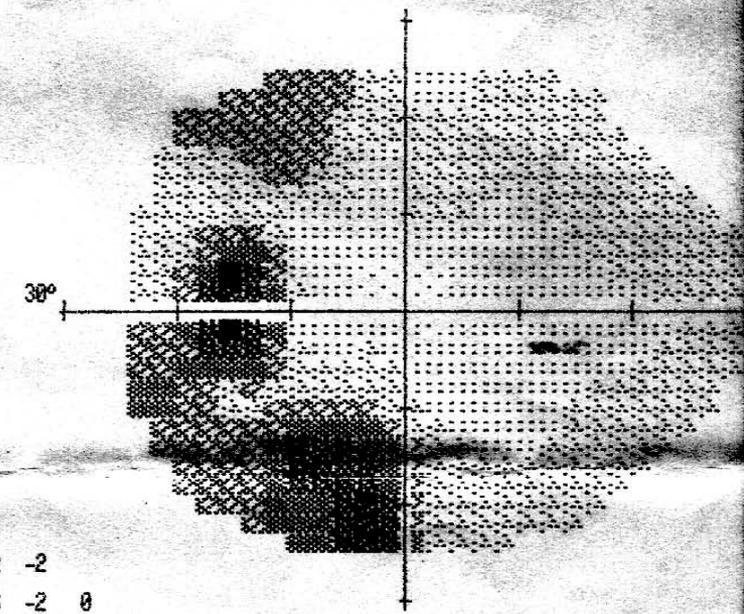
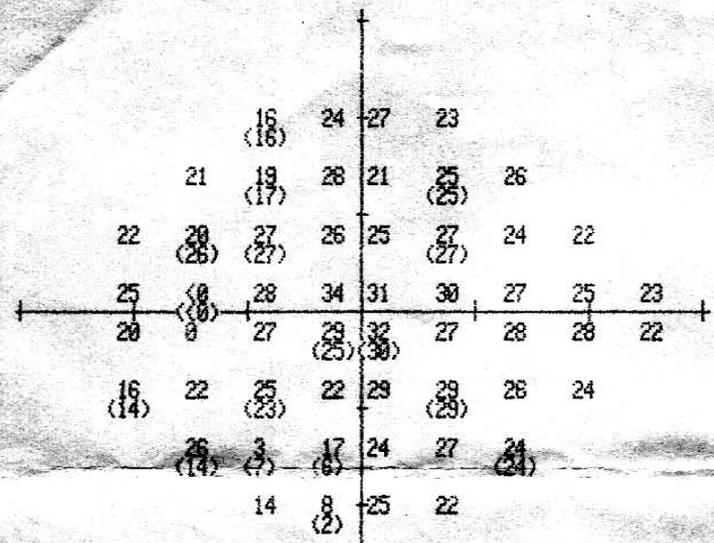




John Jairo Aristizábal G.
OFTALMÓLOGO - GLAUCOMATÓLOGO

Glaucoma de tensión normal 2

IZQUIERDO
 EDAD 48
 PERIODOS DE FIJACION 0/21
 ERRORES FALSOS POS 1/15
 ERRORES FALSOS NEG 1/9
 ESTIMULOS PRESENTADOS 360
 FOVEA: 36 DB
 TIEMPO DE PRUEBA 11:10
 HFA S/N 640-1690



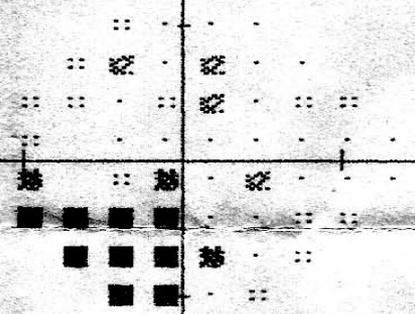
PRUEBA DE HEMICAMPO PARA GLAUCOMA (PHC)
FUERA LIMITES NORMALES

-10	-3	0	-4						
-7	-10	-1	-8	-4	-2				
-7	-6	-3	-5	-6	-4	-6	-6		
-5	-3	2	-1	-2	-4	-4	-4		
-10	-5	-6	-2	-5	-3	-1	-5		
-15	-8	-7	-10	-3	-3	-5	-5		
-10	-26	-20	-7	-3	-5				
-16	-25	-4	-7						

