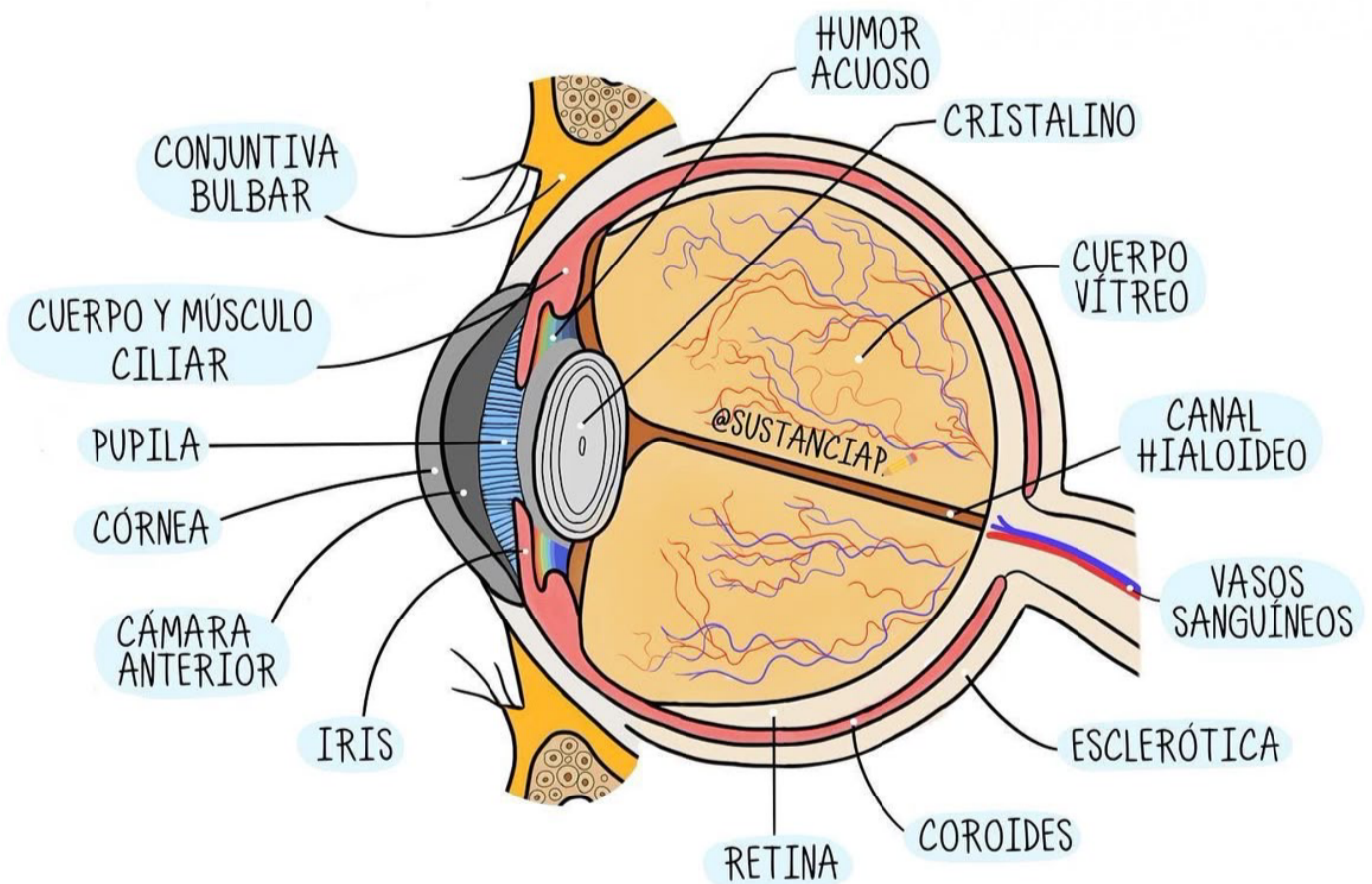


OFTALMOLOGÍA



2025-26

1	Anatomofisiología del aparato visual I	ARES
2	Anatomofisiología del aparato visual II	GONZÁLEZ
3	Historia clínica en oftalmología	GONZÁLEZ
4	Patología de los párpados y patología aparato lagrimal	ARES
5	Patología de la conjuntiva I	ARES
6	Patología de la conjuntiva II	ARES
7	Patología de la córnea I	ARES
8	Patología de la córnea II, degeneraciones y distrofias corneales	ARES
9	Ojo seco y patología de la esclera	ARES
10	Uveítis	ARES
11	Patología del cristalino, cataratas y tto	ARES
12	Ametropía, presbicia y cirugía refractiva	GONZÁLEZ
13	Degeneración macular	FANDIÑO
14	Miopatía patológica	FANDIÑO
15	Hemorragias vítreas y oclusiones vasculares retinianas	FANDIÑO
16	Degeneraciones periféricas retinianas, desprendimiento de vítreo y retina	GONZÁLEZ
17	Neuropatías ópticas y edema de papila	GONZÁLEZ
18	Traumatismos de la órbita y anejos perioculares	GONZÁLEZ
19	Traumatismos oculares	GONZÁLEZ
20	Retinopatía diabética	FANDIÑO
21	Glaucoma I	FANDIÑO
22	Glaucoma II	FANDIÑO
23	Patología orbitaria, craneosinostosis y hemopatías	GONZÁLEZ
24	Tumores del globo ocular	GONZÁLEZ
25	Farmacología e iatrogenia ocular	ARES
26	Oftalmología pediátrica	GONZÁLEZ
27	Leucocoria	GONZÁLEZ
28	Motilidad ocular extr., visión binocular, ambliopía, estrabismo, nistagmus	ARES
29	Parálisis oculomotoras	FANDIÑO
30	Alteraciones pupilares	FANDIÑO

OFTALMOLOGÍA

1. ANATOMOFISIOLOGÍA APARATO VISUAL

Cambia profe (creo que os apuntes están igual)

. ¿Cuánto pesa un globo ocular? (2017)

- a) 10,5 gramos.
- b) 9,5 gramos.
- c) 8,5 gramos.
- d) 7,5 gramos.
- e) 6,5 gramos.

→ globo ocular - peso = 7,5g

*correcta: d

. Cuál es el diámetro antero-posterior estándar que mide un globo ocular normal: (2018) (2017)

- a) 4 cm.
- b) 3,4 cm.
- c) 3 cm.
- d) 2,4 cm.
- e) 2 cm.

. Cual es la medida estándar anteroposterior de un ojo emétrope: (2013)

- a) 2,0 cm.
- b) 2,4 cm.
- c) 2,8 cm.
- d) 3,0 cm.
- e) 3,2 cm.

→ globo ocular = conformación "casi" esférica → diámetro antero-posterior = 23,5-24mm

*correcta: b

. En donde se encuentra alojada la porción orbitaria de la glándula lagrimal: (2018) (2017)

- a) Reborde supero-externo.
- b) Reborde supero-interno.
- c) Reborde ínfero-externo.
- d) Reborde ínfero-interno.
- e) Reborde orbitario medio.

→ afejos oculares - sistema lagrimal = la lágrima se forma en: glándula → parte superoexterna órbita

(Ojo amigos que yo me he ido a pensar en por donde sale la lagr8ma y he dicho interna seguro pero la glándula está como debajo de la cola de la ceja)

*correcta: a

. La inervación de los músculos palpebrales depende de: (2015)

- a) III y VII par craneal.
- b) II par craneal.
- c) VI y IV par craneal.
- d) III y VI par craneal.
- e) II y VI par craneal.

*correcta: a

. El músculo orbicular de los párpados esta innervado por: (2013)

- a) Motor ocular común.
- b) Motor ocular externo.
- c) Nervio Facial.

- d) Nervio orbitario.
- e) Nervio nasal.
- párpados - plano muscular:
- músculo elevador párpado = III par (oculomotor)
- músculo Müller = simpático
- orbicular = VII par (facial)

*correcta: c

* Las células madre del epitelio corneal se encuentran en: (2017)

- a) Conjuntiva tarsal superior.
- b) Conjuntiva tarsal inferior.
- c) Limbo esclero-corneal.
- d) Unión epitelio mucosa del borde palpebral.
- e) Están distribuidas de manera difusa por la superficie ocular.

→

*correcta: c

. La esclera está separada de la grasa orbitaria por: (2013)

- a) Membrana de Bruch.
- b) Membrana limitante externa.
- c) Capsula de Tenon.
- d) Lamina cribosa.
- e) Anillo de Zinn.

→ esclera = capa (+) ext → esqueleto rígido protector ojo (>colágeno) + inserción músculos extra oculares

- separada grasa orbitaria x mucosa = cápsula Tenon

*correcta: c

. La capsula de Tenon: (2016)

- a) Es la capsula del cristalino.
- b) Membrana que rodea al vitreo.
- c) Anillo fibroso alojado en el vértice de la órbita.
- d) Mucosa que separa la esclera de la grasa orbitaria.
- e) Estructura cartilaginosa del párpado superior.

*correcta: d

. El músculo ciliar interviene en: (2019)

- a) La producción de humor acuoso.
- b) La visión de los colores.
- c) El proceso de acomodación.
- d) La regulación del diámetro pupilar.
- e) La regulación del tono ocular.

→ úvea - cuerpo ciliar - músculo ciliar = necesario para acomodación

- contrae = aleja cuerpo ciliar del cristalino = cristalino se relaja

- relajar = acerca cuerpo ciliar cristalino = abomba cristalino

*correcta: c

. Participa en la acomodación: (2015)

- a) La curvatura de la cornea.
- b) El músculo esfínter de la pupila.
- c) El músculo dilatador de la pupila.
- d) El músculo ciliar.
- e) Las fibras de colágeno del vítreo.

→ úvea - cuerpo ciliar:

- músculo ciliar = acomodación

- proceso ciliar = humor acuoso

*correcta: d

. ¿Qué par craneal está relacionado con la acomodación? (2017)

- a) El segundo par.
- b) El tercer par.
- c) El cuarto par.
- d) El séptimo par.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ acomodación → músculo ciliar (iris) = innervado x parasimpático + III

*correcta: b

.Cuál de las siguientes estructuras se encuentra en el ángulo camerular: (2018)

- a) Malla trabecular.
- b) Canal de Shwan.
- c) Espolón coroideo.
- d) Canal de Cloquet.
- e) Línea amarilla.

→

*correcta: a

.Cuál de las estructuras NO se encuentra en el ángulo camerular? (2017)

- a) Malla trabecular.
- b) Canal de Shwan.
- c) Espolón escleral.
- d) Canal de Schlem.
- e) Línea de Schwalbe.

→

*correcta: b

. Señale la afirmación incorrecta: (2020)

- a) La cámara posterior está ocupada por humor vítreo.
- b) La cámara posterior está situada detrás del iris.
- c) La cámara posterior comunica por delante a través de la pupila con la cámara anterior.
- d) La cámara anterior está ocupada por humor acuoso.
- e) El humor acuoso está en contacto con el endotelio corneal.

→ úvea = 2 capas (ambas llenas de humor acuoso):

- cámara anterior = detrás córnea + delante iris + llena humor acuoso

- cámara posterior = detrás parte post iris + delante cristalino y zonal a Zinn + al lado cuerpo ciliar

*correcta: a

. Mediante la acomodación: (2019)

- a) Aumentamos la curvatura del cristalino.
- b) Disminuimos la potencia óptica del cristalino.
- c) Se dilata la pupila.
- d) Mejora la visión lejana en la miopía.
- e) Todas son ciertas.

→ cristalino = participa acomodación → cambia forma según contracción músculo ciliar:

- contrae = aleja cuerpo ciliar del cristalino = cristalino se relaja

- relajar = acerca cuerpo ciliar cristalino = abomba cristalino

*correcta: a

2. ANATOMOFISIOLOGÍA APARATO VISUAL II

. El ácido hialurónico se halla en gran cantidad en: (2016)

- a) Estroma de la cornea.
- b) Procesos ciliares.
- c) Cortex cristalino.
- d) Vitreo.
- e) Entre los fotorreceptores.

→ humor vítreo = rico en mucopolisacáridos → fundamentalmente ácido hialurónico

*correcta: d

*. A cuál de estas estructuras no está adherido el vítreo: (2019)

- a) Cristalino.
- b) Zónula.
- c) Ora serrata.
- d) Papila.
- e) Mácula.

*correcta: b

. Las células amacrinas se encuentran en: (2015)

- a) Estroma del iris.
- b) Entre las células epiteliales del cuerpo ciliar.
- c) En la coriocapilar.
- d) Entre las células del epitelio pigmentario de la retina.
- e) En la retina neurosensorial.

. Cuál de las siguientes células no se encuentran en la retina: (2016)

- a) Fotorreceptores.
- b) Células horizontales.
- c) Células verticales.
- d) Células amacrinas.
- e) Células ganglionares.

→ retina - células: neuronales + gliales + epitelio pigmentario + vasculares

- células neuronales = fotorreceptores + células bipolares + células amacrinas + células horizontales + células ganglionares

*correcta: c

. Células de Müller: (2016)

- a) Son células neuronales de la retina.
- b) Son células gliales de la retina.
- c) Son células vasculares de la retina.
- d) Se sitúan entre el epitelio pigmentario y la membrana de Bruch.
- e) Se sitúan en la coriocapilar.

→ retina - células: neuronales + gliales + epitelio pigmentario + vasculares

- células gliales = células Müller + astrocitos + microglía

*correcta: b

. Indica que células retinianas se encuentran en la capa más interna de la retina: (2020) (2019)

- a) Conos.
- b) Bastones.
- c) Células amacrinas.
- d) Células horizontales.
- e) Células ganglionares.

→ retina

- células neuronales - ganglionares = células (+) próxima interior ojo

- retina neurosensorial = membrana limitante interna → fibras nervio óptico → capa células ganglionares

*correcta: e

. Las células horizontales y amacrinas se encuentran: (2013)

- a) En el estroma de la córnea.
- b) En la capa externa de la esclera.
- c) En la supracoroides.
- d) En la retina neurosensorial.
- e) En la corteza occipital.

→ retina - células neuronales = células de asociación (interconexión):

- células horizontales = fotorreceptores + células bipolares
- células amacrinas = células bipolares + células ganglionares

→ retina neurosensorial = 9 capas → capa nuclear interna = somas neuronales células: amacrinas + horizontales + bipolares

*correcta: d

. La capa nuclear externa de la retina se corresponde con: (2020)

- a) Los segmentos externos de los fotorreceptores.
- b) Los núcleos de los fotorreceptores.
- c) Los cuerpos de las células amacrinas.
- d) Las células de Müller.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: b

. Los núcleos de los conos retinianos se encuentran en la capa retiniana: (2019)

- a) Limitante externa.
- b) Nuclear externa.
- c) Plexiforme externa.
- d) Nuclear interna.
- e) Plexiforme interna

→ retina - neurosensorial - capa nuclear externa = somas Fotorreceptores

*correcta: b

. La capa de conos y bastones se nutre principalmente de: (2019) (2013)

- a) La Coriocalilar.
- b) La arteria central de la retina.
- c) El plexo capilar retiniano interno.
- d) El plexo capilar retiniano externo.
- e) c y d son ciertas.

→ primero será necesario repasar capas retina (ext→int)

Membrana Bruch

epitelio pigmentario (hoja externa retina)

1. capa conos + bastones
2. membrana limitante externa
3. capa nuclear externa
4. capa plexiformes externa
5. capa nuclear interna
6. capa plexiforme interna
7. capa células ganglionares
8. capa fibras nerviosas nervio óptico
9. Membrana limitante interna

→ retina - nutrición:

- 2/3 externos: epitelio pigmentario → plexiforme externa ⇒ x coroides
- 1/3 interno: nuclear interna → limitante interna ⇒ arteria central retina

*correcta: a

. La captación del estímulo luminoso y su transformación en un impulso nervioso se conoce con el nombre de: (2019)

- a) Fotocomposición.

- b) Fototransducción.
- c) Fotosíntesis.
- d) Fotodescomposición.
- e) Ninguna es cierta.

→ retina - funciones = fototransducción → conversión luz (energía electromagnética) = impulso nervioso (energía eléctrica)

- interviene pigmentos visuales → situados en segmentos externos fotorreceptores

*correcta: b

. Los pigmentos visuales, necesarios para la fototransducción se encuentran: (2013)

- a) En los segmentos externos de los fotorreceptores.
- b) En los núcleos de los conos y bastones.
- c) En las sinapsis de fotorreceptores con células bipolares.
- d) En los núcleos de las células bipolares.
- e) En los axones de las células ganglionares.

→ retina - funciones = fototransducción (conversión luz → impulso nervioso) = proceso interviene pigmentos visuales (situados segmentos externos fotorreceptores ~conos/bastones~)

*correcta: a

. En el polo posterior del ojo, la fovea ocupa aproximadamente: (2015)

- a) 0.1mm.
- b) 0.3mm.
- c) 1.5mm.
- d) 5.0mm.
- e) 10.0mm.

→ retina - división topográfica:

- retina central / polo posterior / área central = diámetro 6mm → parte (+) oscura = mácula (1,5mm) → depresión decentralised = fovea 0,35mm)

*correcta: b

. En la fovea o foveola No hay: (2018)

- a) Bastones.
- b) Conos.
- c) Epitelio pigmentario.
- d) Limitante externa.
- e) Fotorreceptores.

*correcta: a

. En la fovea o foveola hay: (2017)

- a) Conos y bastones.
- b) Sólo bastones.
- c) Sólo conos
- d) Más conos que bastones.
- e) Más bastones que conos.

. Dónde son mas abundantes los conos: (2015)

- a) En la retina periférica.
- b) En la fovea.
- c) En la papila.
- d) En la retina temporal.
- e) En la retina nasal.

→ retina central = fovea → constituida exclusivamente x conos = zona máxima agudeza visual

*correcta: b

. La "ora serrata" está localizada en: (2018)

- a) La parte periférica de la mácula.
- b) El nervio óptico.

- c) La parte posterior del vitreo.
 - d) La unión entre la retina y los cuerpos ciliares.
 - e) La unión de la cornea con la esclera.
- retina - división topográfica - ora serrata:
- zona (+) ant y periférica a retina sensorial
 - se continua con epitelio ciliar → y seguidamente con iris
 - retina ciega = sin fotorreceptores

*correcta: d

. ¿Qué arteria debe afectarse más específicamente para lesionar la capa de los fotorreceptores? (2017)

- a) Arteria central de la retina.
- b) Arterias ciliares posteriores.
- c) Arterias ciliares anteriores.
- d) Circulo arterial mayor del iris.
- e) Arteria temporal superior.

→ retina - nutrición:

- 2/3 externos: epitelio pigmentario → plexiforme externa ⇒ x coroides

→ vascularización globo ocular - úvea posterior (coroides) = recibe sangre de arterias ciliares posteriores

*correcta: b

* La mácula corresponde aproximadamente a: (2020) (2016)

- a) 5° de campo visual central.
- b) 1° de campo visual central.
- c) 10° de campo visual central.
- d) 15° de campo visual central.
- e) 20° de campo visual central.

*correcta: a

*. ¿Cuál es la equivalencia en grados de campo visual de la mácula? (2017)

- a) 20°.
- b) 15°.
- c) 10°.
- d) 5°.
- e) 25°.

*correcta: d

.Cuál de los siguientes nervios NO atraviesa la Hendidura esfenoidal: (2018) (2017)

- a) Nervio óptico.
- b) Nervio patético.
- c) Nervio motor Ocular común.
- d) Nervio motor Ocular externo.
- e) Nervio lagrimal.

. ¿Cuál de estos nervios NO pasa por la hendidura esfenoidal? (2013)

- a) III par craneal.
- b) IV par craneal.
- c) Nervio lagrimal.
- d) Nervio frontal.
- e) Nervio óptico.

→ órbita - hendir la esfenoidal (de arriba a abajo):

- nervio frontal V1
- nervio lagrimal V1
- vena oftálmica superior
- nervio patético/trocLEAR IV
- nervio oculomotor III superior
- nervio nasociliar V1

- nervio abducens (motor ocular externo) VI
- nervio oculomotor III inferior
- vena oftálmica inferior

→ la clave está en entender que el nervio óptico junto con la arteria oftálmica pasan por el agujero óptico, no por la hendidura esfenoidal. Pero si conforman el anillo de Zinn

*correcta: e

. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa?: (2020)

- a) El orbicular de los párpados está inervado por el VII par.
- b) El motor ocular común inerva el oblicuo inferior.
- c) El recto lateral está inervado por el VI par.
- d) El músculo de Müller está inervado por el VI par.
- e) A y B son falsas.

→ párpados - músculos:

- elevador párpado superior = III
- Müller = simpático
- orbicular = VII

→ músculos extraoculares:

- oblicuo inferior (+ recto sup/inf/medio) = III (motor ocular común)
- oblicuo superior = IV (patético)
- recto lateral = VI (motor ocular externo)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes músculos NO está inervado por el III par? (2019)

- a) Recto superior.
- b) Recto medio.
- c) Oblicuo superior.
- d) Esfínter pupilar.
- e) Músculo ciliar.

*correcta: c

. El IV par craneal inerva el músculo: (2015)

- a) Oblicuo superior (mayor).
- b) Oblicuo inferior (menor).
- c) Recto superior.
- d) Recto inferior.
- e) Recto externo.

. El III par o motor ocular común, no inerva: (2016)

- a) Recto interno.
- b) Elevador del párpado superior.
- c) Oblicuo inferior.
- d) Recto externo.
- e) Recto superior.

. El III par o motor ocular común, no inerva: (2013)

- a) Recto interno.
- b) Elevador del párpado superior.
- c) Oblicuo superior.
- d) Recto inferior.
- e) Recto superior.

→ músculos extra oculares - inervación → III par (oculomotor) ¡excepto!

- recto lateral → VI
- oblicuo superior → IV

*correcta: c

3. HISTORIA CLÍNICA

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades oculares es hereditaria?: (2019)

- a) Enfermedad de Behcet.
- b) Melanoma de coroides.
- c) Distrofia retiniana.
- d) Pars planitis.
- e) Persistencia de vítreo primario.

