción, la máxima visión que podemos alcanzar, o el mínimo detalle que nuestro ojo es capaz de discernir, con nuestra graduación correctamente ajustada. (Innova Ocular, 2017)

El resultado es fruto no sólo del buen funcionamiento y estado del ojo, sino también de otros factores como la situación de la vía óptica, la retina y la corteza visual, así como de los defectos refractivos, la luz, la distancia, etc. En este sentido, la existencia de cataratas, alteraciones retinianas como la DMAE o la retinopatía diabética, y la ambliopía u ojo vago figuran a la cabeza de causas más frecuentes de la disminución de la agudeza visual. (Innova Ocular, 2017)

Asimismo, y para seguir aclarando conceptos, esta capacidad visual puede medirse con o sin corrección (en caso de que haya defecto refractivo), de lejos y de cerca, o con cada ojo por separado o con los dos abiertos al mismo tiempo (en visión monocular o binocular, respectivamente). (Innova Ocular, 2017)

Los optotipos son los instrumentos que los especialistas utilizan para medir la agudeza visual, y estos pueden utilizar números, letras, símbolos, figuras o incluso, sobre todo en el caso de pacientes pediátricos, dibujos fácilmente identificables para ellos, dadas sus limitaciones de comunicación, mayores o menores en función de su edad y características. El más conocido y frecuentemente utilizado es el optotipo de escala aritmética o test de Snellen,

pero también existen otros como los de escala logarítmica o de Bailey-Lovie. (Innova Ocular, 2017)

Para la realización de estas mediciones el paciente debe quitarse las gafas o lentes de contacto, si es usuario de las mismas, sentarse a la distancia que el especialista le indique e ir leyendo las líneas de letras o símbolos que éste le indique con cada ojo por separado, tapándose el contrario. Se trata, como casi todos sabemos, porque la gran mayoría hemos protagonizado al menos alguna vez esta escena de examen ocular rutinario, de una prueba que no requiere ningún tipo de preparación ni causa ninguna molestia. (Innova Ocular, 2017)

Sus resultados, ligeramente extraíbles y expresados de forma numérica, ya sea en escala decimal o como una fracción (por ejemplo: 1.0 y 20/20 equivaldrían, en sus respectivas escalas, a un 100% de agudeza visual), permitirán, saber si el paciente tiene una buena capacidad de visión o si, por el contrario, necesita algún tipo de ayuda visual o una evaluación más exhaustiva que confirme o descarte un posible problema o patología ocular. (Innova Ocular, 2017)

1.1 JUSTIFICACION

El objetivo del estudio de este caso clínico que se presenta de la paciente femenina de 46 años presentando pterigi6n con disminuci6n de la AGUDEZA VISUAL, es de concientizaci6n como optometrista la derivaci6n al oftalm6logo en cada patologa ocular observada mediante la anamnesis y la Biomicrosc6pia previniendo en especial en este caso cl6nico la salud visual de la paciente de que sea atendida oportunamente debido a la patologa ocular presentada ante que exista un deterioro visual.

Somos los responsables de la salud visual de nuestros pacientes por tanto est6 en nosotros detectar patologas oculares a tiempo en nuestras consultas diarias, debemos remitirlas al profesional especialista de salud como la correcci6n de los vicios refractivos lo cual le permita al paciente tener un confort en su visi6n.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la refracción de la paciente, y el grado del pterigión con exámenes objetivos y subjetivos.

1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar las causas fundamentales que causan el pterigión.
- Determinar la ayuda óptica visual de la paciente mediante alternativas con el propósito de mejorar su visión cercana.
- Analizar el tratamiento indicado del pterigión y prevenir su recurrencia.

1.3 DATOS GENERALES

FECHA DE CONSULTA: 02 de febrero del 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 17/08 1976

NOMBRES: N.N

APELLIDOS: N.N

EDAD: 46 años

C.I: N.N

DIRECCION: Recinto dos puertas cantón jujan

NÚMERO DE CELULAR: N.N

OCUPACION: Ama de casa

NACIONALIDAD: Ecuatoriana

NIVEL DE EDUCACION: Primaria

NIVEL SOCIO ECONOMICO: Bajo

ESTADO CIVIL: Casada

II. METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Historial clínico del paciente.

Paciente femenina de 46 años refiere visión borrosa en ambos ojos en visión cercana, además de presentar lagrimeo, irritación y sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho desde aproximadamente 5 años siendo cada vez más notorias sus molestias.

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

Antecedentes patológicos familiares: HIPERTENCION

Antecedentes Familiares oculares: NINGUNO

Antecedentes patológicos personales: NINGUNO

Antecedentes Oculares del Paciente: Paciente Femenina presenta Pterigión con Disminución de la Agudeza Visual.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

EXAMEN OPTOMETRICO

Exploración con lámpara de hendidura.

Mediante la lámpara de hendidura exploramos la parte anterior del ojo derecho, y observamos un crecimiento anormal en la conjuntiva, dando paso a un pterigión de III grado porque se extiende sobre el área pupilar.