DESVIACION TOTAL

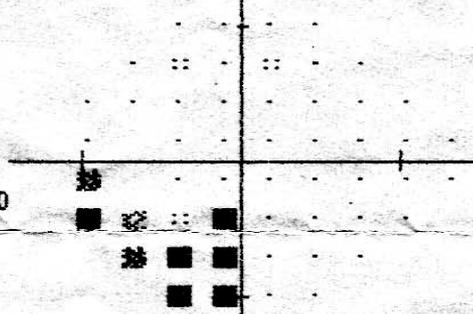
-8	-1	2	-2						
-5	-9	1	-6	-2	0				
-5	-4	-1	-3	-4	-2	-4	-4		
-3	-1	4	1	0	-2	-2	-2		
-8	-3	-4	0	-3	-1	0	-3		
-13	-7	-5	-8	-1	-1	-3	-3		
-8	-24	-18	-5	-1	-3				
-14	-23	-2	-5						

DESVIACION MODELO



SIMBOLOS DE PROBABILIDAD

- P < 5%
- ⊗ P < 2%
- ⊠ P < 1%



DM	- 5.89 DB	P < 0.5%
DSM	5.94 DB	P < 0.5%
FC	2.87 DB	P < 5%
DSMC	5.89 DB	P < 0.5%

MONITOR DE FIJACIÓN: MANCHA CIEGA

OBJETIVO DE FIJACIÓN: CENTRAL

PERDIDAS DE FIJACIÓN: 1/16

ERRORES FALSOS POS: 1 %

ERRORES FALSOS NEG: 5 %

TIEMPO: 05:49

FOVEAL: 32 DB

ESTÍMULO: III, BLANCO

FONDO: 31.5 ASB

ESTRATEGIA: SITA-STANDARD

DIÁMETRO DE PUPILA:

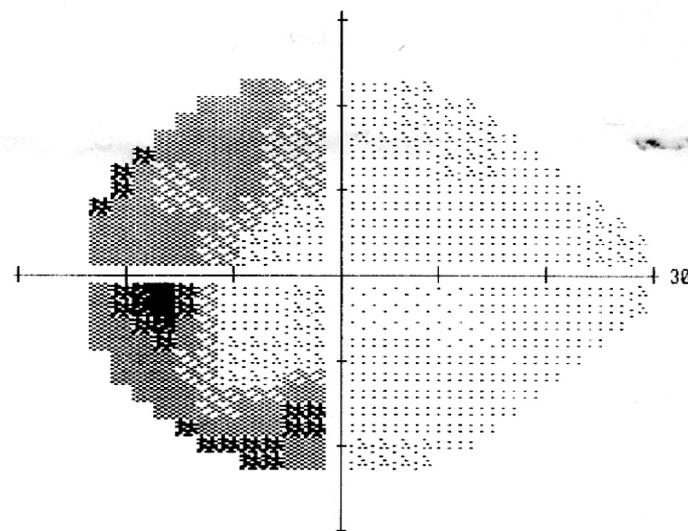
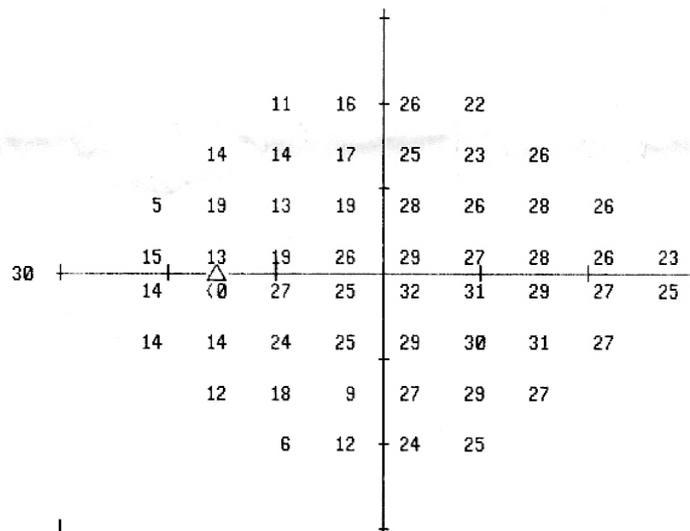
AGUDEZA VISUAL:

RX: +3.00 DS DC X

FECHA: 06-12-2006

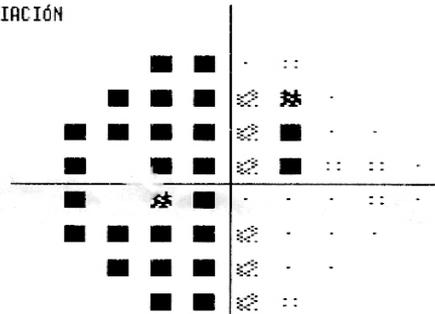
HORA: 8:22 PM

EDAD: 50



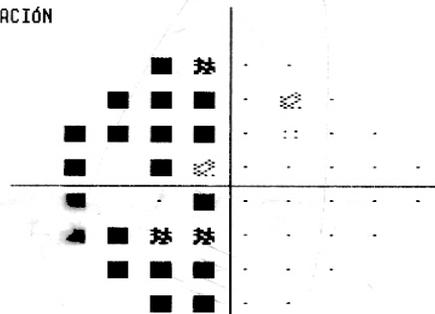
	-16	-12	-2	-5					
	-14	-15	-13	-5	-7	-3			
	-24	-11	-18	-12	-4	-6	-3	-3	
	-15	-13	-7	-4	-5	-3	-3	-5	
	-17	-5	-8	-2	-2	-2	-3	-3	
	-16	-17	-8	-8	-4	-2	0	-3	
	-19	-13	-22	-4	-2	-3			
	-24	-18	-5	-4					

TOTAL
DESVIACIÓN



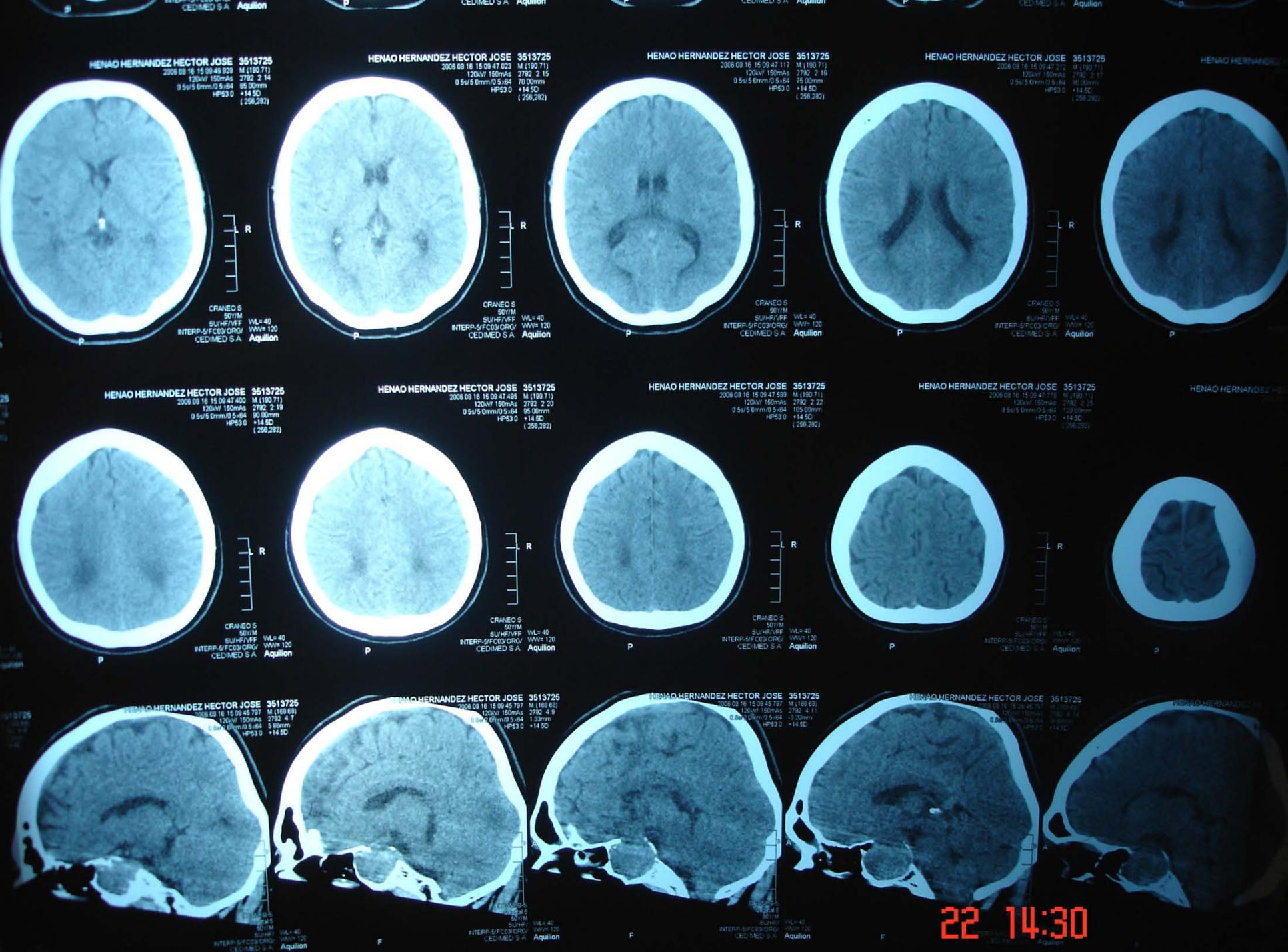
			-14	-9	1	-3				
			-12	-12	-11	-3	-5	0		
			-22	-9	-15	-10	-2	-3	0	0
			-12	-11	-4	-1	-3	-1	-1	-2
			-14	-3	-5	1	0	0	-1	0
			-13	-15	-6	-5	-1	1	2	0
			-17	-11	-20	-2	0	-1		
			-21	-16	-3	-1				