→ hª clínica oftalmología - antecedentes familiares = distrofias oculares + miopía magna + glaucoma + ... (componente genético > hereditario)

*correcta: c

. La metamorfopsia es un síntoma en relación con: (2016)

- a) Visión doble.
- b) Visión de moscas volantes.
- c) Cefaleas.
- d) Alteración de la visión de las formas.
- e) Visión de halos coloreados.

→ alteración percepción visual

- alt campo visual = escotomas
- destellos luz = fotopsias
- halos coloreados
- deformación objetos = metamorfopsias
- moscas volantes = miodesopsias
- visión doble = diplopía

*correcta: d

. La exploración de la agudeza visual debe realizarse: (2017)

- a) Con pupilas dilatadas.
- b) Bajo anestesia tópica.
- c) En visión monocular.
- d) Con un autorrefractómetro automático.
- e) Con un autorrefractómetro manual.

→ exploración oftalmológica - agudeza visual:

- con optotipos (las letras a ver cuál es la última línea que ves, te lo hacen con un ojo y luego con otro, no sale en los apuntes pero lo sabes)
- niños = espasmos ciliares → uso colirio cicoplégico = parálisis músculos ciliares impiden acomodación

*correcta: c

. Si una persona que presenta disminución de la agudeza visual mejora al mirar a través de un agujero estenoico, la causa más probable de su déficit visual es: (2019) (2015)

- a) Defecto de refracción.
- b) Ambliopía.
- c) DMAE exudativa.
- d) Coroiditis central serosa.
- e) Hemorragia Vítrea.

→ exploración oftalmológica básica - agudeza visual - agujero estenoico = si el paciente ve bien significa que su alteración visual se debe a un problema de refracción

*correctas: a

. La exploración con lámpara de hendidura no se utiliza para examinar: (2019) (2015)

- a) La conjuntiva.
- b) La córnea.
- c) La cara posterior del iris.
- d) El cristalino.
- e) La esclera.

→ exploración oftalmológica - polo anterior = lámpara hendidura → hendidura luminosa que genera sección anatómica ojo - ver: córnea (cata anterior/post) + iris + pupila + cristalino.

*correcta: c

. Señale la falsa respecto a la exploración oftalmológica: (2016)

- a) El empleo de midriáticos para la exploración del fondo de ojo provoca muy frecuentemente glaucoma agudo.
- b) La imagen del oftalmoscopio directo nos da una imagen sin invertir de la retina.
- c) El agujero estenopéico suele mejorar la agudeza visual del paciente con problemas de refracción.
- d) La exploración con fluoresceína permite ver defectos epiteliales al explorar la cornea con luz azul cobalto.
- e) Ante una midriasis arreactiva unilateral se debe sospechar el uso de fármacos midriáticos.

. Señale la falsa respecto a la exploración oftalmológica: (2016)

- a) El empleo de midriáticos para la exploración del fondo de ojo provoca muy frecuentemente glaucoma agudo.
→ no es nada frecuente, ocurre en ojos predispuestos (cámara anterior estrecha) (info: chatGPT)
- b) La imagen del oftalmoscopio directo nos da una imagen sin invertir de la retina.
→
- c) El agujero estenopéico suele mejorar la agudeza visual del paciente con problemas de refracción.
→ exploración oftalmológica - agudeza visual = agujero estenopeico → si con este sistema el paciente ve bien = problema refracción (sistémica añade imagen enfoque en retina indep alteraciones refractabas como miopía, hipermetropía)
- d) La exploración con fluoresceína permite ver defectos epiteliales al explorar la cornea con luz azul cobalto.
→ fluoresceína tiñe áreas donde falta epitelio corneal = se visualizan con luz azul.
- e) Ante una midriasis arreactiva unilateral se debe sospechar el uso de fármacos midriáticos.
→ exploración oftalmológica - motilidad pupilar ⇒ observación pupilas = si anisocoria preguntar por fármacos con efecto midriático

*correcta: a

. Paciente que acude a urgencias por pérdida brusca de agudeza visual y sin dolor. En la exploración del fondo de ojo se observa una hemorragia vítrea que no deja distinguir ningún detalle de la retina, ¿Qué debemos de hacer? (2019)

- a) Observación semanal.
 - b) Recetar antiagregantes plaquetarios.
 - c) Recetar fibrinolíticos.
 - d) Realizar una ecografía.
 - e) Hacer una vitrectomía de urgencia.
- exploraciones complementarias - ECO = ver fondo de ojo en personas con: cataratas importantes + hemorragias vítreas + tumores intraoculares

*correcta: d

*. La agudeza visual a 10 grados de excentricidad es de aproximadamente: (2016)

- a) 1,000.
- b) 0,800.
- c) 0,600.
- d) 0,300.
- e) 0,100

→

*correcta: e

*. La agudeza visual de una persona normal le permite tener una resolución espacial (Mínimo Angulo de Resolución, MAR) de al menos: (2017)

- a) 1 minuto de arco de ángulo visual.
- b) 2 minutos de arco de ángulo visual.
- c) 1 grado de arco de ángulo visual.
- d) 2 grados de arco de ángulo visual.
- e) La agudeza visual no tiene nada que ver con la resolución espacial.

*correcta: a

*. La agudeza visual de una persona normal le permite tener una resolución espacial de al menos: (2020)

- a) 60 segundos de arco de ángulo visual.
- b) 6 minutos de arco de ángulo visual.
- c) 1 grado de arco de ángulo visual.

d) 2 grados de arco de ángulo visual.

e) La agudeza visual no tiene nada que ver con la resolución espacial.

*correcta: a

4. PATOLOGÍA DE LOS PÁRPADOS

. La Blefarocalasia es un trastorno de los párpados que consiste en: (2015)

- a) Alteración involutiva, exceso de piel en el párpado superior.
- b) Atrofia de la piel del párpado superior que cuelga sobre el borde del párpado.
- c) Incurvación o eversión del borde del párpado.
- d) Desviación adquirida de las pestañas.
- e) Contracción espasmódica del orbicular de los párpados.

→ alteración párpados

- alteración piel:

- dermatocalasia = pérdida elasticidad párpado superior + sensación exceso piel
- blefarocalasia/blefaroptosis = atrofia crónica piel párpado superior

- alteración pestañas:

- triquiasis = desviación adquirida pestañas (orientadas hacia superficie ocular)

- alteración estática

- ectropion = eversión borde palpebral

- entropion = inversión borde palpebral (hacia superficie ocular)

*correcta: b

. Una inflamación aguda de una glándula de Meibomio producida generalmente por estafilococos es un: (2015)

- a) Orzuelo externo.
- b) Chalazión.
- c) Orzuelo interno.
- d) Blefaritis anterior.
- e) Disfunción de las glándulas de Zeiss.

→ alteraciones párpados - patología inflamatoria = orzuelo:

- inflamación focal + aguda = punto blanco borde párpado

- infección estafilocócica (S.aureus) aguda → folículo pestaña + glándulas

- orzuelo externo = inflamación folículo una pestaña + glándulas Zeiss/Moll

- orzuelo interno = inflamación aguda gl Meibomio (+dolor x contacto con superficie ocular) - dx: evertir párpado

*correcta: c

. Respecto al chalazion, señala la afirmación correcta: (2016)

- a) Es un proceso cónico indoloro.
- b) Ante un chalazion recurrente se puede utilizar tratamiento con doxiciclina oral.
- c) Se puede realizar la inyección intralesional de triamcinolona.
- d) a y c son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ patología inflamatoria párpado - chalazión:

- inflamación crónica + localizada + granulomatosa → gl meibomio

- dif rocíelo = semanas + NO dolor/inflamación llamativa

- nódulo indoloro + crecimiento lento + duro + inmóvil palpación

- tto = calor local + Cx + ATB + inyección intralesional corticoides

- recurre (ej: paciente con rosácea cutánea) → doxiciclina/azitromicina orla (x efecto sobre gl sebáceas + metaloproteasas)

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes parásitos podemos encontrar en los folículos pilosos de un paciente con blefaritis? (2013)

- a) *Sarcoptes scabiei*.
- b) *Demodex folliculorum*.
- c) *Pediculus capitis*.
- d) *Trombicula species*.
- e) Ninguno.

→ patología inflamatoria párpado - blefaritis - borde anterior = blefaritis estafilocócica/ulcerosa:

- secreciones en bases pestañas = costras amarillentas+duras (si se levantan = úlceras)

- pueden parecer en las pestañas ácaros folículo = parásito *Demodex folliculorum* → tto eliminación (xq sino crecen + vectores estafilococos presentes)

*correcta: b

. Respecto a la Disfunción de las Glándulas de Meibomio, señale la respuesta incorrecta: (2015)

- a) El borde palpebral está hiperemico.
- b) Puede existir pérdida de pestañas.
- c) Puede asociarse a ojo seco.
- d) No es frecuente en pacientes con rosácea.
- e) En el tratamiento es necesario realizar higiene palpebral.

→ patología inflamatoria párpado → párpado = glándulas Meibomio/Zeiss/Moll - blefaritis:

- borde anterior - blefaritis seborreica = alteración secreción lipídico glándulas Zeiss/Meibomio = hiperemia borde palpebral + caída pestañas + siempre asocia sd ojo seco
- borde posterior - meibomitis (disfunción glándulas Meibomio) = (+)frec pacientes acné rosácea → ojo seco + madarosis (pérdida pestañas)
- tto = 1. Higiene palpebral / 2. Lágrimas artificiales / 3. ATB tópicos / 4. Corticoides / 5. ATB orales

*correcta: d

. En el síndrome de Claude Bernard-Horner no existe: (2016) (2013)

- a) Miosis.
- b) Ptosis.
- c) Midriasis.
- d) Heterocromía.
- e) Enoftalmos.

→ alteraciones dinámica palpebral - ptosis palpebral - etiología neurogénica = sd Claude Bernard Horner:

- pérdida inervación simpática músculo Müller (recuerdo: eleva párpado superior)
- clínica = ptosis + miosis + enoftalmos + anhidrosis (x afectación ganglio simpático cervical superior)

*correcta: c

. Paciente de 60 años diagnosticado de un tumor de vértice pulmonar, en la exploración ocular presenta: ptosis palpebral unilateral, miosis y enoftalmos, esto nos indica: (2015)

- a) Metástasis orbitaria.
- b) Glaucoma secundario.
- c) Afectación del simpático cervical.
- d) Metástasis protuberancial.
- e) Afectación paraneoplásica del III par craneal.

. Si un paciente con un tumor de vértice pulmonar acude a urgencias con ptosis palpebral unilateral, miosis, enoftalmos, y anhidrosis nos indica: (2013)

- a) Metástasis orbitaria.
- b) Glaucoma secundario.
- c) Afectación del simpático cervical superior.
- d) Metástasis protuberancias.
- e) Afectación paraneoplásica del III par craneal.

→ alteraciones dinámica palpebral - ptosis palpebral - etiología neurogénica = sd Claude Bernard Horner:

- pérdida inervación simpática músculo Müller (recuerdo: eleva párpado superior)
- clínica = ptosis + miosis + enoftalmos + anhidrosis (x afectación ganglio simpático cervical superior)
- lesión = ganglio simpático cervical superior

*correcta: c

4. PATOLOGÍA DEL APARATO LAGRIMAL

. La capa lipídica de la película lagrimal está producida por: (2013)

- a) Glándula lagrimal principal.
- b) Células caliciformes.
- c) Glándulas de meibomio.
- d) Glándulas lagrimales accesorias.
- e) Glándulas de Moll.

→ aparato lagrimal - sistema secretor:

- gl lagrimal ppl = control nervioso parasimpático
- gl accesorias Krause/Wolfring = secreción basal + NO control neurógeno
- gl sebáceas Meibomio/Zeiss = segregan lípidos → película lagrimal estabilice + NO evapore
- células caliciformes conjuntiva/célula Goblet = mucina

*correcta: c

. En relación con la dacriocistitis del adulto, señale qué afirmación es correcta: (2013)

- a) Es más frecuente en el sexo masculino entre la cuarta y sexta década de la vida.
- b) En la dacriocistitis crónica el síntoma fundamental es la epífora.
- c) La etiología más frecuente es la viral.
- d) Excepcionalmente el tratamiento es quirúrgico en la dacriocistitis crónica.
- e) En la forma aguda, nunca se produce fistulización.

→ dacriocistitis adulto = inflamación saco lacrimal x problema obstructiva porción inferior vía lagrimal = epífora

- aguda

- tumefacción dolorosa-enrojecida párpado inferior + fiebre
- obstrucción porción inf vía lagrimal = acumulación lagrimal + epífora constante + sobreinfección x estreptococo>estafilococo
- presentan algunas veces como abscesos = fistulizan piel cara
- tto = ATB sistémicos + antiinflamatorios + drenaje

- crónica

- epífora + ligera tumefacción indolora canto interno + secreción digitopresión punto lagrimal
- tto = Qx

*correcta: b

. El masaje externo de la vía lagrimal a nivel del saco es útil en pacientes con: (2015)

- a) Dacriocistitis crónica del adulto.
- b) Mucocele.
- c) Dacrioadenitis.
- d) Obstrucción congénita de la vía lagrimal.
- e) En todos los casos anteriores.

→ obstrucción sistema excretor lagrimal - dacriocistitis recién nacido = proceso congénito → niños <6 meses - obstrucción conducto lacrimonasal = estancamiento lagrimal = sobreinfección válvula Hassner

- tto = masajes + Sondaje

*correcta: d

5. PATOLOGÍA DE LA CONJUNTIVA I

. La presencia de dolor ocular y déficit visual en un paciente con ojo rojo nos permite descartar: (2020)

- a) Una queratitis.
- b) Un glaucoma agudo por cierre angular.
- c) Una conjuntivitis.
- d) Una uveítis anterior.
- e) Una iridociclitis.

*correcta: c

. En un paciente con dolor ocular, déficit visual y ojo rojo, podemos descartar: (2015)

- a) Queratitis.
- b) Glaucoma agudo.
- c) Conjuntivitis.
- d) Uveitis anterior aguda.
- e) Queratoconjuntivitis.

→ conjuntivitis - síntomas:

- sensación cuerpo extraño/arenillas + escozor + picor + lagrimeo
- NO dolor
- NO disminución agudeza visual = ojo rojo sin pérdidas visión

*correcta: c

. Acude a urgencias un paciente con intenso picor y lagrimeo en ambos ojos, hiperemia conjuntival, sensación de cuerpo extraño y formación papilar en conjuntiva tarsal ¿Cuál es el diagnóstico probable? (2013)

- a) Conjuntivitis vírica.
- b) Conjuntivitis bacteriana.
- c) Conjuntivitis alérgica.
- d) Chalazión.
- e) Orzuelo interno.

→ conjuntivitis

- síntomas = sensación cuerpo extraño/arenillas + escozor + picor + lagrimeo
- signos = hiperemia/inyección conjuntival
- etiología => papilas = estructuras abollonadas centradas x eje vascular - aspecto empedrado - en tarso superior = conjuntivitis alérgicas

→ conjuntivitis papilar = característica procesos alérgicos

*correcta: c

. Señale cuál de los siguientes cuadros clínicos se asocia de forma característica a los adenovirus: (2015)

- a) Celulitis orbitaria.
- b) Fiebre faringoconjuntival.
- c) Conjuntivitis de inclusión.
- d) Queratitis disciforme.
- e) Dacriocistitis aguda.

→ conjuntivitis víricas = x adenovirus:

- adenovirus 8-10-19 = queratoconjuntivitis epidémica
- adenovirus 3-5-7 = fiebre faríngea conjuntival => conjuntivitis + afectación vías respiratorias altas

*correcta: b

. Respecto a las conjuntivitis por Chlamydias y virus es cierto que: (2013)

- a) La conjuntivitis de inclusión tiene un curso agudo.
- b) La conjuntivitis de inclusión es más frecuente en ancianos.
- c) Ambas se caracterizan por la presencia de folículos límbicos.
- d) La conjuntivitis de inclusión se acompaña frecuentemente de manifestaciones genitourinarias y la vírica de manifestaciones respiratorias.
- e) La conjuntivitis de inclusión característicamente no responde a tetraciclinas.

→ conjuntivitis víricas = x adenovirus:

- adenovirus 8-10-19 = queratoconjuntivitis epidémica
 - adenovirus 3-5-7 = fiebre faríngeo conjuntival => conjuntivitis + afectación vías respiratorias altas
- > conjuntivitis x Chlamydia - conjuntivitis inclusión adulto:
- conjuntivitis folicular crónica
 - enfermedad transmisión sexual = afecta jóvenes sexualmente activos
 - suele asociarse a: uretritis / cervicitis crónicas
 - tto = azitromicina sist o tópica / tetraciclina vo / doxiciclina

*correcta: d

6. PATOLOGÍA DE LA CONJUNTIVA II

. Acude a urgencias un paciente con intenso picor y lagrimeo en ambos ojos, hiperemia conjuntival, sensación de cuerpo extraño y formación papilar en conjuntiva tarsal ¿Cuál es el diagnóstico probable? (2013)

- a) Conjuntivitis vírica.
- b) Conjuntivitis bacteriana.
- c) Conjuntivitis alérgica.
- d) Chalazión.
- e) Orzuelo interno.

→ conjuntivitis

- síntomas = sensación cuerpo extraño/arenillas + escozor + picor + lagrimeo
- signos = hiperemia/inyección conjuntival
- etiología => papilas = estructuras abollonadas centradas x eje vascular - aspecto empedrado - en tarso superior = conjuntivitis alérgicas

→ conjuntivitis papilar = característica procesos alérgicos

*correcta: c

. El diagnóstico diferencial de una conjuntivitis pápilar incluye todos los siguientes procesos menos uno: (2013)

- a) Conjuntivitis relacionada con lentes de contacto.
- b) Tracoma.
- c) Queratoconjuntivitis atópica.
- d) Conjuntivitis relacionada con prótesis oculares.
- e) Queratoconjuntivitis vernal.

→ conjuntivitis alérgica/papilar - formas clínica:

1. conjuntivos alérgica / queratoconjuntivitis
2. queratoconjuntivitis vernal
3. queratoconjuntivitis atópica
4. conjuntivitis contacto
5. conjuntivitis papilar gigante = x: lentes contacto > prótesis oculares

→ conjuntivitis x Chlamydia = tracoma

*correcta: b

. En pacientes con queratoconjuntivitis vernal la aparición de puntos amarillo-grisáceos de acúmulos de eosinófilos localizados a nivel del limbo se llaman: (2013)

- a) Foseas de Herbert.
- b) Línea de Von Arlt.
- c) Mancha de Fuchs.
- d) Granulos de Trantas.
- e) Arco de Vogt.

→ queratoconjuntivitis vernal (varones 12a) = crónicas + bilat + afectan córnea → síntomas x 8 meses

- clínica = papilas gigantes + picor intenso + secreción mucosa
- infiltrados Eosinófilos en limbo corneal = gránulos/nódulos de Trantas (como manchas sobre limbo corneal)

*correcta: d

. Los pacientes con blefarconjuntivitis estafilocócica crónica y los que presentan ojo seco tienen síntomas a menudo similares. ¿Qué síntoma apunta preferentemente hacia un diagnóstico de blefaritis estafilocócica? (2013)

- a) Síntomas más acentuados a final del día.
- b) Síntomas más acentuados al despertar.
- c) Sensación de cuerpo extraño.
- d) Sensación de ojo seco.
- e) Sensación de escozor y quemazón.

→ QCS/blefaritis/alergia/tóxica - DD:

- blefaritis = mucha quemazón + NO picor + peor x mañana + asocia a rosácea

*correcta: b

. Paciente de 70 años que presenta un crecimiento fibrovascular de la conjuntiva bulbar, de aspecto triangular, que avanza sobre la córnea 2mm. El tratamiento más indicado en este paciente es: (2015)

- a) Tratamiento quirúrgico con injerto de conjuntiva.
- b) Tratamiento médico con antiinflamatorios.
- c) Tratamiento con lágrimas artificiales.
- d) Tratamiento con corticoides tópicos y lágrimas artificiales.
- e) Tratamiento con colirios antihistamínicos.

→ degeneraciones conjuntivales - pterigum:

- crecimiento fibrovascular anómalo de pliegue triangular en conjuntiva bulbar
- con edad = avanza sobre córnea (la invade) en la hendidura palpebral → la opacifica
- tto (único) = Qx → exéresis + autoinjerto conjuntiva

*correcta: a

. Los nevus de la conjuntiva se localizan preferentemente en: (2015)

- a) Borde libre palpebral.
- b) Carúncula.
- c) Fornix inferior.
- d) Canto externo (fornix).
- e) Conjuntiva límbica (hendidura palpebral).

→ neoplasias intraepiteliales superficie ocular (nevus) = tumores afectan ppl limbo + crecen sobre esclera

*correcta: e

*. ¿Cuál de los siguientes tratamientos no está indicado en un paciente con ojo seco? (2015)

- a) Corticoides sin conservantes.
- b) Oclusión de puntos lagrimales.
- c) Lágrimas artificiales.
- d) Pilocarpina tópica.
- e) Ciclosporina tópica.

→

*correcta: d

7. PATOLOGÍA DE LA CÓRNEA I

. Mujer de 30 años que acude a urgencias por pérdida de visión, dolor, ojo rojo y fotofobia en OI de 5 días de evolución. En el diagnóstico diferencial debes incluir todas estas patologías EXCEPTO una: (2016)

- a) Uveítis anterior.
- b) Úlcera corneal.
- c) Iritis traumática.
- d) Esclerouveítis.
- e) Coriorretinopatía central serosa.

→ queratopatía neurotrófica/neuroparalítica ⇒ alteración nervios corneales = daño epitelio + cambios metabólicos +

(-)lagrime + NO reflejo palpebral

- alteración inervación = NO dolor

*correcta: e

. La parálisis del V par puede producir: (2018)

- a) Ptosis.
- b) Proptosis.
- c) Queratopatía neurotrófica.
- d) Lagofthalmos.
- e) Todas son ciertas.