También exploramos el ojo izquierdo en el cual no observamos ninguna alteración.

REFRACCION

La valoración se realizó con la cartilla de Snellen en visión lejana y cartilla métrica (Jaeger) en visión cercana, obteniendo los siguientes resultados:

AVSCVL.

OD: 20/20

OI: 20/20

AVSCVP

A/O: J4

DIP: 67mm

La paciente fue derivada a consulta oftalmológica debido a la sintomatología que presenta mediante la anamnesis que se le realizó en su consulta optométrica.

Refracción objetiva y subjetiva: Para determinar la refracción de la paciente, se le realizó mediante autorefractómetro y comprobamos con lentillas, montura profesional de prueba, y obtuvimos los siguientes resultados.

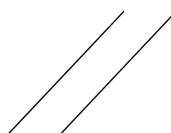
ESFERA

OD:

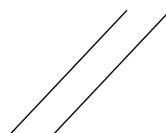
OI:

ADD: + 1.50

CILINDRO



EJE



PRESCRIPCION: lentes bifocales flat top.

ELABORADO POR: JANINA ROCIO GUILINDRO COLOMA

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

PRESION ARTERIAL:

Sistólica: 120.

Diastólica: 80

2.5 Formulación del diagnóstico: presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Pterigión

Diagnóstico diferencial: Pterigión de III grado

Diagnóstico definitivo: Pterigión de III grado, ocasionado por la continua exposición al sol y al polvo.

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

Determinar alternativas para mejorar la visión de la paciente debido a su estado de salud en general y por el grado de pterigión que presento al momento de su consulta la cual fue valorada mediante una exploración con lámpara de hendidura, obteniendo como resultado un pterigión de III grado, por tal motivo la paciente fue remitida al oftalmólogo donde se le brindará su tratamiento correspondiente que en este caso sería quirúrgicas que le van a permitir la extirpación de esta patología ocular.

También se le realizó un examen objetivo mediante autorrefractómetro para valorar su agudeza visual, dando como resultado una visión lejana de 20/20 sin corrección, y una medida de visión cercana de **J4** sin corrección, luego procedimos a verificar su graduación con la caja de prueba dando como resultado su corrección en visión cercana de **J1**, con una ADD de +1,50, le sugerimos a la paciente llevar un control optométrico como mínimo de dos veces al año.

Recopilar mediante estudios de tratamientos quirúrgicos del pterigión de III grado que se evidencia en la paciente y controles oportuno optométricos alternativas para mejorar su visión de cerca, proporcionando una ayuda óptica mejorando así su AGUDEZA VISUAL, y su calidad de vida.

Se le informo a la paciente del cuidado que debe tener por su salud visual, donde muchos pacientes terminan perdiendo su visión por no acudir a tiempo a realizarse un chequeo visual y con mayor exactitud su caso de pterigión el cual necesita de una atención inmediata, para así poder dar su tratamiento indicado y poder evitar su recurrencia.

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

En este caso clínico debido al pterigión, la paciente presentó una deficiencia visual en visión próxima de ambos ojos, donde su agudeza visual en visión próxima es de **JEAGER 4** sin corrección y con corrección **JEAGER 1**, presentando una presbicia.

El pterigión del caso clínico estudiado invadió el área pupilar ocasionando molestias y sensación de cuerpo extraño en el ojo afectado de la paciente, al inicio se presenta como una pinguécula la cual va desde grado I, II, III avanza hasta invadir la pupila, iris y deformando su superficie anterior del ojo.

La paciente del caso clínico estudiado por su grado de pterigión presentado se le sugirió que acuda a una consulta oftalmológica para determinar nuevamente la aparición de esta patología ocular debido a la exposición continua a los rayos UV, como de asistir continuamente a consulta con su optometrista verificando el estudio refractivo en caso que se mantenga usar el mismo lente o realizar el cambio del lente anual.

2.8 Seguimiento

Se le recomendó a la paciente debido al cuadro clínico que presentó en el momento que acudió a la consulta mediante una anamnesis y toda su evolución que es necesario que acuda al especialista, en este caso sería una consulta oftalmológica para su tratamiento correspondiente, siendo de suma importancia su asistencia a los chequeos oftalmológicos. Como también es necesario que acuda a realizarse sus consultas optométricas.

2.9 Observaciones

La paciente debe prevenir su recurrencia del pterigión por todos los factores que ocasionan su aparición sean de región lateral o bilateral por tanto es necesario el uso de protectores solares como gorra, gafas sombrillas, lubricantes oculares, evitando polvo, viento y todo lo que permita su reinsertión.

Se le preciso de lo importancia de seguir estas sugerencias ya que le permitirá gozar de un confort en su salud visual y del cuidado ocular que debe tener para sus ojos.

CONCLUSIONES

Conocer cuáles fueron las causas fundamentales que originaron el pterigión, ocasionado por la degeneración de los tejidos creando un crecimiento anormal de la conjuntiva que es la membrana que recubre la superficie del ojo, causado por la acción que producen de los rayos ultra violetas y su exposición continua al polvo.