EJEMPLO
DESVIACIÓN



PHG
FUERA DE LIMITES NORMALES

DM -7.74 DB P < 0.5%
DSM 6.75 DB P < 0.5%



22 14:30



CediMed

CENTRO AVANZADO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

PACIENTE: HECTOR JOSE HENAO HERNANDEZ

EXAMEN: TAC CRANEO SIMPLE

FECHA: 16 de agosto de 2006

Apreciado (a) Doctor (a):

Existe una lesión con centro en la silla, que eroda el piso selar e invade el seno esfenoidal sin destruir el clivus. Hay erosión de las clenoides anteriores y probablemente haya compresión del nervio óptico en forma bilateral al igual que el quiasma óptico.

Existen signos de leucomalacia periventricular muy probablemente por la historia de prematurez.

DR. SERGIO VARGAS VELEZ
Neuroradiólogo

VºBº. Radiólogo

DUPLEX COLOR DE CIRCULACION
ARTERIAL EXTRACREANA

Paciente: VICTOR JOSE HENAO
Remitido por: Particular
Sexo: Masculino
Edad: 50 años
Historia: 3.513.725
Fecha: 13 de Julio de 2006

Se evaluó tanto el lado derecho como el izquierdo encontrándose lo siguiente:

Carótida común: Con paredes sanas sin lesiones ateroscleróticas, la íntima mide 0.9 mm en su grosor. Las velocidades de flujo son normales.

Carótida interna: Permeable sin lesiones al flujo.

Carótida externa: Permeable.

Vertebral: Permeable con flujo anterógrado de características normales.

C O N C L U S I O N E S :

❖ Circulación arterial extracraneana normal para la edad del paciente.