→ queratopatía neurotrófica/neuroparalítica - causas = ablación trigémino (causa más grave = complicaciones oculares muy graves)

*correcta: c

. Una mujer de 74 años sufrió un accidente cerebrovascular con debilidad de brazos y piernas y parálisis facial derecha. Sus párpados derechos no se cierran completamente ¿Qué aspecto de su exploración sería más relevante para determinar el riesgo de desarrollo de úlceras corneales? (2017)

- a) Sensibilidad corneal.
- b) Fenómeno de Beil.
- c) Cultivo conjuntival.
- d) Tinción con verde de lisamina.
- e) Test de Schirmer.

→ queratitis x exposición - causa neurogénica = parálisis Bell → parálisis VII (facial) = dificultad cerrar ojo = signo Bell

*correcta: b

. Independiente de la etiología de una úlcera corneal, que tratamiento está indicado: (2018)

- a) Corticoesteroide.
- b) Antibióticos.
- c) Antifúngicos.
- d) Midriáticos.
- e) Antivíricos.

→ queratitis infecciosas - tto = además de ATB → dilatar pupila = midriáticos ⇒ x:

- disminuir dolor (al romper espasmo músculo ciliar provocado x inflamación cámara anterior)

- evitar: células inflamatorias + fibrina = adherencia iris a cristalino/córnea

*correcta: d

9. PATOLOGÍA DE LA CÓRNEA II

. ¿Cuál de los siguientes signos es más específico de una queratitis por Acanthamoeba? (2013)

- a) Infiltrados límbicos.
- b) Úlcera dendrítica.
- c) Anillo con infiltrado estromal.
- d) Escleritis.
- e) Uveítis hipertensiva.

→ queratitis x protozoos - acanthamoeba:

- lesiones (+) frec en portadores lentes contacto
- clínica:
 - fase inicial = dolor desproporcionado (x neuropatía corneal)
 - fase avanzada = anillo con infiltrado estromal - necrosis corneal

*correcta: c

. Hombre de 35 años que acude al servicio de urgencias por dolor en su ojo derecho de 3 días de evolución. La exploración biomicroscópica del segmento anterior muestra, tras tinción con fluoresceína, una úlcera corneal central en forma de dendrita. ¿Cuál es su diagnóstico? (2013)

- a) Queratitis herpética.
- b) Abrasión corneal.
- c) Queratitis fúngica.
- d) Queratitis bacteriana.
- e) Crisis glaucomatociclítica.

→ queratitis víricas - herpes simple = si afecta a capa corneal epitelial = queratitis epitelial herpética → 2 patrones:

1. úlcera dendrítica (+típica)
2. úlcera geográfica/arneboide

*correcta: a

. La lesión corneal epitelial más frecuente en las recurrencias por herpes simple es: (2015)

- a) Úlcera dendrítica.
- b) Úlcera geográfica.
- c) Úlcera neurotrófica.
- d) Úlcera disciforme.
- e) Úlcera intersticial.

→ ¡cuidado! Que ibas de cabeza a x geográfica ¡pero! La más típica por el virus es la dendrítica

- virus herpes = afectación córnea posterior a primoinfección → cuando virus se acantona en ganglio Gasser = recurrencia = queratitis
- queratitis epitelial herpética = dendrítica > geográfica

*correcta: a

. Paciente que acude a urgencias con antecedentes de queratitis herpética, desde hace 15 días utiliza unas gotas que le dieron con corticoides. Indique que tipo de úlcera es más típica en esta situación y cuál es su tratamiento: (2020)

- a) Úlcera geográfica: Aciclovir.
- b) Úlcera dendrítica: corticoides.
- c) Queratitis necrotizante: Aciclovir.
- d) Queratitis disciforme: corticoides.
- e) Queratitis neurotrófica: corticoides.

*correcta: a

. ¿Qué se debe sospechar de una úlcera corneal persistente en la que se ha utilizado o se está utilizando un corticoide? (2018)

- a) Resistencia bacteriana.
- b) Queratitis por herpes simple.
- c) Erosión corneal recidivante.
- d) Herpes zóster oftálmico.
- e) Hidrops corneal.

*correcta: b

. Paciente con queratitis herpética, tratado erróneamente con corticoides. Indique qué tipo de úlcera es típica en esta situación: (2013)

- a) Úlcera geográfica.
- b) Úlcera trófica.
- c) Queratitis disciforme.
- d) Queratitis necrotizante.
- e) Queratitis actínica.

→ queratitis vírica - VHS - queratitis epitelial herpética = úlcera geográfica → uso corticoides aumenta replicación virus
- tto = Aciclovir tópico + ganciclovir gel (+usado)

*correcta: a

. Varón de 55 años que presenta visión borrosa en ojo izquierdo, en la lámpara de hendidura se observa tras la tinción con fluoresceína una úlcera dendrítica en el centro de la córnea. La afirmación más correcta respecto a este cuadro es: (2016)

- a) El tratamiento adecuado es con antivirales tópicos.
- b) Debe iniciarse tratamiento con corticoesteroides tópicos.
- c) El agente etiológico es el *Staphylococcus aureus*.
- d) El tratamiento es con corticoesteroides tópicos con cobertura antiviral tópica.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ queratitis herpética epitelial = úlcera dendrítica → tto = antivirales tópicos

*correcta: a

. Un hombre de 35 años acude con ojo rojo y visión borrosa en ojo derecho, refiere haber tenido episodios previos similares. En la exploración se observa una queratitis dendrítica. ¿Cuál sería el tratamiento de primera elección para este paciente? (2017)

- a) Aciclovir oral 800 mg dos veces al día.
- b) Prednisolona tópica al 1% cuatro veces al día.
- c) Aciclovir pomada 3% cinco veces al día.
- d) Valaciclovir 100 mg tres veces al día.
- e) A y B son ciertas.

→ queratitis herpética epitelial - tto:

1. aciclovir tópico 3% x5veces/día
2. ganciclovir gel oftálmico

*correcta: c

. Paciente de 45 años con antecedentes de queratitis herpética en ojo derecho desde hace 10 años y con brotes recurrentes en los últimos 4 años. Acude a urgencias por disminución de agudeza visual y en la exploración con lámpara de hendidura presenta edema estromal, lesiones redondeadas y elevadas en forma de disco con precipitados endoteliales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2016)

- a) Queratitis dendrítica.
- b) Queratitis disciforme.
- c) Queratitis neurotrófica.
- d) Queratitis intersticial.
- e) Queratitis geográfica.

→ queratitis víricas - herpes simple ⇒ la queratitis se produce en las recurrencias virus

- endoteliales = disciformes (edema forma disco) ⇒ reacción inmuno-inflamatoria (hipersensibilidad antígeno viral)

- clínica = edema estromal + lesiones redondeadas/elevadas forma disco + precipitados endoteliales (puntos = precipitados epiteliales en células inflamatorias)

*correcta: b

. ¿En cuál de las siguientes enfermedades de la córnea está indicado el tratamiento con corticoesteroides tópicos? (2017)

- a) Queratitis dendrítica.
- b) Queratitis herpética disciforme.
- c) Queratocono.
- d) Queratitis neurotrófica.

e) Queratitis por acanthamoeba.

→ queratitis vírica - endotelial = queratitis disciforme - tto = corticoides (tópicos)

*correcta: b

*.Cuál de los siguientes fármacos administrados por vía oral no produce toxicidad ocular? (2015)

a) Cloroquina.

b) Amiodarona.

c) Etambutol.

d) Corticoides.

e) Fluconazol.

→

*correcta: e

8. DEGENERACIONES Y DISTROFIAS CORNEALES

. No se ha asociado con la aparición de queratocono: (2013)

- a) Síndrome de Down.
 - b) Conjuntivitis atópica.
 - c) Síndrome de Marfan.
 - d) Síndrome de Ehlers-Danlos.
 - e) Malnutrición (bajo contenido de riboflavina en la dieta).
- distrofias corneales - ectásicas (cambios forma córnea) = queratocono
- (+) frec en personas con: sd Down/Marfan + enfermedades colágeno + ...
*correcta: e

. Un estudiante de 21 años presenta miopía y astigmatismo en ambos ojos y refiere mala visión con cambios de astigmatismo en los últimos años ¿cuál de las siguientes exploraciones es necesario realizar para informar de los cambios de refracción en este paciente? (2017)

- a) Oftalmoscopia.
 - b) Topografía corneal.
 - c) OCT.
 - d) Biometría.
 - e) Microscopia endotelial corneal.
- queratocono - dx:
- debut = primeras décadas vida (pubertad)
- síntomas = astigmatismo que va cambiando con pérdida visión, fotofobia, ...
- sospecha queratocono = pacientes jóvenes con astigmatismo - varía constantemente = cambian gafas pero siguen sin ver
- pruebas complementarias = topografía corneal
*correcta: b

. En relación al queratocono señale la respuesta incorrecta: (2020)

- a) En casos avanzados puede ser necesario realizar una queratoplastia.
- b) En algunos casos mejora la visión con lentes de contacto.
- c) En la topografía corneal se observa un astigmatismo regular.
- d) Suele presentarse en la pubertad.
- e) El crosslinking corneal se utiliza para detener la progresión del queratocono.

. En relación al queratocono señale la respuesta incorrecta: (2020)

- a) En casos avanzados puede ser necesario realizar una queratoplastia.
→ queratocono avanzado - tto elección = trasplante corneal x queratoplastia lamelar anterior profunda
 - b) En algunos casos mejora la visión con lentes de contacto.
→ queratocono - tto = lentes conectado → adaptan sobre córnea irregular - regularizando superficie corneal
 - c) En la topografía corneal se observa un astigmatismo regular.
→ queratocono - Dx - topografía corneal = parte inferior curva > superior
- en un ojo con astigmatismo regular - topografía corneal = potencial similar eje córnea
 - d) Suele presentarse en la pubertad.
→ distrofias corneales ectásicas (cambio forma córnea) = queratocono
 - e) El crosslinking corneal se utiliza para detener la progresión del queratocono.
→ queratocono - tto = Crosslinking corneal = gotas riboflavina (B2) + luz UV = detiene progresión enfermedad
- *correcta: c

. El crosslinking es una técnica que se utiliza actualmente: (2016)

- a) Para corregir la miopía.
 - b) En pacientes con queratocono.
 - c) En el tratamiento de ojo seco.
 - d) En el tratamiento de la presbicia.
 - e) En el tratamiento de la DMAE.
- *correcta: b

. Todos los siguientes tratamientos están indicados actualmente en paciente con queratocono excepto: (2015)

- a) Lentes de contacto.
- b) Segmentos intracorneales.
- c) Crosslinking.
- d) Técnica LASIK.
- e) Queratoplastia.

*correcta: d

. En el tratamiento del Queratocono no se recomienda: (2013)

- a) Lentes de contacto.
- b) Implante de segmentos intracorneales.
- c) Crosslinking: riboflavina y luz ultravioleta.
- d) Facoemulsificación.
- e) Queratoplastia.

→ queratocono - tto:

- gafas = corrección buena (no perfecta) → estadios iniciales + astigmatismo leve
- lentes contacto = regularizan superficie corneal (recuerda que queratocono es que la córnea tiene una curvatura anormalmente como un cono)
- crosslinking corneal = riboflavina (B2) + luz UV = refuerza enlaces + estructura fibras colágeno = aumenta rigidez córnea = evita deformar + progresar
- implante de segmentos intracorneal = se introducen anillos metálicos dentro córnea → modifican curvatura córnea (importante: no para avance + si modifica visión)
- trasplante córnea x queratoplastia lamelar anterior profunda = tto elección casos avanzados

*correcta: d

9. OJO SECO

. Todo lo siguiente es cierto acerca de la enfermedad de ojo seco, EXCEPTO: (2019)

- a) Es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular.
- b) Existe hiperosmolaridad lagrimal.
- c) Puede ser hiposecretor o evaporativo.
- d) El test de Schirmer se utiliza en el diagnóstico.
- e) No es necesario utilizar tinciones para el diagnóstico.

→ ojo seco

- enfermedad multifactorial - superficial ocular
- caracteriza x pérdida homeostasis película lagrimal = hiperosmolaridad
- clasificación = hiposecretor (se produce poca lagrime) + evaporativo
- dx = test Schirmer + tiempo ruptura película lagrimal (BUT → con colorante fluoresceína) + tinciones vitales

*correcta: e

. Señale la opción Falsa con respecto al ojo seco: (2018)

- a) Produce síntomas inespecíficos.
- b) Puede provocar alteraciones visuales.
- c) Siempre existe asociación entre síntomas y signos.
- d) Hay hiperosmolaridad lagrimal.
- e) Se acompaña de inflamación de la superficie ocular.

→ ojo seco

- pérdida homeostasis película lagrimal = hiperosmolaridad + inflamación-daño superficie ocular
- síntomas = visión borrosa transitoria + enrojecimiento + ardor/quemazón → falta correlación síntomas-signo

*correcta: c

. El ojo seco es una causa frecuente de consulta en oftalmología, señale la respuesta incorrecta en relación con esta enfermedad: (2016)

- a) Provoca síntomas de discomfort e inestabilidad de la película lagrimal.
- b) La etiología es multifactorial.
- c) El test de Schirmer es útil para su diagnóstico.
- d) Hay una disminución de la osmolaridad en la lagrime.
- e) En casos graves se puede pensar en ocluir los puntos lagrimales.

→ ojo seco:

- enfermedad multifactorial
- características = pérdida homeostasis película lagrimal + síntomas oculares
- etiología = inestabilidad película lagrimal + hiperosmolaridad + inflamación + daño superficie ocular + anomalías neurosensoriales
- dx - pruebas complementarias = test Schirmer (evalúa cantidad lágrima paciente)

*correcta: d

. El tiempo de medición para la prueba de Schirmer es: (2018)

- a) 5 minutos.
- b) 10 minutos.
- c) 2 minutos.
- d) 15 minutos.
- e) 10 segundos.

→ ojo seco - dx - pruebas complementarias = test de Schirmer → evalúa cantidad lágrimas - se coloca en fondo saco conjuntival tira papel filtro durante 5min (normal >10mm)

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos no es útil en la enfermedad de ojo seco?: (2020)

- a) Colirio de suero autólogo.
- b) Sondaje de los puntos lagrimales.
- c) Lágrimas artificiales con ácido hialurónico en monodosis.
- d) Corticoides.

e) Colirio de ciclosporina-A.

→ ojo seco - tto:

- lágrimas artificiales = monodosis (sin conservantes) → componente muy utilizado: ácido hialurónico (x hidratar)
- tto antiinflamatorio = corticoides sin conservantes + inmunomoduladores (colirio ciclosporina A tópica)
- derivados hemáticos = colirios suero autólogo + plasma rico factores crecimiento
- tto Qx = oclusión punto lagrimal

*oclusión = cerrar drenaje / sondaje = abrir vía drenaje obstruida → ¿porqué se oclúyeme en vez de sondar? Porque al ocluirnos permitimos retener SS tiempo la poca lagrima que disponen (no es una cuestión de que la lagrima no sale sino de que hay poca lagrima, por lo que por mucho que queramos sondar y drenar no sale na de na, taponamos y así la poca lagrima que hay hidrata el ojo más tiempo)

*correcta: b

9. PATOLOGÍA ESCLERA

. ¿Con cuál de las siguientes enfermedades se asocia con mayor frecuencia una escleritis? (2020)

- a) Hipertensión ocular.
- b) Diabetes tipo 1.
- c) Artritis reumatoide.
- d) Galactosemia.
- e) Enfermedad de Steinert.

→ escleritis - etiología = 50% asociadas a enfermedades autoinmunes:

- colagenopatías = artritis reumatoide + AR juvenil + LES + PAN + ...
- sistémicas no infecciosas = Behcet + sarcoidosis + EII + ...
- infecciosas = sífilis + tuberculosis + reiter + herpes simple + ...

*correcta: c

10. UVEÍTIS ANTERIOR

. La presencia de dolor ocular y déficit visual en un paciente con ojo rojo nos permite descartar: (2020)

- a) Una queratitis.
- b) Un glaucoma agudo por cierre angular.
- c) Una conjuntivitis.
- d) Una uveítis anterior.
- e) Una iridociclitis.

*correcta: c

. En la uveítis anterior aguda cuál de los siguientes hallazgos no es frecuente: (2019)

- a) Presencia de células inflamatorias en la cámara anterior.
- b) Precipitados corneales endoteliales.
- c) Ojo rojo.
- d) Midriasis.
- e) Sinequias iridocristalinianas.

*correcta: d

. Uno de los siguientes signos o síntomas no es habitual en una uveítis anterior aguda: (2013)

- a) Midriasis.
- b) Dolor.
- c) Inyección ciliar.
- d) Sinequias posteriores.
- e) Fotofobia.

→ uveítis anterior

- signos = ojo rojo + dolor + disminución visión + fotofobia + lagrimeo

- síntomas = inyección ciliar + miosis + hiperemia y edema iris + precipitados endoteliales/queráticos + fenómeno Tyndall (células y proteínas en cámara anterior) + hipopion + sinequias post (cristalino)/ ant (córnea) + nódulos superficie/ alrededor iris + PIO (-)

*correcta: a

. Paciente con espondilitis anquilosante que acude a urgencias presentando una Uveitis anterior aguda, cual de los siguientes signos o síntomas No es frecuente que presente: (2015)

- a) Midriasis.
- b) Dolor.
- c) Inyección ciliar.
- d) Sinequias posteriores.
- e) Fotofobia.

→ uveítis anterior - signos = miosis → pupila contraída x inflamación en cámara anterior

*correcta: a

. Paciente de 40 años que acude a urgencias oftalmológicas por disminución de agudeza visual en ojo derecho de 24 horas de evolución con ojo rojo y dolor. A la exploración la agudeza visual es de 0.3 en dicho ojo. La presión intraocular es de 10 mmHg y el fondo de ojo se distingue con dificultad. La exploración del ojo izquierdo es normal. El paciente está diagnosticado de espondiloartropatía HLA B27+ tratada en Reumatología. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en el ojo derecho? (2016)

- a) Queratoconjuntivitis infecciosa.
- b) Uveítis anterior aguda.
- c) Distrofia corneal.
- d) Queratopatía bullosa.
- e) Glaucoma agudo.

*correcta: b

. Paciente de 35 años con diagnóstico de espondiloartropatía HLA B27+ que acude a urgencias oftalmológicas por disminución de agudeza visual en ojo derecho de 24 horas de evolución con ojo rojo y dolor. A la exploración la agudeza visual es de 0.3 en dicho ojo. La presión intraocular es de 10 mmHg y el fondo de ojo se distingue con dificultad. La exploración del ojo izquierdo es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en ojo derecho? (2013)

- a) Queratoconjuntivitis infecciosa.
- b) Uveítis anterior aguda.
- c) Distrofia corneal.
- d) Queratopatía bullosa.
- e) Glaucoma agudo.

→ uveítis anterior = inflamación úvea anterior → iris + cuerpo ciliar

- síntomas = ojo rojo + dolor + disminución visión + fotofobia + lagrimeo

- signos = presión intraocular (PIO) suele estar disminuida (xq inflamación cuerpo ciliar = (-) producción humor acuoso)

- etiología = asociadas a enfermedades sistémicas → espondiloartropatías (HLA-B27+)

*correcta: b

. Una sarcoidosis puede producir como manifestación ocular: (2016)

- a) Subluxación del cristalino.
- b) Conjuntivitis aguda.
- c) Ptosis palpebral.
- d) Midriasis paralítica.
- e) Uveítis.

→ uveítis anterior - etiología = enfermedades sistémicas: sarcoidosis / enf Behcet

*correcta: e

. La enfermedad de Behçet se manifiesta a nivel ocular como: (2019) (2015)

- a) Luxación del cristalino.
- b) Glaucoma por recesión angular.
- c) Uveítis.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Parálisis del VI par craneal.

→ uveítis anterior - etiología ⇒ enfermedad Behcet → se puede afectar cualquier parte úvea

*correcta: c

. ¿Por qué los niños diagnosticados de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) deben realizar revisiones oftalmológicas aunque no presenten signos o síntomas clínicos de enfermedad ocular? (2013)

- a) Porque la AIJ se asocia con mucha frecuencia a alteraciones congénitas retinianas.
- b) Porque la AIJ se asocia a subluxación de cristalino.
- c) Porque la AIJ influye en el desarrollo de defectos refractivos graves.
- d) Porque la AIJ se asocia con frecuencia a uveítis anterior crónica.
- e) Los niños con AIJ deben ser revisados con la misma frecuencia que un niño con otro tipo de enfermedad infantil.

→ uveítis infancia

- artritis idiopática juvenil = 2-25%

- bilateral

- uveítis anterior crónica no granulomatosa

*correcta: d

. Uno de los siguientes fármacos ha sido aprobado recientemente como terapia biológica en pacientes con uveítis no infecciosa. Indique cuál: (2017)

- a) Azatioprina.
- b) Metotrexato.
- c) Ozurdex.
- d) Adalimumab (Humira).
- e) Ciclosporina A.

→

*correcta: a

. En un paciente con uveítis anterior aguda, cual de los siguiente tratamientos no estaría indicado: (2016)

- a) Corticoides tópicos.
- b) Corticoides vía panocular.
- c) Mioticos.

d) AINES vía sistémica.

e) Inmunosupresores.

→ uveítis anterior - tto:

- etiológico infecciones
- antiinflamatorio = corticoides tópicos (tto fundamental) / corticoides via periocular
- midriáticos-ciclopéjicos = fundamental dilatación pupila = disminuimos dolor (x espasmos músculo ciliar)
- AINEs
- inmunosupresores
- biológicos = adalimumab

*correcta: c

. Todo lo siguiente es cierto con respecto a las uveítis, salvo: (2018)

a) Pueden ser anteriores, posteriores e intermedias.

b) Las uveítis anteriores son las más frecuentes.

c) En las uveítis posteriores puede estar afectado el nervio óptico.

d) Nunca son la primera manifestación de una infección activa o latente.

e) A veces es necesario utilizar tratamientos con fármacos biológicos.