Analizamos cual es la ayuda óptica ideal para la paciente, mediante alternativas ya sea mediante lentes de contactos o lentes de armazón, con el propósito de utilizar la compensación óptica idónea para la paciente.

Determinamos que el tratamiento a seguir por parte de la paciente con pterigión de III grado es quirúrgico lo que permitirá mejorar su visión y evitar su recurrencia, también se le sugirió que puede prevenir su recurrencia usando gafas de sol y evitar su continua exposición con el polvo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLINICA BAVIERA. (21 de ENERO de 2016). Obtenido de CLINICA BAVIERA:

<https://www.clinicabaviera.com/blog/salud-visual/medicion-de-la-agudeza-visual-el-optotipo/>

CLINICA PERUANA DE LA VISION. (23 de JULIO de 2018). Obtenido de

CLINICA PERUANA DE LA VISION: <http://www.cpv.com.pe/test-agudeza-visual/>

Guillén, D. E. (1995). *REVISTA MEDICA HONDUREÑA*. Obtenido de REVISTA

MEDICA HONDUREÑA:
<file:///C:/Users/HP/Desktop/PTERIGION%203.pdf>

Innova Ocular. (7 de JUNIO de 2017). Obtenido de Innova Ocular:

<https://www.innovaocular.com/que-es-la-agudeza-visual>

JURGENS, I. (05 de 10 de 2020). *ICR*. Obtenido de ICR:

<https://icrcat.com/enfermedades-oculares/el-pterigion/>

RUIZ, G. (ENERO de 2013). *REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA*.

Obtenido de REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologia-321-articulo-correlacion-entre-aberraciones-corneales-producidas-X0187451913949848>

RUIZ, G. (ENERO de 2013). *REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA*.

Obtenido de REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologia-321->

articulo-correlacion-entre-aberraciones-corneales-producidas-
X0187451913949848

ruiz, g. (enero de 2013). *Revista Mexicana de Oftalmología*. Obtenido de Revista Mexicana de Oftalmología: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologia-321-articulo-correlacion-entre-aberraciones-corneales-producidas-X0187451913949848>

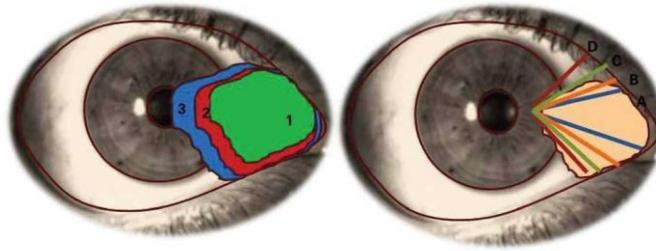
TORRES, G. (08 de 2014). *REVISTA ELECTRONICA* . Obtenido de REVISTA ELECTRONICA:
<http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/217/397>

TREVIÑO, A. (2011). *REVISTA MEXICANA* . Obtenido de REVISTA MEXICANA: file:///C:/Users/HP/Desktop/ptorigio%201.pdf

TRIVIÑO, A. (2011). *REVISTA MEXICANA*. Obtenido de REVISTA MEXICANA: file:///C:/Users/HP/Desktop/ptorigio%201.pdf

ANEXOS

CLASIFICACION DEL PTERIGION



Fuente: (RUIZ, REVISTA MEXICANA DE OFTALMOLOGIA, 2013)

EXPLORACION CON LAMPARA DE HENDIDURA.



Elaborado por: Janina Rocío Guilindro Coloma

EXAMEN DE REFRACCION OBBJETIVA



Elaborado por: Janina Rocío Guilindro Coloma

REFRACCION SUBJETIVA CON CARTILLA DE JEAGER



Elaborado por: Janina Rocío Guilindro Coloma

CARTILLA DE SNELLEN, LA USAMOS PARA MEDIR LA AGUDEZA VISUAL DE LEJOS DE LA PACIENTE.

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F F O T E C	8	20/20
L E F O E P O T	9	
F D P L T O R O	10	
F E R L L E P P S	11	

FUENTE: (CLINICA BAVIERA, 2016)

CARTILLA DE JEAGER, LA USAMOS PARA MEDIR LA AGUDEZA VISUAL DE CERCA DE LA PACIENTE.



FUENTE: (CLINICA PERUANA DE LA VISION, 2018)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CERTIFICADO DE URKUND

EGRESADA: JANINA ROCIO GUILINDRO COLOMA

URKUND

Documento	URKUND_1.docx (D130887188)
Presentado	2022-03-19 15:53 (-05:00)
Presentado por	Fulton Maldonado Santacruz (fmaldonado@utb.edu.ec)
Recibido	fmaldonado.utb@analysis.orkund.com
Mensaje	URKUND JANINA Mostrar el mensaje completo

0% de estas 11 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

FULTON ESTENIO
MALDONADO
SANTACRUZ

Digitally signed by
FULTON ESTENIO
MALDONADO
SANTACRUZ
Date: 2022.03.19 21:25:26
-05'00'

Dr. Fulton Maldonado Santacruz
DOCENTE - TUTOR