DICTÓ Y PRACTICÓ:



DOCTOR: LUIS FELIPE GOMEZ ISAZA

Glaucoma de tensión normal

Fisiopatología

- Causa desconocida**
 - Teorías:**
 - Enfermedad de pequeños vasos.**
 - Vasoespasmos.**
 - Lámina estructuralmente débil**
-

Diferencias de GTN de pio alta

- ❑ A nivel general:
 - ❑ Pctes con problemas cardiacos.
 - ❑ Tinitus
 - ❑ Jaquecas.
 - ❑ Fenòmeno de Raynaud.
-

Difer de GTN de pio alta

- A nivel ocular:
- Excavación menos profunda:
Saucerización.
- Atrofia peripapilar.
- Hemorragias del disco. Hasta 40% de
pctes de GTN y repiten hasta en
64%. Y mas en región temporal
inferior.
- Alteraciones campimetricas
diferentes.

QUE HACER?

-
- "A mas baja presión ocular con daño del nervio en GTN; mayor es el problema circulatorio y menor el efecto de la pio"**
-

Es fácil bajar p.i.o en p.i.o altas pero no en el rango normal.

Hay otros factores diferentes a la p.i.o que a veces son mas relevantes y para bajar pio se necesita a veces métodos complicados en estos pctes.

La pregunta es en cuales pctes. esto se justifica

Curso clínico de GTN

- CsVs mejor que los discos.
 - Lenta progresión y algunos no progresan. Si hay rápida pérdida del CV no es GTN.
 - Remota posibilidad de ceguera.
 - Peor en mujeres?
-

GTN vs POAG

- ❑ Excavación menos profunda en GTN.
 - ❑ Mayor área del disco en GTN.
 - ❑ Hemorragias del disco 5 veces mas que en GCAA con 64.5% de recurrencia en 32 meses.
 - ❑ Factores sistèmicos y oculares ya descritos.
-

PREGUNTAS?

1. Es la excavación patológica o fisiológica?

Estudio de campos visuales.

Estudios estructurales para descartar mega papila.

2. Es la excavación progresiva?

Estudios csvs y estructurales. El nervio inclinado puede dar alteración del c.v sin progresión.

3. Si la excavación es patológica y progresiva cual es el mejor tratamiento?

Dx diferencial de GTN

- ❑ Defectos congénitos: nervios oblicuos, colobomas, pits, drusen, megapapila.
 - ❑ Neuropatía isquémica arterítica.
 - ❑ Variaciones de PIO en GCAA.
 - ❑ Crisis glaucomatocicliticas.
 - ❑ Uso de esteroides previo.
 - ❑ Lesiones compresivas cerebrales.
-

GTN

- Hay varias causas de excavación igual que el GTN de tipo compresivo :
 - Masas intraorbitales o intracraneales incluyendo meningioma, adenomas pituitarios, craneofaringiomas, gliomas
-

-
- “Siempre descartar otras patologías”
-

~~Evaluación del pcte con GTN~~

- Hemograma completo. Descartar hiperviscosidad.
 - Estudio flujo carotideo. En casos asimétricos
 - Neuroimágenes.
-

~~Cuando pedir neuroimágenes~~

- ❑ Síntomas asociados.
 - ❑ Empeoramiento rápido.
 - ❑ Test de color alterado: Signo de Uhthof.
 - ❑ Más palidez y más rim neurológico.
-

Manejo GIN

- ❑ Lo anterior nos lleva a la conclusión:
 - ❑ En algunos pctes no es suficiente controlar la pio y se debe mejorar la perfusión ocular.
 - ❑ Algunos pctes no requieren tto y solo requieren observación.
 - ❑ En algunos pctes es beneficioso bajar la pio.
-

“Cuántas excavaciones aumentadas con alteraciones inespecíficas del cv estamos tratando y cuántos glaucomas de tensión normal real estamos tratando”

Revisión de Cochrane

- ❑ Se revisaron estudios de MEDLINE, EMBASE y BIOSIS
 - ❑ Resultados:
 - ❑ Se incluyeron 8 estudios en esta revisión.
 - ❑ Se encontró beneficioso bajar la presión.
 - ❑ Los resultados de antagonistas del calcio son alentadores pero no concluyentes.
 - ❑ Los estudios que se concentran en efectos hemodinámicos no son relevantes en GTN
-

- **HEMOLEUCOGRAMA ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANA NORMALES**

- **ESTUDIO DOPLER CAROTIDEO
NORMAL**