→ uveítis

- clasificación = anterior + intermedias + posteriores
- clasificación etiológica = exógena (infecciosa/no infecciosa) + endógena (inmunes, sistémica, neo, sd)
- uveítis anteriores = (+) frec
- uveítis posteriores = hay procesos que al estar cerca papila se inflama cabeza nervio óptico generando papilitis
- adalimumab = tto biológico uveítis

*correcta: d

10. UVEÍTIS INTERMEDIA. UVEÍTIS POSTERIOR

. Las pars planitis son un tipo de uveitis provocadas generalmente por: (2015)

- a) Virus.
- b) Protozoos.
- c) Parásitos.
- d) Hongos.
- e) De causa desconocida.

→ uveítis intermedia / pars planitis - etiología v desconocía (>)

*correcta: e

. Mujer de 30 años diagnosticada de uveítis intermedia. Acude a urgencias por presentar parestesias hemifaciales ¿cuál de las siguientes enfermedades hay que descartar? (2017)

- a) Enfermedad de Marfan.
- b) Enfermedad de Steiner.
- c) Esclerosis Múltiple.
- d) Enfermedad de Best.
- e) Enfermedad de Leber.

→ uveítis intermedia - asociada enfermedades sistémicas = esclerosis múltiple (en ocasiones se dx antes uveítis)

*correcta: c

. Las siguientes entidades pueden acompañarse de inflamación ocular (uveítis) excepto una. Indique cual: (2016)

- a) Sarcoidosis.
- b) Artritis idiopática juvenil.
- c) Enfermedad de Behçet.
- d) Enfermedad de Marfan.
- e) Esclerosis múltiple.

→ uveítis - enfermedades asociadas:

- uveítis anterior = artritis idiopática juvenil + sarcoidosis + Behçet + ...

- uveítis intermedia = esclerosis múltiple + sarcoidosis + ...

*correcta: d

. Debemos descartar la existencia de una sarcoidosis ante la presencia a nivel ocular de: (2013)

- a) Melanosis conjuntival.
- b) Distrofia corneal.
- c) Subluxación de cristalino.
- d) Pars planitis.
- e) Retinopatía de Purtscher.

→ uveítis intermedia / pars planitis - asociadas a enfermedades sistémicas = esclerosis múltiples + sarcoidosis + tuberculosis + sífilis + enfermedad de Lyme

*correcta: d

. Mujer de 30 años y antecedentes de esclerosis múltiple que acude a urgencias por miodesopsias en ambos ojos de una semana de evolución. La exploración de fondo de ojo muestra conglomerados inflamatorios en forma de bolas de nieve en cavidad vítrea inferior, vitritis y periflebitis periférica en ambos ojos ¿Cuál es su diagnóstico? (2018)

- a) Uveítis anterior.
- b) Uveítis posterior.
- c) Síndrome de manchas blancas.
- d) Uveítis intermedia.
- e) Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada.

. Mujer de 28 años y antecedentes de esclerosis múltiple que acude por miodesopsias en ambos ojos de una semana de evolución. La exploración de fondo de ojo muestra vitritis, conglomerados inflamatorios en forma de "bolas de nieve" en cavidad vítrea inferior y periflebitis retiniana periférica en ambos ojos. ¿Cuál es su diagnóstico? (2015)

- a) Uveítis intermedia.
- b) Síndrome de manchas blancas.

- c) Neuritis óptica.
- d) Uveítis anterior.
- e) Coroiditis punteada interna.

→ uveítis intermedia - signos clínicos:

- vitritis (infiltración parte anterior vítreo) = miodesopsias
- banco de nieve / snowbank = depósito células inflamatorias en retina periférica anterior
- periflebitis = inflamación vasos retina → edema macular quístico = pérdida visión

*correcta: a

. Un edema macular puede ser un signo clínico de: (2016)

- a) Embolia de la arteria central de la retina.
- b) Neuritis retrobulbar.
- c) Parsplanitis.
- d) Desprendimiento de vítreo posterior.
- e) Degeneración macular.

*correcta: e

. A un paciente joven diagnosticado de pars planitis, se le observa un descenso acusado de la agudeza visual. Este descenso puede estar justificado por: (2013)

- a) Anisometropía.
- b) Glaucoma agudo.
- c) Hemorragia vítrea.
- d) Edema de mácula.
- e) Edema de Berlin.

→ uveítis intermedia - signos clínicos = periflebitis → inflamación vasos retina = acúmulo mediadores inflamación = edema macular quístico (una de las causas +imp pérdida visión)

*correcta: d

. Una vitrectomía puede estar indicada en el tratamiento de: (2013)

- a) Uveitis crónica.
- b) Embolia de arteria central de la retina.
- c) Desprendimiento de vitreo posterior.
- d) Retinopatía diabética no proliferante.
- e) Forma atrófica de degeneración macular asociada a la edad.

→ uveítis intermedia - ttto

- unilat/asimétrica = corticoides perioculares + inyecciones perioculares
- bilat = corticoides sistémicos → inmunosupresores / biológicos / fotocoagulaicon / vitrectomia

*correcta: a

. Ante un paciente con miodesopsias y disminución de la agudeza visual, sin dolor ni enrojecimiento, sospecharíamos que puede padecer: (2020)

- a) Glaucoma agudo de ángulo estrecho.
- b) Uveítis posterior.
- c) Glaucoma facolítico.
- d) Uveítis anterior aguda.
- e) Escleroqueratitis.

→ uveitis post - síntomas = miodesopsias + (-) agudeza visual (visión borrosa) + escotoma (puntos ciegos campo visual)

- si solo afecta nivel coroides = NO tiene que tener ojo rojo

*enaja que te cagas con uveítis intermedia tbi

*correcta: b

. El metotrexate es un fármaco que se utiliza en el tratamiento de: (2013)

- a) Degeneración macular asociada a la edad.
- b) Distrofias corneales.
- c) Coadyuvante de la cirugía de glaucoma.
- d) Uveítis.

e) Parálisis de VI par craneal.

→ uveítis - tto:

- uveítis anterior = tto fundamental corticoides tópicos => otros: inmunosupresores (metotexato)
- uveítis intermedia - bilateral = corticoides → inmunosupresores (metotexato) + biológicos + fotocoagulación + vitrectomía
- uveítis posterior = 1. infección ATB / 2. corticoides perioculares / 3. inmunosupresión (metotexato) / 4. biológicos (adalimumab, infliximab)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO se utiliza en pacientes con uveítis posteriores no infecciosas? (2019)

- a) Corticoides perioculares.
- b) Corticoides intraoculares.
- c) Adalimumab oral.
- d) Corticoides orales.
- e) Adalimumab intraocular.

→ uveítis posterior - tto:

1. descartar infección = tto antiinfeccioso + antiinflamatorio
2. corticoides = perioculares / intraoculares / sistémicos
3. inmunosupresores = micofenolato / metotexato
4. biológicos sc = adalimumab / infliximab

*correcta: e (la c tb estaría mal al es subcutáneo)

. Una pérdida brusca y dolorosa de la visión puede ser provocada por: (2016)

- a) Desprendimiento de la retina.
- b) Embolia de la arteria central de retina.
- c) Endoftalmitis.
- d) Subluxación del cristalino.
- e) Hemorragia vítrea.

→ endoftalmitis - clínica = pérdida brusca+dolorosa agudeza visual

*correcta: c

*. ¿Cuál es la prueba complementaria mas útil en la monitorización de la respuesta al tratamiento en un paciente con edema macular diabético que está siendo tratado con fármacos antiangiogénicos? (2016)

- a) Angiografía fluorescencia.
- b) Tomografía de coherencia óptica (OCT).
- c) Autofluorescencia.
- d) Todas las anteriores.
- e) La respuesta al tratamiento en los pacientes con edema macular diabético no requiere monitorización con ninguna prueba complementaria.

→

*correcta: b

11. PATOLOGÍA DEL CRISTALINO. CATARATAS Y TRATAMIENTO

. Las células del cristalino derivan embriológicamente de: (2020)

- a) El endodermo.
- b) El mesodermo.
- c) La cavidad amniótica.
- d) El ectodermo.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ cristalino = deriva embriológica mente - ectodermo superficial

. Un hombre de 62 años con uveítis asociada al HLA-B27 que ha requerido tratamiento con corticoides tópicos durante varios años, refiere disminución de visión y le diagnosticaron cataratas ¿Qué tipo de catarata es más frecuente en estos pacientes? (2017)

- a) Corticales.
- b) Nucleares.
- c) Subcapsulares posteriores
- d) Hipermadura.
- e) Polar.

→ catarata - adquiridas - fármacos = corticoides → catarata (+) frec = subcapsular posterior

→ catarata senil = subcapsulares (afectan cápsula posterior) → (+) relacionadas con uso corticoides

*correcta: c

. Mujer de 65 años de edad que refiere disminución visual progresiva desde hace mas de un año que no mejora con corrección óptica y que ahora puede leer sin gafas cuando antes las necesitaba. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2013)

- a) Glaucoma crónico simple.
- b) Catarata senil.
- c) Oclusión venosa de la retina.
- d) Presbicia.
- e) Aumento de la miopía preexistente.

→ catarata senil:

- dependiendo zona afecten - pueden ser = subcapsulares + corticales + nucleares

- catarata nucleares - características = pacientes miopizan (x aumento refracción cristalino) = ven pero de lejos + mejor de cerca (*subcapsulares = al revés)

*correcta: b

. Paciente que acude a la consulta con perdida importante de agudeza visual en ojo derecho, en la exploración con lámpara de hendidura se observa una uveítis facoanafiláctica y la causa puede ser: (2019) (2015)

- a) Una catarata subcapsular central.
- b) Una lente intraocular.
- c) Una retinitis.
- d) Una catarata hipermadura.
- e) Un glaucoma crónico simple.

→ catarata senil:

- estados evolutivos = incipiente → madura → hipermadura

- complicaciones = uveítis facoanafiláctica (: inflamación x ruptura cara anterior cristalino + salida proteínas del interior cristalino hacia humor acuoso)

*correcta: d

. ¿Cuál de estas alteraciones metabólicas no cursa con cataratas? (2016)

- a) Diabetes mellitus.
- b) Hipercalcemia.
- c) Hipertiroidismo.
- d) Hipoparatiroidismo.
- e) Galactosemia.

→ cataratas - asociadas a enfermedades sistémicas:

- diabétes mellitus - hipocalcemia

- hipertiroidismo
- hipoparatiroidismo
- galactosemia
- miopatía de Steiner
- enfermedad de Wilson

*correcta: B

. La opacificación del cristalino puede producir los siguientes síntomas excepto: (2019) (2015)

- a) Miopización.
- b) Deslumbramiento.
- c) Alteración percepción colores.
- d) Disminución de la visión.
- e) Fotopsias.

*correcta: e

. Todos los siguientes pueden ser síntomas que refieren los pacientes con catarata, excepto

- a) Deslumbramiento.
- b) Disminución del contraste (colores).
- c) Disminución de la visión de lejos.
- d) Hipermetropía (sólo cat. Nucleares).
- e) Disminución de la visión de cerca.

*correcta: d

. Varón de 64 años que acude a la consulta refiriendo disminución visual bilateral desde hace un año, mas acentuada en visión próxima. Se deslumbra con facilidad y ve peor con mucha luz y los colores son mas apagados, pero no refiere metamorfopsia. ¿Cuál es el diagnóstico mas probable? (2013)

- a) Aumento de la presbicia.
- b) Desarrollo de DMAE Seca.
- c) Desarrollo de glaucoma.
- d) Desarrollo de cataratas.
- e) Iridociclitis crónica.

→ cataratas - clínica - síntoma:

- deslumbramiento (x diversificación luz)
- disminución contraste colores (tienen otra intensidad)
- disminución visión = de cerca (subcapsulares posteriores) + de lejos (mejor de cerca = nucleares)
- miopización (solo catarata nucleares)

*correcta: d

. Paciente varón de 73 años presenta pérdida de visión progresiva desde hace meses que no mejora con corrección. Refiere que se ha alterado su percepción de los colores y tiene deslumbramiento. En la exploración se observa una opacidad nuclear del cristalino. Señale la opción FALSA respecto a la catarata: (2020)

- a) No existe ningún tratamiento médico con eficacia probada para evitar su aparición.
- b) Puede aparecer por el uso de fármacos.
- c) La forma senil puede aparecer antes en pacientes diabéticos que no diabéticos.
- d) La catarata subcapsular posterior puede hacer posible que un paciente lea sin gafas, debido a una miopía inducida por cambio en la refracción.
- e) Su forma hipermadura puede producir luxación o subluxación.

→ cataratas:

- adquiridas - 2ª = enf sistémicas (diabétes) + fármacos (corticoides)

→ catarata senil:

- catarata subcapsulares = (+) relacionadas con uso corticoides
- cataratas nucleares = (+) índice refracción cristalino = ven peor de lejos (miopizan) + mejor de cerca
- evolución = incipiente → madura → hipermadura
- complicaciones = uveítis facoanafiláctica + glaucoma facolítico + luxaciones/subluxaciones cristalino

→ cataratas - tto:

- NO se conoce ningún tto médico que detenga/evite progresión

*correcta: d

. En relación a la catarata cuál de las siguientes afirmaciones es correcta: (2019)

- a) Son más frecuentes en los menores de 65 años.
- b) Son más frecuentes en mujeres.
- c) Es la primera causa de ceguera irreversible.
- d) En la cirugía de las cataratas se realiza con frecuencia las incisiones corneales.
- e) El tratamiento médico puede evitar la aparición de catarata.

→ cataratas:

- adquiridas (>90%) = asociadas a la edad (seniles) → (+) frec
- 1ª causa ceguera reversible mundo
- NO se conoce ningún tto médico que detenga/evite progresión
- tto = Cx → facoemulsificación cristalino con implante lente intraocular en saco capsular x ultrasonidos → incisión muy pequeña en córnea que no necesita sutura

*correcta: d

. El mejor sitio para colocar una lente intraocular es: (2017)

- a) Ligamento capsular.
- b) Apoyo ciliar.
- c) Implante en sulcus.
- d) Saco capsular.
- e) Apoyo en ángulo.

*correcta: d

. El tratamiento de la catarata que hoy en día se considera mas aceptable es: (2013)

- a) Extracción intracapsular del cristalino y posterior adaptación de gafas.
- b) Extracción intracapsular del cristalino y posterior adaptación de lente de contacto.
- c) Extracción extracapsular del cristalino e implante de lente intraocular de cámara posterior.
- d) Facoemulsificación del cristalino e implante de lente intraocular de cámara anterior.
- e) Facoemulsificación del cristalino e implante de lente intraocular de cámara posterior.

→ cataratas - tto = Cx → técnica elección = facoemulsificación cristalino con implante lente intraocular en saco capsular x ultrasonidos

*correcta: e

. ¿Cuál es la anestesia que se utiliza con mayor frecuencia en la cirugía de la catarata? (2017)

- a) Peribulbar.
- b) Intracamerular.
- c) Tópica.
- d) Retrobulbar.
- e) General.

→ catarata - tto = Cx → facoemulsión cristalino con implante lente intraocular salvo capsular mediante ultrasonidos

- inetrevcuon con anestesia local tópica (peribulbar) → administrada en gotas

*correcta: c

. El láser de femtosegundo se emplea en oftalmología en la cirugía de: (2020)

- a) Dacriocistitis.
- b) Glaucoma.
- c) Retina.
- d) Catarata.
- e) Tumores intraoculares.

→ catarata - tto = Cx → láseres femtosegundo = con ojo cerrado rompen cápsula + fragmentan cristalino → cirujano retira restos fragmentados + coloca lente

*correcta: d

* Durante los últimos 3 años, un hombre de 70 años ha sufrido pérdida visual progresiva. La exploración bilateral de lámpara de hendidura muestra gerontoxon y cataratas nucleares. Teniendo en cuenta estos hallazgos, ¿qué cirugía recomendaría para mejorar la agudeza visual? (2017)

- a) Extracción extracapsular de la catarata, implante de LIO y queratoplastia.

- b) Extracción extracapsular de la catarata con implante de LIO en cámara anterior.
- c) Facoemulsificación con implante de LIO en saco capsular.
- d) Combinación de facoemulsificación, implante de LIO y queratoplastia endotelial.
- e) Combinación de facoemulsificación, implante de LIO y queratoplastia lamelar.

→

*correcta: c

. En la cirugía de la catarata con facoemulsificación del cristalino e implante de una lente intraocular ¿qué complicación intraoperatoria se puede producir? (2017)

- a) Rotura de la cápsula posterior.
- b) Opacificación de la cápsula posterior.
- c) Endoftalmitis aguda.
- d) Edema macular.
- e) Todas las anteriores.

→ cataratas - tto - complicaciones intraoperatorias:

- rotura cápsula posterior => salida humor vítreo = imposibilita colocación lente en lugar previsto
- hemorragia supracoroidea expulsiva => muy grave - se rompen vasos coroides

*correcta: a

. Después de 48 horas de una operación de catarata, un paciente acude a urgencias con dolor y pérdida de visión. En la exploración el ojo está rojo con inyección ciliar, edema corneal y ausencia de reflejo rojo. El primer diagnóstico de sospecha debe ser: (2018)

- a) Uveítis anterior.
- b) Glaucoma secundario.
- c) Endoftalmitis bacteriana.
- d) Conjuntivitis aguda.
- e) Glaucoma facolítico.

*correcta: c

. En un paciente operado de catarata ¿Cuál de las siguientes complicaciones postoperatorias precoces es muy grave?: (2016)

- a) Elevación de la presión intraocular.
- b) Opacificación cápsula posterior.
- c) Luxación de la lente intraocular.
- d) Rotura de la capsula posterior.
- e) Endoftalmitis bacteriana aguda.

→ cataratas - complicaciones:

- intraoperatorias = rotura cápsula posterior + hemorragia supra coroides expulsiva
- postoperatorias precoces = elevación presión intraocular + herida infiltrante + endoftalmitis bacteriana aguda (+grave)
- postoperatorias tardías = opacificación cápsula posterior cristalino + descompensación endotelio corneal + edema macular quístico + desprendimiento retina

*correcta: e

. Un paciente de 16 años de edad es diagnosticada de subluxación de cristalino. El diagnóstico más probable entre los propuestos es: (2018)

- a) Síndrome de Weill-Marchesani.
- b) Diabetes mellitus tipo 1.
- c) Síndrome de Ehlers-Danlos.
- d) Síndrome de Pseudoexfoliación.
- e) Enfermedad de Wilson.

→ antes de leer las respuesta iba de cabeza a Sd Marfan ya que es el que más se asocia pero como no era elegimos el único que está en la lista de etiologías congénitas = sd Marfan + Marchesani + homocistinuria

*correcta: a

. Anomalías en la posición del cristalino (luxación o subluxación) pueden aparecer en los siguientes síndromes excepto: (2015)

- a) Síndrome de Weill-Marchesani.
- b) Síndrome de Marfan.

- c) Síndrome pseudoexfoliativo.
- d) Homocistinuria.
- e) Enfermedad de Wilson.

→ cristalino - alteraciones posición = luxación + subluxación:

- etiología - congénita = sd Marfan + Marchesani + homocistinuria

*correcta: e

. Paciente de 90 años de edad que bruscamente nota diplopía monocular (desaparece al tapar el ojo derecho y se mantiene cuando tapamos el ojo izquierdo). Cual puede ser el diagnóstico: (2013)

- a) Enfermedad de Best.
- b) Luxación a cámara vítrea del cristalino.
- c) Subluxación del cristalino.
- d) Estrabismo.
- e) Ictus cerebral.

→ alteraciones posición cristalino:

- luxación = desplazamiento completo cristalino

- subluxación = desplazamiento parcial cristalino

- síntomas = diplopía monocular → se sospecha cuando al tapar ojo sigue viendo doble => monocular (por eso cuando tapamos un ojo desaparece pero al tapar el otro si que ve doble)

*¿porqué subluxación y no luxación? Subluxación del cristalino es más frecuente como presentación inicial: el cristalino parcialmente desplazado genera refracción irregular → diplopía monocular. La luxación completa a vítreo suele dar pérdida visual más marcada o visión muy borrosa, no solo diplopía

*correcta: c

12. AMEPTROPÍAS

. Una lente que tiene una distancia focal de 25 cm, ¿Qué poder dióptrico tiene? (2017)

- a) 2,5 dioptrías.
 - b) 25 dioptrías.
 - c) 5 dioptrías.
 - d) 4 dioptrías.
 - e) 0,4 dioptrías.
- $1/0,25 = 4$ dioptrías

*correcta: d

. Con un cristal de 2 dioptrías positivas la distancia focal en un emétrope, se situará a: (2016)

- a) 20 cms.
- b) 50 cms.
- c) 100 cms.
- d) 25 cms.
- e) 500 cms.

→ $1/x = 2$ dioptrías → $x = 1/2 = 0,5\text{m} = 50\text{cm}$

*correcta: b

. Con un cristal de 5 dioptrías positivas la distancia focal en un emétrope, se situará a: (2013)

- a) 20 cms.
- b) 50 cms.
- c) 100 cms.
- d) 25 cms.
- e) 500 cms.

→ dioptría = Ud expresa poder refracción/potencia lente en 1 metro - equivale valor inverso distancia focal metros

- una lente distancia focal 25cm tendría $1/0,25 = 4$ dioptrías

- $1/x = 5$ dioptrías → $1/5 = 0,20\text{m} = 20\text{cm}$

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes estructuras oculares tiene mayor poder de refracción (dioptrías)? (2017)

- a) Cara anterior de la cornea.
- b) Cara posterior de la cornea.
- c) Cara anterior del cristalino.
- d) Cara posterior del cristalino.
- e) Retina.

*correcta: a

. La refracción debe realizarse siempre bajo cicloplejia (pupila dilatada) y por el OFTALMOLOGO, por: (2018)

- a) Valorar la refracción con la acomodación paralizada.
- b) Explorar al mismo tiempo el fondo de ojo.
- c) Detectar hipermetropías latentes.
- d) Descartar miopías acomodativas.
- e) Todas son ciertas.

→ evaluar refracción en niños (tienen espasmos simulan miopía) ⇒ cicloplejía = paralizan acomodación

- lo del fondo de ojo no es motivo para refracción por cicloplejia

*correcta: e

. Una alteración de los elementos ópticos del ojo que producen un foco no coincidente con la retina, hablamos de: (2018)

- a) Emetropía.
- b) Ametropía.
- c) Anisometropía.
- d) Aniseiconia.
- e) Anisocoria.

*correcta: b

. El concepto ametropía se refiere a: (2013)

- a) Existencia de un ojo vago.
- b) Distinta refracción en ambos ojos.
- c) Situación de dioptrio ocular correcto.
- d) Alteración de los elementos ópticos de un ojo con desenfoque sobre la retina.
- e) A y B son ciertas.

→ ametropía = error refracción ocular causan enfoque incorrecto imágenes retina

*correcta: d

. La ametropía más frecuente es la: (2018)

- a) Axial.
- b) De curvatura.
- c) De índice.
- d) Por posición anormal del cristalino.
- e) No existen diferencias significativas entre ellas.

→ no lo encuentro en los apuntes

*correcta: a

. El aumento del eje anteroposterior del ojo produce: (2015)

- a) Hipermetropía.
- b) Miopía.
- c) Presbicia.
- d) Astigmatismo.
- e) Afaquia.

*correcta: b

. Una miopía puede estar producida por: (2013)

- a) Aumento del eje antero posterior del cristalino.
- b) Aumento de la curvatura del cristalino.
- c) Aumento del índice de refracción del cristalino.
- d) Posición anormal del cristalino.
- e) Todas son ciertas.

→ miopía = se produce por:

- exceso potencia refracción de medios transparentes ojo
- aumento eje ant-post globo ocular
- miopía simple = defecto refractive simple

*correcta: e

. Uno de los siguientes síntomas es característico de la miopía. (2016)

- a) Mala visión de lejos.
- b) Fatiga ocular.
- c) Ojo rojo con el esfuerzo.
- d) Picor de ojos.
- e) Cefaleas.

→ miopía = mala visión de lejos

→ hipermetropía = dificultad ver cerca → se compensa con acomodación = astenopatía acomodativa (dolor cabeza, fatiga visual, ojos rojos, ...)

*correcta: a

*. Paciente miope de -6dpt en ambos ojos, con 65 años de edad y visión de lejos corregida de 10/10 en ambos ojos. La gafa que precisa para leer cómodamente a la distancia habitual es de: (2016)

- a) +3 dpt en ambos ojos.
- b) -9 dpt en ambos ojos.
- c) +2 dpt en ambos ojos.
- d) +6 dpt en ambos ojos.

e) -3 dpt en ambos ojos.

→ no tengo ni idea ni en esta ni en la de abajo porque además ChatGPT dice que sería +3 por la edad

*correcta: e

*. Paciente miope de -3 dpt en ambos ojos, con 65 años de edad y visión de lejos corregida de 10/10 en ambos ojos. La gafa que precisa para leer cómodamente a la distancia habitual es de: (2013)

a) +3 dpt en ambos ojos.

b) -6 dpt en ambos ojos.

c) +2 dpt en ambos ojos.

d) +6 dpt en ambos ojos.

e) 0 dpt en ambos ojos.

→

*correcta: e

. Una hipermetropía puede estar producida por: (2016)

a) Aumento del eje antero posterior del cristalino.

b) Aumento de la curvatura del cristalino.

c) Aumento del índice de refracción del cristalino.

d) Aumento del eje anteroposterior del ojo.

e) Disminución del eje anteroposterior del ojo.

→ ametropías

- clasificación según longitud plano enfoque:

- miopía = globo ocular grande => enfoca delante retina

- hipermetropía = globo ocular pequeño => enfoca detrás retina

- astigmatismo

- clasificación según causa:

- axiales = defecto longitud antero-posterior globo ocular

- refractivas = defecto en potencia refractiva córnea/cristalino

- miopía = aumento: eje ant-post + curvatura + índice refracción → cristalino

*correcta: e

. Uno de los siguientes síntomas no es característico de la hipermetropía en los pacientes jóvenes: (2013)

a) Visión de lejos.

b) Fatiga ocular.

c) Ojo rojo con el esfuerzo.

d) Picor de ojos.

e) Cefaleas.

→ ametropías - hipermetropía:

- dificultad para ver cerca

- como ven mal de lejos = se compensa con proceso acomodación = astenopatía acomodativa

- astenopatía acomodativa = dolor cabeza + fatiga visual + ojos rojos → st en niños

- con los años: afecta visión lejana + aparecen síntomas presbicia = hipermetropías altas → visión borrosa lejos

*correcta: a

. La astenopia en niños sugiere: (2017)

a) Miopía.

b) Catarata.

c) Hipermetropía.

d) Estrabismo.

e) Retinoblastoma.

*correcta: c

. La astenopia acomodativa aparece en: (2015)

a) Miopía.

b) Hipermetropía.

c) Queratitis.

- d) Uveítis anterior.
- e) Todas son ciertas.

*correcta: b

. La astenopia acomodativa no produce: (2015)

- a) Cefalea frontal.
- b) Irritación conjuntival.
- c) Una retinopatía.
- d) Ganas de frotarse los ojos.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ hipermetropía = imagen enfocada detrás retina → se compensan con proceso acomodación → astenopatía acomodativa = dolor de cabeza + fatiga visual + ojos rojos + ...)

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta al hablar de los cristales convergentes? (2016)

- a) Son convexos.
- b) Surgen de la superposición de dos primas por la base.
- c) Son cóncavos.
- d) Forman un foco real.
- e) Relajan la acomodación.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta al hablar de los cristales positivos? (2013)

- a) Son convexos.
- b) Surgen de la superposición de dos primas por la base.
- c) Son divergentes.
- d) Forman un foco real.
- e) Relajan la acomodación.

→ lentes positivas = convexas + convergentes

*correcta: c

. El astigmatismo está producido habitualmente por una alteración de: (2015)

- a) La curvatura de la retina.
- b) La curvatura de la córnea.
- c) La posición de la mácula.
- d) La densidad del vítreo.
- e) La curvatura de la hialoides anterior.

→ astigmatismos = x altera una curvatura ant córnea

*correcta: b

. El astigmatismo se corrige con lentes: (2018)

- a) Cóncavas.
- b) Convexas.
- c) Tóricas.
- d) Esféricas.
- e) Con cualquiera de ellas.

→ astigmatismo = se corrige con lentes cilíndricas (/ tóricas)

*correcta: d

. Si en un astigmatismo, una imagen se forma delante de la retina y la otra detrás, hablamos de un astigmatismo: (2018)

- a) Miópico.
- b) Hipermetrópico.
- c) Mixto.
- d) Compuesto.
- e) Irregular.

→ astigmatismo mixto = una imagen se forma x delante retina + otra imagen se forma x detrás retina

*correcta: c

. La presbicia en aparece aproximadamente a: (2017)

- a) Al nacimiento.
- b) A los 30 años.
- c) A los 45 años.
- d) A los 60 años.
- e) Puede aparecer en cualquier momento de la vida.

→ presbicia = vista cansada → dificultad acomodar sistema óptico ojo para ver de cerca ⇒ aparece entre 40-45a

*correcta: c

. La presbicia se trata con:

- a) Corrección óptica.
- b) Suplementos vitamínicos.
- c) Ejercicios de acomodación.
- d) Vitamina B en gotas.
- e) Todas son ciertas.

→ presbicia - tto = lentes convexas + gafas bifocales/multifocales + lentes contacto corneales + cx lente intraocular

→ ametropías = necesitan corrección óptica para alcanzar agudeza visual normal

*correcta: a

13. DEGENERACIONES MACULARES

. ¿Cuál de estos signos es típico de la Retinosis Pigmentaria? (2013)

- a) Fosfenos.
- b) Hemeralopia.
- c) Escotoma central.
- d) Diplopia.
- e) Metamorfopsia.

→ retinitis/retinosis pigmentaria = enfermedad degenerativa de bastones = mala visión nocturna + reducción campo visual concéntrica (visión en cañón de escopeta) (hasta zona donde conos son más abundantes)

[en los apuntes no pone nada y en clase creo que no le ha dado mucha importancia, la pregunta es de hace pila, no rayarse] bueno pal que tenga curiosidad:

- hemeralopías = ceguera nocturna (entiendo esto entendemos que al ser una enfermedad donde los bastones están malitos lo que no vemos es de noche)
- escotoma central = más típico enfermedad conos/mácula
- metamorfopsias = característico de patología macular

*correcta: b

. La alteración ocular en la Retinosis pigmentaria comienza inicialmente en: (2016)

- a) Las células ganglionares.
- b) Las células de Muller.
- c) Los bastones.
- d) Las células del epitelio pigmentario.
- e) Los astrocitos retinianos.

→ retinosis pigmentaria = enfermedad degenerativa bastones

*correcta: c

. El síntoma más característico de la retinosis pigmentaria es: (2015)

- a) Dolor ocular nocturno.
- b) Pérdida de visión central.
- c) Ceguera nocturna.
- d) Pérdida de visión repentina.
- e) Diplopía nocturna.

→ retinosis pigmentaria = enfermedad degenerativa de bastones = mala visión nocturna

*correcta: c

*.Cuál de las siguientes afirmaciones NO es típica de la retinosis pigmentaria: (2016)

- a) Comienza en la infancia o juventud.
- b) Aparecen escotomas centrales en el campo visual.
- c) Hay mala adaptación a la oscuridad.
- d) Hay mala visión periférica.
- e) Los pacientes tienen nictalopia.

→ como hemos dicho antes, escotoma centrales cuando se afectan los conos (típico patología macular)

*correcta: b

*. La retinosis pigmentaria afecta aproximadamente a: (2015)

- a) Una de cada 400 personas.
- b) Una de cada 2.000 personas.
- c) Una de cada 4.000 personas.
- d) Una de cada 40.000 personas.
- e) Una de cada 400.000 personas.

→

*correcta: c

.Cuál de las siguientes exploraciones NO es importante para explorar la función macular: (2020)

- a) Los optotipos.

- b) La rejilla de Amsler.
- c) La oftalmoscopia.
- d) El test de Lancaster.
- e) La tomografía óptica de coherencia(OCT).

*correcta: d

. Cual de las siguientes exploraciones oftalmológicas NO es relevante para el estudio de las alteraciones maculares: (2015)

- a) La agudeza visual.
- b) La tomografía computarizada (TAC).
- c) La angiografía fluoresceínica.
- d) Test de percepción cromática.
- e) El fondo de ojo.

→ mácula exploración

- optotipos = mide agudeza visual central
- rejilla amsler = metamorfopsias / distorsiones
- test colores = visión cromática
- oftalmoscopia = fondo de ojo
- tomografía de coherencia óptica (OCT) = la ostia porque ve todas las capas retina
- autofluorescencia - LOC = capacidad retina x lipofuscina (fluoróforos) emitir luz
- angiografía fluoresceínica = invasiva (inyectar contraste)
- angio-OCT

*correcta: b

. La técnica de autofluorescencia del fondo de ojo detecta fundamentalmente: (2019)

- a) Lipofuscina.
- b) Zeaxantina.
- c) Exudados duros.
- d) Melanina.
- e) Todas son ciertas.

*correcta: a

. ¿Con que nombre se conoce en oftalmología a la capacidad de la retina de emitir luz en el espectro de los 500-750 nanómetros cuando es estimulado por una luz de onda más corta sobre los 480 nanómetros?: (2017)

- a) Fluorescencia.
- b) Autofluorescencia.
- c) Autorefectancia.
- d) Óptica adaptativa.
- e) Luminiscencia.

→ mácula exploración => autofluorescencia - LOC = capacidad intrínseca retina x fluoróforos (lipofuscina st) para emitir luz en espectro 500-750nm de longitud de onda al iluminar retina con luz azul onda corta (470-500nm)

*correcta: b

. Las metamorfopsias sugieren: (2020) (2016)

- a) Alteraciones maculares.
- b) Alteraciones papilares.
- c) Alteraciones corneales.
- d) Alteraciones en el cristalino.
- e) Alteraciones en la retina periférica.

*correcta: a

. Cual de los siguientes síntomas NO es típico de un "síndrome macular": (2020) (2016)

- a) Disminución de la agudeza visual.
- b) Escotoma central.
- c) Miodesopsias.
- d) Discromatopsia.
- e) Metamorfopsias.

→ sd macular:

- disminución visión central
- escotoma central = mancha oscura centro campo visual
- dicromatopsia = colores distintos
- macropsia / micropsia
- sensación deslumbramiento
- metamorfopsia = al mirar ventana/puerta bordes doblados
- campo periférico conservado

*correcta: c

. Indica cuál de los siguientes síntomas/signos NO es característico del síndrome macular: (2019)

- a) Disminución de la visión (brusca o progresiva).
- b) Escotoma central.
- c) Metamorfopsia.
- d) Miodesopsia.
- e) Campo periférico conservado.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO forma parte del Síndrome Macular? (2017)

- a) Escotoma central.
- b) Metamorfopsia.
- c) Disminución de agudeza visual.
- d) Campo periférico conservado.
- e) Fosfenos.

*correcta: e

.Cuál de los siguientes síntomas es sugerente de un síndrome macular: (2015)

- a) Cefalea.
- b) Diplopia.
- c) Metamorfopsia.
- d) Amaurosis.
- e) Miodesopsias (moscas volantes).

*correcta: c

. ¿Cuál de estos fármacos es tóxico para la mácula por la alta concentración que alcanza en las capas de la retina? (2013)

- a) Cloroquina.
- b) Etambutol.
- c) Reserpina.
- d) Digital.
- e) Paracetamol.

→ degeneraciones maculares adquiridas - x fármacos = cloroquina + etambutol

→ chatGPT:

- Cloroquina / Hidroxicloroquina → toxicidad macular ("maculopatía en ojo de buey"), porque se concentran en las capas retinianas y dañan los conos del área macular.
- Etambutol → neuritis óptica (affecta el nervio óptico, NO la mácula).

*correcta: a

. La principal causa de pérdida visual irreversible en la miopía magna es: (2020)

- a) El aumento del defecto refractivo.
- b) El desprendimiento de retina.
- c) La aparición de neovasos.
- d) La maculopatía miópica.
- e) La neuropatía óptica.

→ degeneraciones maculares adquiridas - miopía patológica = las grandes miopías producen maculopatías miópicas (ojo tan largo = mácula acaba atrofiando x completo)

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes alteraciones maculares es la más frecuente? (2016)

- a) Membranas epirretinianas.
- b) Agujero macular.
- c) Maculopatía por cloroquina.
- d) Degeneración macular asociada a la edad.
- e) Enfermedad de Stargardt.

→ degeneración macular asociada a la edad (DMAE) = 1ª causa ceguera irreversible >60a (*<60a = retinopatía diabética)

- degeneración macular (+)imp

*correcta: d

. ¿Con qué enfermedad se relacionan las Drusas? (2024 enero)

- a) Retinopatía diabética.
- b) Oclusión venosa retiniana.
- c) Neuritis óptica.
- d) Degeneración macular asociada a la edad.
- e) Enfermedad de Stargardt.

. La Maculopatía Asociada a la Edad (MAE) se caracteriza por: (2023 enero) (2020)

- a) Drusas.
- b) Fibrosis subretiniana.
- c) Neovasos subretinianos.
- d) Desprendimiento del neuroepitelio.
- e) Todas son ciertas.

→ degeneración macular asociada edad = DMAE => pérdida visual

- persona >50a

- drusas = marcador riesgo desarrollo DMAE

- forma: seca = atrofia epitelio pigmentario / húmeda = proliferación vasos retina (neovascularización coroidea)

*correcta: a

.Cuál de los siguientes factores considera asociado a la DMAE: (2023 enero)

- a) Hipertensión arterial.
- b) Tabaquismo.
- c) Edad elevada.
- d) Historia familiar.
- e) Presencia de cataratas.

→ DMAE - etiopatogenia = incidencia/prevalencia aumenta con:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| • edad (+) | • sol |
| • genética predisponente | • HTA |
| • tabaco | • hipercolesterolemia |

*correcta: e

.Cuál de los siguientes NO se considera riesgo de padecer DMAE: (2022 enero)

- a) Edad mayor de 55 años.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Tabaquismo.
- d) Historia familiar.
- e) Diabetes.

***. ¿Cuál de las siguientes no es una complicación habitual de la DMAE exudativa? (2023 enero)

- a) Catarata subcapsular.
- b) Hemorragia vítrea.
- c) Fibrosis subretiniana.
- d) Desprendimiento de polo posterior.
- e) Hemorragia subretiniana.

→ DMAE húmeda/neovascular/exudativa

*correcta: a

***. Cual de los siguientes signos NO es característico de DMAE Exudativa: (2022 enero)

- a) Hemorragia subretiniana.
- b) Opacidad blanco-lechosa.
- c) Membrana gris sucia.
- d) Exudados duros.
- e) Desprendimiento seroso y/o hemorrágico.

—>

*correcta: b

*. ¿Cuál de los siguientes signos oftalmoscópicos NO aparece en la DMAE? (2020)

- a) Edema de papila.
- b) Exudados duros.
- c) Hemorragia subretiniana.
- d) Membrana gris sucia.
- e) Drusas blandas.

—>

*correcta: a

*.Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en la degeneración macular asociada a la edad: (2016)

- a) Puede haber metamorfopsias.
- b) Hay visión central borrosa.
- c) Hay baja agudeza visual.
- d) La visión mejora a lo largo del día.
- e) Disminución de la visión de cerca.

—>

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado en la DMAE húmeda o exudativa? (2019)

- a) Radioterapia.
- b) Terapia Fotodinámica.
- c) Fotocoagulación con laser.
- d) Macugen.
- e) Inyección intravítrea de antiangiogénicos.

*correcta: e

Chat*.Cuál es el régimen ideal de tratamiento de una DMAE Húmeda: (2018)

- a) Laser focal.
- b) Antiangiogénicos en fase de carga y después a demanda.
- c) Antiangiogénicos en fase de carga y después Treat & Extend.
- d) Antiangiogénicos a demanda desde el principio.
- e) Antiangiogénicos + corticoides intravítreos.

*correcta: c

. ¿Cuál es el tratamiento de elección de una DMAE Húmeda? (2017)

- a) Laser focal.
- b) Antiangiogénicos sistémicos.
- c) Antiangiogénicos intravítreos.
- d) Corticosteroides intravítreos.
- e) Fibrinolíticos.

*correcta: c

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en una DMAE Húmeda? (2013)

- a) Fotocoagulación.
- b) Triamcinolona intravítrea.

- c) Ranibizumab (Lucentis) Intravítreo.
- d) Dexametasona intravítrea (Trigón).
- e) Todas son ciertas.

→ DMAE húmeda - tto (x orden de aparición, un poco de historia)

1. 1980 = fotocoagulación membranas (quemar retina con láser)
 2. 2000 = terapia fotodinámica: protoporfirina (Visudyne) + láser frío (TFD)
 3. 2010 = antiangiogénicos/anti-VEGF = Ranibizumab (Lucentis) → Aflibercept (Eylea) = uso actual
- aflibercept ⇒ antiangiogénico inyecta [IN] ojo = destruye neovasos + respeta esto estructuras retina
[al ser pregunta del 2013 creo que todavía no había salido Eylea (aflibercept)]

*correcta: c

. El tratamiento de la DMAE SECA es: (2019) (2018)

- a) Antiangiogénicos.
- b) Terapia Fotodinámica.
- c) Corticoides.
- d) Vasodilatadores.
- e) Ninguno de ellos.

→ DMAE seca = NO tto claro hoy en día

- tto = suplementos vitamínicos (para frenar deterioro visión central) ⇒ antioxidantes altas dosis + ácidos grasos

*correcta: e

*. ¿Cuál de las siguientes patologías NO es claramente de origen genético? (2016)

- a) Retinosis pigmentaria.
- b) Enfermedad de Best.
- c) Agujero macular.
- d) Enfermedad de Stargardt.
- e) Amaurosis congénita de Leber.

→ enfermedad genética de stargardt = herencia autosómica recesiva ⇒ enfermedad genética mácula (+) frec

→ agujero de la mácula - etiología = traumático + miopía patológica + seniles/idiopáticos

→ membranas epirretinianas - etiología = seniles/idiopáticas + secundarias (Cx retiniana / inflamación intraocular)

correcta: c (porque la a no?)

** Son enfermedades oculares hereditarias: (2013)

- a) Enfermedad de Behcet.
- b) Melanoma de coroides.
- c) Distrofias retinianas.
- d) Pars planitis.
- e) Persistencia de vitreo primario.

→

*correcta: c

* La oftalmoscopia binocular indirecta es una exploración que se utiliza fundamentalmente para el diagnóstico de: (2013)

- a) Escotomas arciformes.
- b) Degeneraciones de la periferia de la retina.
- c) Discromatopsia.
- d) Isquemia papilar.
- e) Metamorfopsia.

→

*correcta: b

14. MIOPÍA PATOLÓGICA

. La principal causa de pérdida visual irreversible en la miopía magna es: (2020)

- a) El aumento del defecto refractivo.
- b) El desprendimiento de retina.
- c) La aparición de neovasos.
- d) La maculopatía miópica.
- e) La neuropatía óptica.

→ miopatía patológica = proceso patológico se acompaña de:

- maculopatía = ppl causa pérdida agudeza visual

*correcta: d

.Cuál de estos signos es consecuencia de la elongación del segmento posterior que ocurre en el miope alto: (2019) (2018)

- a) Estrías lacadas.
- b) Hemorragias en sábana.
- c) Desprendimiento tardío del vítreo posterior.
- d) Exudados duros.
- e) Nódulos algodinosos.

*correcta: a

. La miopía degenerativa puede dar lugar a las siguientes complicaciones excepto una de ellas. Indica cuál. (2019)

- a) Agujero macular.
- b) Estrías lacadas.
- c) Neovascularización coroidea.
- d) Drusas.
- e) Desprendimiento de vítreo posterior.

*correcta: d

. ¿Cuál de estos signos NO es consecuencia de la elongación del segmento posterior que ocurre en el miope alto? (2017)

- a) Estrías lacadas.
- b) Neovascularización coroidea.
- c) Desprendimiento precoz del vítreo posterior.
- d) Atrofia del epitelio pigmentario de la retina.
- e) Nódulos algodinosos.

→ miopatía patológica - fisiopatología = elongación segmento posterior produce cambios:

- ruptura membrana Bruch = estrías en laca + atrofia epitelio pigmentario retina + neovascularización coroidea
- adelgazamiento retina periférica = desprendimiento vítreo posterior (DVP)

*correcta: e

. Las rupturas de la membrana de Bruch en la miopía magna se manifiestan en el fondo de ojo como: (2016)

- a) Estrías en laca.
- b) Drusas.
- c) Exudados duros.
- d) Hemorragias en llama.
- e) Desgarros retinianos.

→ miopía patológica - fisiopatología = x elongación segmento posterior:

- ruptura membrana Bruch = estrías en laca + atrofia epitelio pigmentario retina

*correcta: a

. El estafiloma es un hallazgo relacionado con una de las siguientes patologías, ¿cuál? (2020)

- a) Miopía magna.
- b) Estrabismo acomodativo.
- c) Melanoma de coroides.
- d) Úlcera corneal con afectación estromal.
- e) Aumento del grosor macular.

→ miopía patológica - fisiopatología = elongación segmento posterior:

- degeneración progresiva polo posterior = protrusion hacia polo posterior -> estafiloma posterior
 - > miopía patológica - signos oftalmoscópicos:
 - cono miópico / atrofia semilunar
 - estafiloma / como miópico polo posterior (alrededor nervio óptico)
 - atrofia coroidoretiniana (coroidosis miópica)
 - lesiones degenerativas en periferia retina
- *correcta: a

. El manejo de la oftalmoscopia binocular indirecta es necesario en pacientes que padecen: (2016)

- Edema de papila.
 - Glaucoma de ángulo cerrado.
 - Degeneración macular asociada a la edad.
 - Edema macular diabético.
 - Miopía magna.
- > miopía patológica/magna - dx - exploraciones = oftalmoscopia binocular indirecta
- *correcta: e

. Una mancha de Fuchs en la mácula es la expresión de: (2015)

- Miosis prolongada de la pupila.
 - Inflamación del cuerpo ciliar.
 - Hipotonía ocular marcada.
 - Neovascularización coroidea miópica.
 - Neuritis retrobulbar.
- > miopatía patológica
- imágenes = "mancha Fuchs" -> en polo posterior
 - Dx - hallazgos clínicos -> maculopatía miópica = neovascularización coroides + mancha Fuchs (pigmento asociado a hemorragia coroidea -> mancha aparece en centro polo posterior)
- *correcta: d

. El cono-atrofia circumpapilar sugiere: (2019) (2018) (2017)

- Alta miopía.
 - DMAE.
 - Neuropatía Óptica.
 - Proliferación papilo-vítrea.
 - Edema de papila.
- > miopatía patológica - dx - hallazgos clínicos = cono/creciente miópico -> porción retina sin: epitelio pigmentario / fotorreceptores -> si conserva células nerviosas = media luna atrófica - zona temporal papila
- *correcta: a

. En un paciente miope magno se produce con mayor frecuencia que en los emétopes: (2015)

- Úlceras corneales.
 - Astenopia acomodativa.
 - Glaucoma crónico simple.
 - Visión doble.
 - Vasculitis retinianas.
- > miopatía patológica - complicaciones:
- roturas retinianas
 - desprendimiento vítreo
 - desprendimiento retina
 - cataratas (nucleares)
 - glaucoma crónico simple = puede afectar más precozmente
 - otras = afectación macular
- *correcta: c

. El tratamiento de elección en la neovascularización coroidea del miope: (2018)

- a) Corticoides.
- b) Terapia Fotodinámica.
- c) Antiangiogénicos.
- d) Vasodilatadores.
- e) Todas son ciertas.

→ miopía patológica - tto:

- NO tto específico
- corregir defecto refractivo
- tto neovascularización coroidea (altos niveles VEGF) = inyección intravítrea fármacos antiangiogénicos

*correcta: c

15. HEMORRAGIA VÍTREA

. Una hemorragia vítrea puede ser secundaria a cualquiera de las siguientes patologías, excepto una de ellas. Indica cuál. (2019)

- a) Neovasos retinianos.
- b) Desprendimiento de vítreo posterior.
- c) Traumatismos.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Tumores.

→ hemorragia vítrea - etiología:

- retinopatía diabética proliferante
- desgarros retinianos (sin desprendimiento retina)
- desprendimiento vítreo posterior (DVP)
- neovasos retinianos tras oclusiones venosas / x isquemia
- traumatismos continuos + lesiones penetrantes
- vasculitis retinianas secundarias a inflamaciones
- neovasos coroideos (DMAE)
- neovasos obstrucciones venosas/arteriales
- tumores

*correcta: d

. Paciente que acude a urgencias por pérdida brusca de agudeza visual y sin dolor. En la exploración del fondo de ojo se observa hemorragia vítrea que no deja distinguir ningún detalle de la retina. ¿Qué debemos hacer? (2018) (2017)

- a) Observación semanal.
- b) Recetar antiagregantes plaquetarios.
- c) Recetar fibrinolíticos.
- d) Realizar una ecografía.
- e) Hacer una vitrectomía de urgencia.

→ hemorragia vítrea:

- sintomatología = pérdida total/casi total visión + pierde reflejo rojo fondo ojo (st en hemorragias masivas)
- evolución = deben evaluarse siempre x oftalmólogo → ultrasonidos: ecografía ocular
- tto = observación + vitrectomía + fotocoagulación retiniana + ecografía globo ocular (para determinar roturas/ disposición retina st en hemorragias masivas)

*recuerda tema 3 historia clínica oftalmología → ECO: permite ver fondo ojo - personas no podemos ver fondo ojo - como en personas con cataratas importantes / hemorragias intravítreas

*correcta: d

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA

. El exudado o nódulo algodonoso de la retina se produce por: (2019) (2018) (2017)

- a) Alteración de los pericilios.
- b) Dilatación vascular crónica.
- c) Cierre de una arteriola precapilar e infarto de células ganglionares.
- d) Obstrucción venosa.
- e) Alteración de la permeabilidad vascular.
- f) Acumulación de proteínas en la retina.

→ retinopatía hipertensiva - signos - estrechamiento arterial:

+ exudados algodonosos = microinfartos retina → manchas blancas retina que recuerdan pequeños trozos algodón (xq se obstruye luz completamente)

*correcta: c

. Una estrella macular es un signo oftalmoscópico debido al depósito de lípidos a nivel de:

- a) La membrana de Bruch.

b) En el epitelio pigmentario de la retina.

c) Entre conos y bastones.

d) En la capa plexiforme externa.

e) Entre la capa de fibras nerviosas de la retina.

→ retinopatía hipertensiva - signos = extravasación vascular:

- edema crónico = "estrella macular" (depósitos fibrina plasmática) => en las fibras nerviosas hay acumulados material proteico + graso

*correcta: e

. La estrella macular es un signo clínico que aparece en: (2019) (2013)

a) Embolia de la arteria central de la retina.

b) Retinopatía diabética no proliferante.

c) Trombosis de rama.

d) Neuritis optico isquémica anterior.

e) Retinopatía hipertensiva malignizada.

→ retinopatía hipertensiva - signos = extravasación vascular -> característico de hipertensión arterial maligna

- estrella macular = acúmulo material proteínico y graso en fibras nerviosas

- edema papila nervio óptico

*correcta: e

. El cruce en bayoneta (variación del trayecto venoso en el cruce) en la hipertensión arterial se denomina: (2019) (2018)

a) Signo de Salus.

b) Signo de Moebius.

c) Signo de Guist.

d) Signo de Gunn.

e) Todas las respuestas son ciertas.

*correcta: a

. El ocultamiento de la vena por la arteria retiniana en la hipertensión arterial se denomina: (2017)

a) Signo de Salus.

b) Signo de Moebius.

c) Signo de Guist.

d) Signo de Gunn.

e) Todas las respuestas son ciertas.

→ retinopatía hipertensiva - signos - arterioesclerosis = 4 grados:

- grado I = aumento leve reflujo arterial

- grado II = aumento reflujo arterial + deflexión venas cruces arteriovenosas (signo salus)

- grado III = arterias "hilo cobre"

• dilatación venosa distal a cruces arteriovenosos = signo Bonnet

• adelgazamiento venas cada lado cruces arteriovenosos = signo de Gunn

*correcta: d

OBSTRUCCIÓN VENOSA

. El factor de riesgo de obstrucción venosa retiniana más importante es: (2020)

a) La diabetes.

b) La Hipertensión arterial.

c) El glaucoma.

d) La arteritis de Horton.

e) La edad.

→ obstrucción venosa - factores predisponentes:

- edad avanzada = 50% >65a

- HTA = 64% OVR >50a

- hiperlipidemias
- presión intraocular elevada

*correcta: b

. ¿Cuál es la forma más frecuente de oclusión de la vena central de la retina? (2017)

- a) La forma isquémica.
- b) La embólica.
- c) La papiloflebitis.
- d) La no isquémica.
- e) La vasoobliterativa.

*correcta: d

. Cuál es la forma menos frecuente de oclusión de la vena central de la retina: (2018)

- a) La forma isquémica.
- b) La embólica.
- c) La sifilítica.
- d) La edematosa.
- e) La vasoobliterativa.

→ obstrucción vena central retina (OVC):

- forma NO isquémica / edematosa (75%) = (+)frec
- forma isquémica = (-)frec + mal pronóstico visual

*correcta: a

. Una de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto a la obstrucción de vena central de la retina no isquémica: (2020)

- a) No produce defecto pupilar aferente.
- b) Da lugar un glaucoma neovascular.
- c) Tiene pérdida visual de moderada a grave.
- d) Hay dilatación y tortuosidad venosa.
- e) Presenta engrosamiento de la retina.

→ obstrucción venosa central - no isquémica:

- visión borrosa unilateral súbita (no tan súbita como arterial)
- pérdida agudeza visual moderada a grave
- fondo ojo = afecta toda retina → hemorragias en llama (siguen trayecto fibras nerviosas) + extravasación + edema + ingurgitación venosa
- NO defecto pupilar aferente = [keep] reflejo pupilar

*correcta: b

. Un edema papilar monocular asociado a hemorragias profusas en el parénquima retiniano en el mismo ojo es indicativo de: (2019)

- a) Obstrucción de arteria central de la retina.
- b) Obstrucción de vena central de la retina.
- c) Tumor cerebral.
- d) Contusión ocular.
- e) Drusas de nervio óptico.

*correcta: b

. Un paciente con hipertensión arterial acude a urgencias por pérdida brusca de agudeza visual indolora unilateral. En el fondo de ojo afectado se observa edema de papila, hemorragias dispersas por el parénquima retiniano y exudados algodonosos. Señale el diagnóstico más probable: (2019) (2017)

- a) Embolismo de la arteria central de la retina.
- b) Neuritis óptica.
- c) Oclusión de la vena central de la retina.
- d) Edema de papila.
- e) Tumor cerebral.
- f) Retinopatía hipertensiva.

→ obstrucción vena central - isquémica:

- defecto pupilar aferente
- pérdida grave + súbita visión
- fondo ojo = muy hemorrágico + gran ingurgitación + edema papila + multitud exudados algodonosos

*correcta: c

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en una oclusión de vena central de la retina ...? (2020)

- a) Antiangiogénicos intravítreos.
- b) Fotocoagulación ...
- c) Fotocoagulación focal.
- d) Antiagregantes por vía oral.
- e) Observación.

*correcta: a

. Un paciente presenta una disminución visual a 20/100 secundaria a edema macular en una obstrucción de vena central de la retina. ¿Cuál es el tratamiento? (2019)

- a) Fotocoagulación panretiniana.
- b) Fotocoagulación focal.
- c) Antiagregantes plaquetarios.
- d) Inyecciones intravítreas repetidas de antiangiogénicos.
- e) Inyecciones repetidas intravítreas de triamcinolona.

*correcta: d

. Cual es el tratamiento de un paciente que presenta una disminución visual a 20/100 secundaria a edema macular en una obstrucción de vena central de la retina. (2013)

- a) Fotocoagulación panretiniana.
- b) Fotocoagulación focal.
- c) Antiagregantes plaquetarios.
- d) Inyecciones intravítreas repetidas de antiangiogénicos.
- e) Inyecciones repetidas intravítreas de triamcinolona.

→ obstrucción vena central retina (OVC) - tto:

- sistémico
- inyección antiangiogénicos + corticoides
- láser evitar neovasos + GNV

*correcta: d

OBSTRUCCIÓN ARTERIA RETINIANA

. Varón de 65 años, HTA a tratamiento, que acude a la consulta con pérdida brusca de visión en OD hace 24 horas y se diagnostica de cuadro sugestivo de embolia de arteria central de la retina. Que exploraciones complementarias se deben solicitar para completar el diagnóstico desde el punto de vista sistémico: (2013)

- a) Resonancia nuclear magnética cerebral.
- b) Punción lumbar.
- c) Doppler carotídeo y ecocardiograma.
- d) Arteriografía cerebral.
- e) Radiografía de tórax.

→ obstrucción arterial retiniana - etiología = siempre debemos hacer evaluación cardiovascular con doppler carotídeo + ecocardiograma

*correcta: c

. En cual de las siguientes patologías la perdida de visión es más brusca: (2020) (2016)

- a) Desprendimiento de retina.
- b) Glaucoma simple.

- c) Neuritis inflamatoria.
- d) Obstrucción de la arteria central de la retina.
- e) Catarata.

*correcta: d

. La obstrucción completa de la arteria central de la retina produce en el ojo afecto: (2015)

- a) Ceguera brusca.
- b) Hemorragia vítrea.
- c) Dolor ocular.
- d) Hiperemia conjuntival.
- e) Exoftalmos.

*correcta: a

. Varón de 67 años que sufre ceguera repentina unilateral sin dolor ni signos externos. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el mas probable? (2013)

- a) Obstrucción de arteria central de la retina.
- b) DMAE Húmeda.
- c) Glaucoma.
- d) Iritis.
- e) Hemangioma macular retiniano.

→ obstrucción arteria central retina = pérdida súbita + profunda visión

*correcta: a

. La presencia de "mancha rojo cerera" en el fondo de ojo es característica de: (2019)

- a) Obstrucción de arteria central de la retina.
- b) Obstrucción de vena central de la retina.
- c) Maculopatía miópica.
- d) Coroiditis central serosa.
- e) Todas son ciertas.

*correcta: a

. La aparición de una "mancha rojo cereza" en la macula es indicativa de: (2015)

- a) Retinopatía diabética.
- b) Obstrucción venosa retiniana.
- c) Es normal en el fondo de ojo.
- d) Obstrucción de arterial retiniana.
- e) Edema papilar.

*correcta: d

. La presencia en área retiniana macular de una mancha rojo cereza es típica de: (2013)

- a) Obstrucción vena central de la retina.
- b) Desprendimiento exudativo de la retina.
- c) Oclusión de arteria central de la retina.
- d) Coroiditis toxoplásmica.
- e) Retinopatía diabética proliferativa.

→ obstrucción arteria central = edema blanco lechoso con "mancha rojo crema" (signo patognomónico)

*correcta: c

*. Una obstrucción de la arteria central de la retina puede producir todos estos síntomas menos: (2018)

- a) Opacidad blanco-lechosa de la retina.
- b) Oftalmoplejia.
- c) Abolición del reflejo fotomotor.
- d) Mácula rojo-cereza.
- e) Arterias filiformes.

*correcta: b

*. Una obstrucción de la arteria central de la retina puede producir: (2017)

- a) Hipertensión ocular.
- b) Oftalmoplejia.
- c) Abolición del reflejo fotomotor.
- d) Pupilotomía de Adie.
- e) Pérdida progresiva del campo visual.

→

*correcta: c

. Ante una oclusión aguda de la arteria central de la retina en un paciente de mediana edad, cuál de las siguientes exploraciones generales complementarias no es indicación: (2018)

- a) Tensión arterial.
- b) Doppler carotídeo.
- c) Análisis de sangre.
- d) Ecocardiograma.
- e) Ecografía abdominal.

*correcta: e

*. Ante una oclusión aguda de la arteria central de la retina en un paciente de mediana edad debemos realizar las siguientes exploraciones generales complementarias: (2017)

- a) Tensión arterial.
- b) Doppler carotídeo.
- c) Análisis de sangre.
- d) Ecocardiograma.
- e) Todas son ciertas.

→ obstrucción arterial retiniana = siempre debemos hacer evaluación cardiovascular con: Doppler carotídeo + ecocardiograma

- obstrucción arteria central

*correcta: e

*. La inhalación de aire con contenido alto de CO₂ puede utilizarse como tratamiento de: (2016)

- a) Trombosis venosa de la retina.
- b) Embolia de la arteria central de la retina.
- c) Vasculitis de la retina.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Hemorragia vítrea.

→ chatGPT = inhalación de CO₂ (vasodilatador) puede aumentar la dilatación de los capilares retinianos y mejorar temporalmente la perfusión, lo que puede ayudar en una oclusión arterial aguda

*correcta: b

. Si un enfermo tiene un episodio de Amaurosis Fugax en el ojo derecho, debe sospecharse en primer lugar: (2013)

- a) Lesión del nervio óptico derecho.
- b) Glaucoma agudo.
- c) Bloqueo Arteriovenoso completo.
- d) Esclerodermia.
- e) Patología del sistema carotídeo derecho.

→ sd isquémico ocular:

- déficit perfusión sanguínea ojo x estenosis carótida

- caracteriza: x momentos amaurosis fugaz (visión va y viene)+ dolor ocular ingurgitación venosa + hemorragias redondeadas periferia retina

*correcta: e

16. DEGENERACIONES PERIFÉRICAS RETINIANAS

. Sobre las degeneraciones retinianas periféricas. Señala lo que es correcto. (2019)

- a) Todas tienen causas genéticas conocidas.
- b) Comienzan en la periferia retiniana pero todas terminan afectando la mácula.
- c) Suelen ser asintomáticas.
- d) Todas requiere tratamiento.
- e) Se diagnostican mediante oftalmoscopia directa.

→ degeneraciones retinianas:

- normalmente asintomáticas
- dx x oftalmoscopia binocular indirecta

*correcta: c

. En sus fases iniciales, las degeneraciones retinianas periféricas (marcar la respuesta correcta): (2018)

- a) Producen dolor ocular.
- b) Suelen ser asintomáticas.
- c) Producen miopía.
- d) El diagnóstico siempre se hace por ecografía.
- e) Están asociadas a cataratas corticales.

→ degeneraciones periféricas retinianas (DPR)

- normalmente asintomáticas
- dx = oftalmoscopia binocular indirecta

*correcta: b

. La lente de Goldman se utiliza para: (2019)

- a) Corregir la miopía.
- b) Corregir la hipermetropía.
- c) Para ver el ángulo irido-corneal.
- d) Para corregir el queratocono.
- e) Para medir la presión intraocular.

→ degeneración periférica retiniana (DPR) - dx:

- oftalmoscopia binocular indirecta
- lente Goldman = retina ecuatorial + retina anterior (no totalidad retina periférica)

*correcta: c

. Las alteraciones en la "degeneración pavimentosa" de la retina afectan fundamentalmente a: (2018)

- a) Las capas internas de la retina.
- b) Las capas medias de la retina.
- c) Las capas externas de la retina.
- d) La hialoides.
- e) La coroides.

→ DPR - capas externa retina = degeneración empedrado/pavimentosa (aparece 23% pacientes miopía magna).

*correcta: c

. La degeneración pavimentosa aparece más frecuentemente en: (2019)

- a) La miopía magna.
- b) La retinopatía diabética.
- c) La retinopatía hipertensiva.
- d) La anemia perniciosa.
- e) La hipermetropía.

→ degeneración periféricas retinianas (DPR) - capas externas retina:

- degeneración empedrado/pavimentosa = 23% pacientes con miopía magna

*correcta: a

. Cual de las siguientes degeneraciones retinianas se localiza en las capas medias de la retina: (2019)

- a) Pavimentosa.

- b) Cistoide.
 - c) En "baba de caracol".
 - d) Reticular.
 - e) Degeneración "blanco sin presión".
- degeneraciones periféricas retinianas (DPR):
- capas externa retina
 - degeneración empedrado/pavimentosa
 - hipertrofia congénita epitelio pigmentario
 - capas media retina = degeneración cistoide
 - capas internas retina
 - degeneración "baba caracol"
 - degeneración empalizada ("Lattice degeneration")
 - degeneración "blanco sin presión"

*correcta: b

. La degeneración periférica de la retina que tiene menos riesgo de provocar roturas es: (2013)

- a) Degeneración reticular.
- b) Degeneración en baba de caracol.
- c) Blanco sin presión.
- d) Degeneración cistoide.
- e) Degeneración pavimentosa.

→ degeneraciones periféricas retinianas (DPR)

- degeneración empedrado/pavimentosa (capas externa retina) = NO conduce a rotura retina
- degeneración cistoide (capa media retina) = 2-6% desprendimiento retina

*correcta: e

. En relación con el desprendimiento del vítreo posterior, señala lo que NO es cierto: (2019)

- a) Es una separación del vítreo posterior de la retina.
- b) Siempre precede a un desprendimiento de retina.
- c) Puede producir miodesopsias.
- d) Ocurre más frecuentemente en personas mayores de 65 años.
- e) Se produce un colapso vítreo.

→ desprendimiento vítreo posterior (DVP)

- NO tiene nada que ver con desprendimiento retina
- vítreo se desprende de la parte posterior retina
- ocurre en un 65% pacientes 65-85a
- síntoma ppl = miodesopsias

*correcta: b

. En el desprendimiento de vítreo posterior (marcar la respuesta NO correcta): (2018)

- a) Es una separación del vítreo de la retina.
- b) Siempre hay un antecedente de traumatismo ocular.
- c) Hay colapso vítreo.
- d) Es más frecuente a partir de los 65 años de edad.
- e) Un síntoma frecuente es la presencia de miodesopsias.

→ desprendimiento vítreo posterior (DVP):

- vítreo se desprende parte post retina (x rotura puntos unión)
- ocurre en un 65% pacientes 65-85a
- vítreo se colapsa
- síntoma principal miodesopsias (moscas volantes) = xq desprendimiento vítreo arranca partes pigmento y produce coagulaciones

*correcta: b

. Que porción de la retina no se desprende en un desprendimiento de retina: (2018)

- a) El epitelio pigmentario.
- b) El neuroepitelio con todas sus capas.

- c) El epitelio pigmentario y el neuroepitelio en bloque.
- d) Cualquiera de los dos.
- e) Se desprende toda la retina y la coriocalilar.

*correcta: a

. ¿Qué porción de la retina se desprende en un desprendimiento de retina? (2017)

- a) El epitelio pigmentario.
- b) El neuroepitelio con todas sus capas.
- c) El epitelio pigmentario y el neuroepitelio en bloque.
- d) Cualquiera de las dos.
- e) Se desprende toda la retina y la coriocalilar

→ desprendimiento de retina (DR) = separación retina neurosensorial - epitelio pigmentario (se queda pegado a coroides)

*ocurre porque NO hay unión epitelial entre ambos

*correcta: b

. Un factor de riesgo para padecer un desprendimiento de retina regmatógeno es: (2015)

- a) Glaucoma de ángulo cerrado.
- b) Miopía patológica.
- c) Hipermetropía elevada.
- d) Catarata nuclear.
- e) Trombosis de rama retiniana.

→ desprendimiento de retina regmatógeno = (+) alta en miopes magnos >10 dioptrías (7%) → xq ojo miope = esclera crece (>) retina = desprende

*correcta: b

. El desprendimiento de retina regmatógeno se produce por interacción entre la tracción vitreoretiniana y degeneraciones predisponentes de la retina. Señalar cuál es el proceso NO implicado en este tipo de desprendimiento de retina: (2017)

- a) Degeneración en empalizada o reticular.
- b) Desgarros retinianos.
- c) Miopía.
- d) Retinopatía Diabética proliferativa.
- e) Desprendimiento agudo del vítreo posterior.

→ desprendimiento retina regmatógeno - patogenia:

- lesiones degenerativas periféricas + alteraciones vitreo = rotura retina (agujeros, desgarros, ...) = permiten líquido vítreo se introduzca entre retina-epitelio pigmentario = retina se desprende + vítreo se hunde

*correcta: d

*. La sinquisis del vítreo es un fenómeno que suele preceder a la aparición de: (2013)

- a) Catarata cortisónica.
- b) Ciclitis posterior.
- c) Melanoma de coroides.
- d) Edema de papila.
- e) Desprendimiento de retina.

→ desprendimiento retina - patogenia:

- lesiones degenerativas perisféricas
- alteraciones vítreas ⇒ licuefacción (sinquisis)

*correcta: e

. El desprendimiento regmatógeno de la retina (marcar la respuesta NO correcta: (2018)

- a) Es más frecuente a partir de los 50-70 años.
- b) Es más frecuente en emétopes que en miopes magnos.
- c) Un traumatismo es un factor de riesgo.
- d) Es consecuencia de una rotura de la retina.
- e) Un síntoma suelen ser las fotopsias.

→ desprendimiento de retina (DR)

- (+) frec >50-70a

- (+) en miopes magnos >10 dioptrías
 - FR = hª fam + afaquia/pseudofaquia + traumatismos + bilateral
 - patogenia = lesiones degenerativas + alteraciones visuales = rotura retina = líquido vítreo introduce entre retina - epitelio pigmentario = desprendimiento retina
 - clínica = NO dolor + miodesopsias + fotopsias + puntos negros + sombra campo visual periférico + (-) agudeza visual
- *correcta: b

. Un paciente con miopía patológica o magna acude a la consulta refiriendo fotopsias y que bruscamente dejó de ver los objetos situados en la parte inferior de su campo visual ¿Qué sospecharemos? (2018) (2017)

- a) Neurítis óptica.
- b) Glaucoma agudo.
- c) Embolia de la arteria central de la retina.
- d) Desprendimiento de retina.
- e) Edema de papila.

→ desprendimiento de retina regmatógeno

- prevalencia (+) en miopes magnos >10 dioptrías
- clínica = NO dolor + miodesopsias + fotopsias + múltiples puntos negros + sombra campo visual periférico + disminución agudeza visual (si afecta mácula)

*correcta: d

. Un paciente que presenta una sombra en el campo visual y previamente notó fotopsias y miodesopsias es posible que padezca: (2015)

- a) Embolia de la arteria central de la retina.
- b) Desprendimiento de la retina regmatógeno.
- c) Catarata senil en evolución.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Degeneración Macular Asociada a la Edad atrófica.

→ desprendimiento de retina regmatógeno - clínica = NO dolor + miodesopsias + fotopsias + múltiples puntos negros + sombra campo visual periférico + disminución agudeza visual si afecta mácula

*correcta: b

. Cual de los siguientes tratamientos NO se utiliza para el tratamiento del desprendimiento regmatógeno de la retina: (2018)

- a) Retinopexia con laser
- b) Braquiterapia
- c) Explantes circulares
- d) Vitrectomía

→ desprendimiento retina regmatógeno - tto:

- retinopexia = "pegar la retina" → siempre debe hacerse con objeto preventivo/curativo = láser/crioterapia/gas expandible
- explante = cuando ya hay desprendimiento
- vitrectomía = se hace cuando hay tracción sobre la retina

*correcta: b

. La retinopexia con láser es el tratamiento de elección en la profilaxis de: (2015)

- a) Trombosis de rama retiniana.
- b) Retinopatía diabética inicial.
- c) Degeneración Macular Asociada a la Edad.
- d) Desprendimiento de retina regmatógeno.
- e) Todas ellas.

→ desprendimiento de retina regmatógena - tto = retinopexia → siempre debe hacerse (objetivo preventivo/curativo)

*correcta: d

*. Una preeclampsia-eclampsia puede provocar a nivel ocular: (2013)

- a) Glaucoma agudo.
- b) Ojo seco.
- c) Uveítis hipertensiva.
- d) Desprendimiento de retina exudativo.

e) Neuritis retrobulbar

→

*correcta: d

17. NEUROPATÍAS ÓPTICAS

. Una alteración heteronima bitemporal del campo visual es característica de una lesión en: (2019)

- a) La mácula.
- b) El nervio óptico.
- c) El quiasma.
- d) La cintilla óptica.
- e) Las radiaciones ópticas.

*correcta: c

. Una hemianopsia bitemporal es característica de: (2018)

- a) Lesión en la zona quiasmática.
- b) Lesión en el nervio óptico del ojo derecho.
- c) Lesión en la cintilla óptica derecha.
- d) Lesión en el cuerpo geniculado derecho.
- e) Lesión en la corteza occipital derecha.

→ alteraciones campo visual - lesiones vía óptica

- lesiones [before] quiasma = afectan 1 ojo

- lesiones quiasma + postquiasma = afectan ambos ojos

• lesión quiasma = heterónima bitemporal (bitemporal = 2 mitades externas = diferentes mitades)

• lesión postquiasmática = alteración homónima bilateral

→ quiasma = cruce fibras retina nasal (visión campo temporal a.nos ojos)

- lesión = hemianopsia bitemporal

*correcta: a

. Un paciente presenta discromatopsia cuando tiene: (2013)

- a) Visión de halos coloreados.
- b) Alteración de la percepción de los colores.
- c) Iris de ambos ojos de distinto color.
- d) Alteración de los melanocitos de la úvea.
- e) Alteración de los melanocitos del epitelio pigmentario.

→ neuropatía nervio óptico - síntomas:

- discromatopsia = alteración percepción color (todos los colores = acromatopsia)

*correcta: b

. Qué signos/síntomas se asocian a las neuropatías ópticas: (2020)

- a) Discromatopsia.
- b) Disminución de la sensibilidad al contraste.
- c) Dolor retrobulbar con los movimientos oculares.
- d) Alteración del campo visual.
- e) Todos los anteriores.

*correcta: e

. Cuál de los siguientes síntomas no es característico de una neuropatía del nervio Óptico: (2019)

- a) Discromatopsia.
- b) Escotoma en el campo visual.
- c) Dolor retrobulbar con los movimientos oculares.
- d) Diplopía.
- e) Disminución de la agudeza visual.

*correcta: d

. Que síntoma/ signo de los siguientes NO es característico de las neuropatías del nervio óptico: (2018)

- a) Discromatopsia.
- b) Disminución de la AV.
- c) Alteraciones en el campo visual.
- d) Uveítis anterior.

e) Disminución de la sensibilidad al contraste.

*correcta: d

. Cual de los siguientes síntomas o signos NO tiene porque aparecer en las neuropatías ópticas en el ojo afectado: (2017)

- a) Discromatopsia.
- b) Metamorfopsia.
- c) Disminución de la agudeza visual.
- d) Disminución de la sensibilidad al contraste.
- e) Retardo en las ondas del potencial evocado visual.

→ neuropatías nervio óptico - síntomas:

- discromatopsia = alteración percepción color
- disminución sensibilidad: contraste + brillo luz
- alteración campo visual
- disminución agudeza visual
- dolor retrobulbar con movimientos oculares

→ neuropatías nervio óptico - signos:

- escotomas = zona ciega parcial/temporal/permanente
- defecto pupilar aferente relativo
- edema papila
- retardo PEV (potencial evocado auditivo)

*correcta: b

. Un escotoma que abarque 5 grados entre la mancha ciega y la fóvea del campo visual del ojo izquierdo con el campo visual del ojo derecho normal y el fondo de ojo normal, sugiere un problema con: (2020)

- a) El nervio óptico del ojo izquierdo.
- b) El nervio óptico del ojo derecho.
- c) El quiasma.
- d) La cintilla óptica izquierda.
- e) El córtex visual derecho.

*correcta: a

. Un escotoma que abarca los 10 grados centrales del campo visual del ojo derecho con el campo visual del ojo izquierdo normal y el fondo de ojo normal, sugiere un problema en cuál de las siguientes estructuras: (2017)

- a) El nervio óptico del ojo derecho.
- b) El nervio óptico del ojo izquierdo.
- c) El quiasma.
- d) La cintilla óptica derecha.
- e) El córtex visual izquierdo.

→ ¿cómo sabemos que es del nervio óptico?

- escotoma central = afecta fóvea/macula
- afecta un solo ojo:
 - lesiones anteriores al quiasma óptico (nervio óptico) = pérdida monocular
 - lesiones en quiasma /atrás = hemianopsias binoculares (afectan campos visuales de ambos ojos)
- fondo de ojo normal = NO patología retiniana evidente → es un problema de transmisión = nervio óptico

*correcta: a

. Un paciente con un defecto pupilar aferente del ojo derecho, ¿cuál de las siguientes situaciones puede tener? (2017)

- a) Una lesión en el nervio óptico del ojo derecho.
- b) Una lesión en el nervio óptico del ojo izquierdo.
- c) Una lesión en el ganglio ciliar del ojo derecho.
- d) Una lesión en el ganglio ciliar del ojo izquierdo.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ neuropatías nervio óptico - signos = escotomas + defecto pupilar aferente + edema papila + retardo PEV

*correcta: a

. ¿Con que enfermedad debemos relacionar la aparición de una neuritis óptica en un paciente joven? (2017)

- a) Espondilitis anquilosante.
- b) Artritis reumatoide.
- c) Esclerosis múltiple.
- d) Arteriosclerosis.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ neuritis óptica - causas:

- esclerosis múltiple (ppl causa)
- infecciones = sífilis + herpes zoster

*correcta: c

. Ante una alteración de la visión que puede disminuir progresivamente, dolor ocular que aumenta a la presión y movimientos oculares, y escotoma central del campo visual, ¿en qué debe pensar? (2013)

- a) Edema de papila.
- b) Retinopatía hipertensiva.
- c) Oclusión venosa retiniana.
- d) Glaucoma.
- e) Neuritis retrobulbar.

→ neuropatías nervio óptico - signos = escotoma (zona ciega agudeza visual)

→ neuritis óptica retrobulbar

- clínica = dolor retrobulbar agrava con movimientos oculares
- evolución = pérdida visual progresiva 1/2 sem (clínicamente hablamos de pérdida visión monocular brusca)

*correcta: e

. El fenómeno de Uthoff puede ser útil para diagnosticar: (2019)

- a) Un tumor cerebral.
- b) Un desprendimiento de retina.
- c) Una neuritis óptica.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: c

. El fenómeno de Uhthoff puede aparecer en pacientes con: (2017)

- a) Cataratas.
- b) Neuritis óptica.
- c) Retinitis.
- d) Uveítis.
- e) En ninguno de los anteriores.

→ neuritis óptica (inflamatoria) - clínica = fenómeno Uhthoff (10%)

- (+) Tª = aparición visión borrosa
- causa (no clara) ⇒ vasodilatación periférica = (-) Tª = déficit irrigación nervio óptico
- suele ser una neuritis retrobulbar

*correcta: b

. Un paciente mayor de 60 años que refiere pérdida de visión en un ojo y dolor a la palpación en la zona temporal ipsilateral, es probable que tenga: (2020)

- a) Esclerosis múltiple.
- b) Arteritis de la temporal.
- c) Herpes zoster.
- d) Neuralgia del trigémino.
- e) Cataratas.

→ neuropatía óptica isquémica:

- causas = arteritis celular gigantes
- clínica = pérdida visión brusca monocular + dolor (en NOIA arterítica *en NOIA no arterítica NO dolor)

*correcta: b

. En un paciente diagnosticado de neuropatía óptica isquémica del ojo derecho, ¿Qué defecto en el campo visual es más probable que encontremos en ese ojo? (2017)

- a) Hemianopsia temporal.
- b) Cuadrantanopsia superior nasal.
- c) Hemianopsia nasal.
- d) Hemianopsia altitudinal.
- e) Aumento de la mancha ciega.

*correcta: d

. Ante un paciente adulto con una hemianopsia altitudinal unilateral, ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2020)

- a) Glaucoma.
- b) Infarto occipital contralateral.
- c) Neuritis óptica isquémica.
- d) Catarata posterior.
- e) Degeneración macular asociada a la edad.

*correcta: c

. Un defecto altitudinal inferior unilateral en el campo visual es sugestivo de: (2018)

- a) Neuritis óptica isquémica.
- b) Lesión del quiasma.
- c) Neuritis inflamatoria.
- d) Uveítis.
- e) Catarata nuclear.

*correcta: a

. Un paciente mayor de 60 años que refiere pérdida de visión en el hemicampo visual inferior de un solo ojo, lo más probable es que tenga: (2016)

- a) Esclerosis múltiple.
- b) Neuritis óptico-isquémica.
- c) Avitaminosis B.
- d) Coriorretinopatía central serosa.
- e) Cataratas.

→ neuropatía óptica isquémica - signos oftalmológicos = defecto altitudinal mitad inferior campo visual:

- inferior xq arteria central retina entra x parte abajo nervio = parte arriba nervio (+) sensible a isquemia
- parte arriba nervio = campo visual inferior => hemianopsia inferior
- muy típica neuritis óptica isquémica

*correcta: b

. El tratamiento con corticoides puede ser muy efectivo para resolver una neuritis Óptica Isquémica cuando esta se produce: (2019)

- a) Por arterosclerosis.
- b) Por arteritis de células gigantes.
- c) Por microembolias.
- d) Por hipertensión arterial.
- e) Por diabetes.

→ neuropatía óptica isquémica - causas:

- arteritis células gigantes / arteritis temporal / enfermedad de Horton = importante detectarla a tiempo porque única situación tto corticoides puede resolver problema forma efectiva

*correcta: b

. En cuál de las siguientes causas de neuropatía Óptica isquémica es necesario iniciar un tratamiento con corticoides: (2018)

- a) Arteriosclerosis.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Diabetes.
- d) Arteritis de células gigantes.
- e) Microembolismos.

→ neuropatía óptica isquémica - tto:

- SI arteritis = biopsia arteria temporal (siempre) + corticoides + control VSG/proteína C reactiva
- NO arteritis = aspirina / anticoagulantes / trombolíticos / corticoides / descompresión vainas nervio óptico

*correcta: d

17. EDEMA

. Cual de las siguientes patologías NO está relacionada con el edema de papila: (2016)

- a) Hipertensión intracraneal.
- b) Tumor intracraneal.
- c) Hipertensión arterial.
- d) Hipoproteinemia.
- e) Obstrucción de la vena central de la retina.

*correcta: d

. El edema de papila es un signo clínico que aparece en la fase más evolucionada de: (2015)

- a) Retinopatía esclerohipertensiva.
- b) Miopía patológica.
- c) Desprendimiento de retina regmatógeno.
- d) Degeneración Macular Asociada a la Edad atrófica.
- e) Luxación del cristalino en cámara vítrea.

*correcta: a

. El edema de papila NO plantea problemas de diagnóstico diferencial con: (2013)

- a) La papilitis.
- b) La retinopatía hipertensiva malignizada.
- c) La Oclusión de la vena central de la retina.
- d) La neuritis óptica retrobulbar.
- e) La coriorretinopatía yuxtapapilar.

→ edema papila - causas:

- hipertensión intracraneal = tumor + pseudo tumor cerebri
- papilitis = neuropatía óptica isquémica anterior + neuritis óptica anterior + traumatismos + fístula carótida-cavernosa + DM
- HTA maligna = retinopatía hipertensiva
- obstrucción vena central retina

*correcta: d

. Ante un edema de papila, ¿cuál de las siguientes exploraciones es la más indicada?: (2020)

- a) Analítica de sangre.
- b) Tomografía óptica de coherencia de la papila.
- c) Determinación de hormonas tiroideas.
- d) TAC o RMN cerebral.
- e) Ecografía ocular.

→ edema papila - pruebas complementarias:

- TAC/RNM (de forma inmediata)
- punción lumbar (si NO masas para valorar presión LCR)

*correcta: d

18. TRAUMATISMOS DE ÓRBITA Y ANEJOS PERIOCULARES

. Ante un traumatismo orbitario, NO se debe hacer: (2024 enero)

- a) Radiografía simple.
- b) TAC.
- c) RMN.
- d) Ecografía.
- e) Agudeza visual.

*correcta: c

. Tras un traumatismo ocular, la presencia de una hemorragia subconjuntival sin límite posterior visible debe hacernos pensar en la posible existencia de: (2015)

- a) Herida perforante del globo ocular.
- b) Avulsión del nervio óptico.
- c) Fractura del suelo de la órbita.
- d) Rotura de un músculo extraocular.
- e) Fractura del cráneo.

→ traumatismo párpado - hematoma palpebral

- edema/hematoma palpebral/bilateral + NO signos traumatismo palpebral = fractura base cráneo (contusión craneoencefálica)

*correcta: c

. Un traumatismo palpebral que afecta al canto interno tiene mayores dificultades para su reconstrucción cuando: (2018)

- a) Afectar al tarso superior.
- b) Afectar al tendón medial del músculo orbicular.
- c) Afectar a las vías lagrimales.
- d) Afectar a la glándula lagrimal.
- e) Afecta a una rama del trigémino.

→ traumatismo párpado - laceraciones párpado heridas incisas / desgarro → determinar:

- afectación borde palpebral = difícil reparar
- afectación vía lagrimal (canalículos) → sino reparas vías = falta drenaje = epífora (lagrimeo) + dacritistis (infección)
 - canalículos NO se pueden recomponer a menos que haya herida incisa (irreparabilidad)
 - si cabos colapsan (extremos estructura cortada/seccionada) = lesión irreparable (riesgo colapso)
 - [need] técnicas complejas (ej: sonda en rabo cerdo) + deja tubo silicona durante meses

*podemos ver como la afectación de la vía lagrimal tiene una difícil reconstrucción x 3 puntos críticos: irreparabilidad si no es incisa + riesgo colapso extremos canalículos cortados + necesidad material especial

→ descartamos otras opciones:

- glándula lagrimal = canto externo
- nervio infraorbitario = anestesia → normalmente se recupera bien xq lo que suele ocurrir es que se tensa, pero no se llega a romper

*correcta: c

. En un traumatismo que produzca un estallido del suelo de la órbita también es posible que ocurra: (2020)

- a) Sección traumática del nervio óptico.
- b) Parálisis facial ipsilateral.
- c) Hipoestesia del labio superior ipsilateral.
- d) Ptosis palpebral superior.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ fracturas base cráneo - signos/síntomas:

- anestesia nervio infraorbitario (<- maxilar superior <- 2ª rama trigémino V2) = adormecimiento: párpado inferior + mejilla + labio inferior + nariz + incisivos/caninos

*correcta: c

. Las fracturas del suelo de la órbita frecuentemente producen: (2022 enero)

- a) Lesión del nervio óptico.
- b) Limitación en los movimientos verticales del globo.

- c) Entropion.
- d) Alteración del conducto lacrimonasal.
- e) Lesión en la glándula lagrimal.

. Las fracturas del suelo de la órbita suelen presentar: (2018)

- a) Diplopía horizontal.
- b) Diplopía vertical.
- c) Pérdida de visión del ojo afecto.
- d) Lesión del nervio óptico del ojo afecto.
- e) Defecto pupilar aferente del ojo afecto.

→ fracturas suelo orbita - signos/síntomas:

1. lesiones perioculares = equimosis + hematoma + aire en senos + enfisema (laceración = aire en órbita)
2. anestesia nervio infraorbitario
3. diplopía vertical
4. enoftalmos
5. lesiones intraoculares asociadas a contusión
6. posibilidad cuerpo extraño intraorbitario

*correcta: b

. Si un paciente después de un traumatismo contuso que produce aumento brusco de presión en el contenido orbitario refiere diplopía, debemos pensar en: (2019)

- a) Fractura del techo de la órbita.
- b) Fractura del ala menor del esfenoides.
- c) Fractura del suelo de la órbita.
- d) Fractura de la pared lateral de la órbita.
- e) Lesión del nervio óptico.

→ diplopía - causada x = atrapamiento músculo recto inferior → hendidura de la fractura del suelo orbitario = impide movimiento normal ojo al quedar anclado hacia el seno maxilar

*correcta: c

. En un paciente con un traumatismo contuso en ojo que refiere diplopía vertical, debemos pensar en: (2017)

- a) Fractura de la pared medial orbitaria.
- b) Fractura de la pared lateral orbitaria.
- c) Fractura del suelo de la órbita.
- d) Fractura del techo de la órbita.
- e) Perforación ocular.

→ fractura suelo órbita - clínica = diplopía vertical (muy incapacitante) → recto inferior atrapado sin poder movilizar = NO mirada hacia arriba/abajo (vertical)

*correcta: c

. La prueba de Hess se utiliza para valorar: (2022 enero)

- a) El reflejo pupilar.
- b) La agudeza visual.
- c) La presión intraocular.
- d) La motilidad ocular.
- e) Ninguno de los anteriores.

. Las pruebas o test de Hess y de Lancaster sirven para: (2019)

- a) Valorar la agudeza visual.
- b) Valorar la percepción de los colores.
- c) Valorar la motilidad ocular.
- d) Valorar la visión estereoscópica.
- e) Valorar la refracción.

→ fracturas orbita - exploraciones = prueba/pantalla Hess/Lancaster

- valoración diplopía

- proyecta luces sobre pantalla = registra movimiento hace con ojos

*correcta: c

19. TRAUMATISMOS GLOBO OCULAR

. El hipema es un signo clínico frecuente en: (2016)

- a) Trauma contuso del globo ocular.
- b) Tumores de iris.
- c) Tumores del cuerpo ciliar.
- d) Uveítis infecciosas.
- e) Uveítis intermedias.

→ traumatismos contusos - lesión segmento anterior:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| • abrasión corneal | • recesión angular | • catarata |
| • edema corneal | • midriasis media | • (sub)luxación cristalino |
| • hipema | • iridodialisis | • hemorragia subconjuntival |
| • anillo Vossius (miosis transitoria) | • desgarró iris | • rotura cristalino |

*correcta: a

. Si una exploración ocular se encuentra un millo de Vossius", debemos pensar en: (2023 enero)

- a) Un traumatismo contuso del pobo.
- b) La presencia de un desprendimiento de vítreo.
- c) Un glaucoma agudo.
- d) Hipertensión intracraneal.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: a

. El "anillo de Vossius" que aparece en algunos traumatismos oculares se localiza en: (2024 enero)

- a) El vítreo.
- b) Cara anterior de la cornea.
- c) Cápsula anterior del cristalino.
- d) Retina periférica.
- e) Conjuntiva tarsal.

*correcta: c

. El "Anillo de Vossius" es indicativo de la existencia de: (2018)

- a) Un desprendimiento de retina.
- b) Una catarata.
- c) Una perforación corneal.
- d) Antecedente de traumatismo ocular.
- e) Desprendimiento de vítreo posterior.

→ traumatismos contusos - lesión segmento anterior - anillo Vosius (miosis transitoria) = impronta pigmento iris (borde pupilar) en cristalino

*correcta: d

. La 'recesión angular' es una lesión ocular que puede aparecer en: (2022 enero)

- a) Los desprendimientos de retina.
- b) Los traumatismos oculares contusos.
- c) Las cataratas.
- d) Las uveitis.
- e) Los tumores intraoculares.

. Un glaucoma por recesión angular puede producirse por: (2013)

- a) Pars planitis.
- b) Catarata hipermadura.
- c) Traumatismo contuso.
- d) Melanoma de iris.

e) Retinopatía diabética no proliferante.

→ traumatismos contusos - lesión segmento anterior:

- recesión angular = desprendimiento coroides-esclera zona cuerpos ciliares → lugar canal Schlemm (drena humor acuoso) = acumula humor = (+)P = [R] glaucoma

*correcta: c

. Las diálisis son roturas retinianas que se presentan con frecuencia en desprendimientos de la retina: (2015)

a) Consecutivos a retinopatía diabética proliferante.

b) Exudativos.

c) Traumáticos.

d) Tumorales.

e) Consecutivos a retinopatía de Purtscher.

*correcta: c

. Una iridodialisis suele ser consecutiva a: (2013)

a) Melanoma de cuerpo ciliar.

b) Glaucoma neovascular.

c) Traumatismo contuso.

d) Catarata uveítica.

e) Subluxación del cristalino.

→ traumatismos contusos - lesión segmento anterior:

- recesión angular

- iridodialisis (= desgarró base iris = pupila forma irregular) [-diálisis = separación/desprendimiento]

*correcta: c

. Ante un paciente con edema blanco lechoso de la retina y mancha rojo cereza debemos pensar en: (2024 enero)

a) Retinopatía Diabética de base.

b) Retinopatía hipertensiva.

c) Oclusión de vena central de la retina.

d) Oclusión de arteria central de la retina.

e) Retinopatía diabética proliferante.

→ traumatismos contusos - lesión segmento posterior = conmoción retiniana / edema de Berlin

- aumento presión brusco retina = dañan capilares = retina edematiza = blanca

*retina no bien vascularizada se vuelve blanca (como cristalino)

- mancha rojo cereza = retina blanca excepto zona fovea (+delgada / transparente) ve roja (permite ver coroides de detrás)

*correcta: d

. La siderosis es un proceso tóxico ocular debido a: (2016)

a) Radiación ultravioleta.

b) Traumatismo por ácidos.

c) Traumatismo por álcalis.

d) Cuerpo extraño intraocular de cobre.

e) Cuerpo extraño intraocular de hierro.

*correcta: e

. La alteración de pruebas electrofisiológicas puede orientarnos en el diagnóstico de: (2013)

a) Distrofia corneal de larga evolución.

b) Catarata metabólica incipiente.

c) Sinquisis vitrea de larga evolución.

d) Cuerpo extraño intraocular metálico de larga evolución.

e) Todas ellas.

→ hay que relacionar dos conceptos:

1. traumatismos globo ocular - exploraciones especiales = electrofisiología → valora funcionamiento retina

2. traumatismos penetrantes/perforantes = toxicidad metálica (Fe/Ca sider/calcosis) → intoxica retina

- entonces: metales entran ojo = toxicidad retina → ¿cómo vemos retina dañada? electrofisiología

[no penaseis que he llegado yo solita a esta conclusión, disponemos de IA]

*correcta: d

. El signo de "Seidel" es indicativo de: (2024 enero)

- a) Conjuntivitis virica.
- b) Perforación corneal.
- c) Uveitis.
- d) Catarata posterior.
- e) Ninguno de los anteriores.

*correcta: b

. El signo de Seidel positivo sugiere: (2020)

- a) Úlcera corneal.
- b) Perforación escleral.
- c) Perforación corneal.
- d) Uveítis anterior.
- e) Una enfermedad degenerativa retiniana.

*correcta: c

. El signo de Seidel sugiere: (2017)

- a) Uveítis anterior.
- b) Miopía degenerativa.
- c) Perforación corneal.
- d) Estrabismo.
- e) Una enfermedad degenerativa retiniana.

→ traumatismos penetrantes/perforantes - signos alarma exploración:

- signo Seidel (+) = si no vemos perforación → colirio fluorosceína → comprimimos glóbulo ocular = sale humor acuoso → indica perforación ocular (córnea)

*correcta: c

. Ante una sospecha de cuerpo extraño intraorbitario, que exploración NO debemos hacer: (2022 enero)

- a) Agudeza visual.
- b) Radiografía simple.
- c) TAC.
- d) RMN.
- e) PEV.

. Ante la sospecha de un cuerpo extraño orbitario que estudio NO debe de realizarse: (2019)

- a) Radiografía simple.
- b) Ecografía de órbita.
- c) TAC.
- d) RMN.
- e) Reflejo fotomotor.

*correcta: d

. Ante un ojo con una herida penetrante, ¿Cuál de las siguientes exploraciones NO debe realizarse?: (2023 enero)

- a) Radiografía simple de orbitas.
- b) Ecografía ocular.
- c) TAC.
- d) Electroretinograma.
- e) RMN.

. Ante un traumatismo ocular penetrante, que exploración NO se debe de realizar: (2018)

- a) Ecografía.
- b) RMN.
- c) TAC.
- d) Radiografía simple.

e) Fondo de ojo.

→ traumatismos órbita/globo ocular => Dx imagen = NO RMN -> (tiene imán) desliza + calienta cuerpo extraño metálico

*correcta: b

. Los nódulos de Dalen-Fuchs pueden observarse en: (2019)

a) Cataratas congénitas.

b) Queratitis por hongos.

c) Oftalmía simpática.

d) Linfoma orbitario.

e) Desprendimiento de retina.

→ oftalmía simpática - signo histológico patognomónico = nódulos de Dalen-Fuch

*correcta: c

20. RETINOPATÍA DIABÉTICA

. La causa más importante de pérdida de visión en los diabéticos tipo II o no insulino dependientes es: (2023 enero) (2020)

- a) La hemorragia vítrea.
- b) El edema macular.
- c) La isquemia macular.
- d) El glaucoma neovascular.
- e) La tracción vítreo-retiniana.

*correcta: b

. La causa mas frecuente de ceguera (perdida de visión) en el diabético sin retinopatía proliferativa es: (2019) (2013)

- a) Hemorragia del vítreo.
- b) Edema macular.
- c) Cataratas.
- d) Glaucoma.
- e) Hemorragias retinianas.

→ retinopatía diabética:

- edema macular diabético = causa (+) frec disminución agudeza visual
- edema macular (maculopatía) = 1ª causa pérdida visión

→ RD - causas pérdida visión:

- RD NO proliferativa leve = alteraciones pared vascular = microaneurismas + microhemorragias + microexudados

1. alteraciones pared vascular = salida líquido + sangre → espacio extravascular (LEC) = edema → maculopatía (edema macular diabético)
2. fenómenos obstructivos [(-) luz vasos + (+) viscosidad + (+) agregación sangre] = proliferación vascular = rotura vasos + hemorragia vítrea + fibrosis vascular con retracción + desprendimiento retina + neovasos iris y malla trabecular + glaucoma neovascular

*correcta: b

. La retinopatía diabética comienza por: (2015)

- a) Un proceso inflamatorio de la retina.
- b) Un proceso degenerativo retiniano.
- c) Una alteración de los vasos sanguíneos retinianos.
- d) Una alteración de la hialoides.
- e) Una atrofia del epitelio pigmentario.

→ retinopatía diabética

- se caracteriza x alteraciones (gradualmente progresivas) microvascularización retiniana
- evolución natural parte estadio no visible oftalmoscopia = microangiopatía (detectable con microscopio electrónica)

*correcta: c

. Los pericitos se localizan en: (2024 enero)

- a) La coroides.
- b) La retina.
- c) La esclera.
- d) La conjuntiva.
- e) El iris.

→ [IA] pericitos:

- células contráctiles - envuelven parcialmente las células endoteliales de: capilares + vénulas precapilares (en todo el cuerpo)
- "guardianes" microcirculación → fundamentales para estabilidad vasos sanguíneos pequeños

*técnicamente existen pericitos en otros tejidos vascularizados ¡pero! se considera a la retina como su localización por excelencia debido a su altísima densidad y relevancia clínica

- retina → único tejido donde relación pericitos/células endoteliales = 1:1 ⇒ forman barrera hematorretiniana interna.
- coroides → tiene vasos pero st: (+) calibre (arteriolas/vénulas) + capilares (coriocapilar) con densidad pericitos = (-) + poros (fenestraciones) [los hacen muy diferentes a los de la retina]
- iris = tiene microvasculatura → NO es el lugar característico/diferencial de estas células en los textos de histología ocular.

*correcta: b

. Los pericitos son células que se localizan en los vasos sanguíneos de: (2023 enero)

- a) La coroides.
- b) La retina.
- c) La esclera.
- d) La conjuntiva.
- e) El iris.

. Cual de los siguientes tipos celulares es característico de las paredes de los vasos sanguíneos retinianos: (2016)

- a) Podocitos.
- b) Astrocitos.
- c) Mastocitos.
- d) Pericitos.
- e) Blastocitos.

→ microangiopatía diabética retiniana = pérdida pericitos (células recubren vasos retina + le dan impermeabilidad) = fenómeno exudativo

*correcta: d

. Cual de las siguientes complicaciones NO esta relacionada directamente con la diabetes mellitus: (2016)

- a) Queratitis.
- b) Edema macular.
- c) Glaucoma neovascular.
- d) Desprendimiento de retina traccional.
- e) Hemorragia vítrea.

→ retinopatía diabética - evoluciona natural

1. microangiopatía diabética retiniana
2. retinopatía diabética = edema macular
3. vitreo-retinopatía diabética → complicaciones = hemorragias vítreas + fibrosis + desprendimiento retina tracción al es + formación neovasos + glaucomas neovasculares

*correcta: a

. De los siguientes cual es el signo que aparece de forma más precoz en la retina de un diabético: (2024 enero)

- a) Hemorragias extensas.
- b) Arrosamiento venoso.
- c) Envainamiento venoso.
- d) Exudados duros.
- e) Microaneurismas.

. ¿Cuál es el primer signo oftalmoscópico de una retinopatía diabética? (2023 enero)

- a) La aparición de exudados duros.
- b) La aparición de exudados algodonosos.
- c) La existencia de Anomalías Microvasculares Intrarretinianas (IRMA).
- d) La aparición de microaneurismas.
- e) La existencia de hemorragias en llama.

. Según su criterio, ¿cuál sería el primer signo de la existencia de una retinopatía diabética que se manifestaría oftalmoscópicamente en el fondo de ojo? (2020)

- a) La aparición de exudados duros.
- b) La aparición de exudados algodonosos.
- c) La existencia de Anomalías Microvasculares Intrarretinianas (IRMA).
- d) La aparición de microaneurismas.
- e) La existencia de hemorragias en llama.

*correcta: d

. ¿Cuál es la primera manifestación oftalmoscópica de la retinopatía diabética? (2018) (2017)

- a) Edema macular.

- b) Aparición de neovasos.
- c) Hemorragias puntiformes.
- d) Lazos venosos.
- e) Aparición de microaneurismas.

*correcta: e

. La retinopatía diabética se inicia cuando aparece: (2013)

- a) El primer microaneurisma.
- b) Se produce parálisis oculares.
- c) Se presentan hemorragias en el vítreo.
- d) Se diagnostica la diabetes.
- e) Aparecen los IRMAs.

→ retinopatía diabética - clasificación:

1. NO retinopatía diabética = microangiopatía
2. RD no proliferativa leve = microaneurismas (cuando aparecen es que la retinopatía está empezando)
3. moderada
4. severa
5. RD proliferativa

*correcta: a

. El tratamiento de la Retinopatía diabética no proliferante leve, sin edema macular consiste en: (2024 enero)

- a) Fotocoagulación focal.
- b) Fotocoagulación en rejilla.
- c) Fotocoagulación panretiniana.
- d) Observación y control de la glucemia.
- e) A y B son ciertas.

→ RD NO proliferante leve:

- fase inicial que con buen control metabólico se puede revertir
- tto = totalmente relacionado con estilo vida + cumplimiento terapéutico diabetes

*correcta: d

. Todas MENOS una de las siguientes afirmaciones en la Retinopatía Diabética No Proliferativa Moderada son ciertas: (2019) (2018)

- a) Puede haber arrosamiento venoso.
- b) Puede haber microaneurismas.
- c) Puede haber hemorragias.
- d) Puede haber exudados duros.
- e) Puede haber edema macular.

→ RDNP moderada:

- microaneurismas • exudados algodonosos
- microhemorragias • arrosamiento venoso 1cuadrante
- exudados duros

*edema macular = puede parecer en cualquier estadio → NO define grado RD - es una complicación

correcta: a (podría ser en el sentido de que sólo puede hacer en 1 cuadrante, si hay en 2 o más es severa)

. Las hemorragias en llama se caracterizan por: (2023 enero)

- a) Aparecer de forma característica en los primeros momentos de la Retinopatía Diabética.
- b) Situarse en la capa de fibras nerviosas de la retina.
- c) Surgen como consecuencia de la rotura de la membrana celular.
- d) Ser la manifestación característica de las obstrucciones arteriales de la retina.
- e) Sólo se presentan como consecuencia de una neuritis retrobulbar.

→ RDNP moderada

- microaneurismas asociados a <20 hemorragias intrarretinianas → 4 cuadrantes FO
- exudados duros + exudados algodonosos + arrosamiento venosos 1 cuadrante
- hemorragias retinianas - forma:
- "llama" = origen arteriolar → ocurre en capa fibras nerviosas

- "redondeada" = roto extremo venoso capilares -> en capas (+) profundas retina (intrarretinianas) => (+)frec

*correcta: b

. En un paciente diabético la presencia de más de 20 hemorragias intrarretinianas en cada uno de los cuatro cuadrantes indica que la retinopatía diabética es: (2019)

- a) Leve.
- b) Moderada.
- c) Moderada con edema macular severo.
- d) Severa.
- e) Proliferante.

-> RDNP severa: 4-2-1

- hemorragias intrarretinianas (>20) - 4 cuadrantes
- arrosamiento venoso - 2 cuadrantes
- anomalía microvascular intrarretiniana - 1 cuadrante (/ >)

*correcta: d

. Cual de las siguientes afirmaciones sobre la Retinopatía Diabética No Proliferativa Severa NO es cierta: (2017)

- a) Se observa arrosamiento venoso.
- b) Puede haber nódulos algodinosos.
- c) Hemorragias en los 4 cuadrantes.
- d) Anomalías microvasculares intrarretinianas (AMIR).
- e) Suele haber edema de papila.

-> RD

- 1. NO proliferativa leve = microaneurismas + edema
- 2. NO proliferativa moderada = exudados duros + exudados algodinosos + arrosamiento venoso 1 cuadrante
- 3. NO proliferativa severa = hemorragias intrarretinianas severas (>20) 4 cuadrantes + arrosamiento venoso 2/+ cuadrantes + anomalías microvasculares intrarretinianas 1/+ cuadrantes
- 4. proliferativa = neovasos

*correcta: e

. ¿Cuál es el diagnóstico más probable ante un paciente que presenta en su fondo de ojo hemorragias redondeadas, exudados duros, microaneurismas y neovasos en la papila? (2024 enero)

- a) Oclusión de vena central de la retina.
- b) Retinopatía diabética proliferante.
- c) Retinopatía diabética no proliferante.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Todas son ciertas.

*correcta: b (cuidado bonita mía que no has terminado de leer la pregunta y la ibas a poner como RPNP)

. Cual de las siguientes lesiones en la retinopatía diabética significa un estadio mas avanzado: (2019) (2013)

- a) Hemorragias retinianas extensas.
- b) Nódulos algodinosos.
- c) Exudados duros.
- d) Hemorragia macular.
- e) Neovascularización.

-> retinopatía diabéticas:

- no proliferativa leve = microaneurisma
- no proliferativa moderada = <20 hemorragias intrarretinianas -> exudados duros + exudados algodinosos
- no proliferativa severa = hemorragias intrarretinianas severas
- proliferativa = neovasos papilares/retinianos + hemorragia prerretiniana/vítrea

*correcta: e

. Ante una hemorragia vítrea en un diabético debemos sospechar una: (2024 enero)

- a) Retinopatía Diabética no proliferante con edema macular.
- b) Retinopatía Diabética no proliferante sin edema macular.
- c) Retinopatía diabética proliferante.

d) Un glaucoma neovascular.

e) A y B son ciertas.

*correcta: c

. Un paciente con Retinopatía Diabética acude a urgencias con dolor agudo progresivo insoportable con pérdida de visión.

¿Cuál sería la causa más probable en que deberíamos pensar? (2017)

a) Glaucoma neovascular.

b) Desprendimiento de retina traccional.

c) Hemorragia vítrea.

d) Glaucoma de ángulo abierto.

e) Edema macular.

→ RD proliferativa - complicaciones = rubeosis iris:

- neovasos en iris + ángulo iridocorneal = bloquea salida humor acuoso x malla trabecular = (+)P intraocular → clínica : ojo rojo + dolor agudo (insostenible)

- alta probabilidad progresar a glaucoma neovascular

*¡importante! pérdida visión brusca +:

- NO dolor = hemorragia vítrea

- MUCHO dolor = glaucoma neovascular

*correcta: a

.Cuál de las siguientes patologías NO produce una pérdida de visión Brusca, Monocular e Indolora: (2022 enero)

a) Oclusión de la arteria central de la retina.

b) Hemorragia vítrea.

c) Desprendimiento de retina.

d) Glaucoma agudo.

e) NOIA no arterítica.

*correcta: d

. Paciente de 56 años con diabetes de 15 años de evolución, mal control metabólico y oftalmológico, que refiere pérdida brusca unilateral de la visión que sólo le permite ver movimientos de la mano. ¿Cuál es el diagnóstico mas probable? (2019) (2013)

a) Hemorragia del vítreo.

b) Glaucoma.

c) Iritis.

d) Trombosis de la arteria central de la retina.

e) Todas son ciertas.

→ RD proliferativa = neovasos (muy frágiles = fácil rotura) = hemorragias vítreas

*pérdida visión: brusca + unilateral + severa (solo permite "visión de movimientos de mano"/"percepción luminosa") = síntoma típico sangrado masivo dentro del ojo.

*correcta: a

. Un paciente con Retinopatía Diabética acude a urgencias con pérdida brusca de agudeza visual y sin dolor.Cuál sería la causa más probable en que deberíamos pensar: (2018)

a) Glaucoma neovascular.

b) Desprendimiento de retina traccional.

c) Hemorragia vítrea.

d) Glaucoma de ángulo abierto.

e) Edema macular.

*correcta: c

. Una hemorragia en el vitreo puede ser debida a: (2024 enero)

a) Neuritis Retrobulbar.

b) Edema macular.

c) Degeneración en empalizada.

d) Degeneración del vítreo.

e) Rotura en la retina.

→ yo aquí me líe pensando en las 3 causas de hemorragia vítrea = retinopatía diabética > desprendimiento retina > desprendimiento vítreo Ipero! la (+) frec es la 1ª

→ RD proliferativa = neovasos frágiles = hemorragias vítreas (producidas x facilidad rotura neovasos).

*correcta: e

. La causa mas frecuente de hemorragia vítrea es: (2015)

- a) Traumatismos.
- b) Tratamiento con anticoagulantes.
- c) Vasculitis retinianas.
- d) Retinopatía diabética.
- e) Uveítis posterior.

→ hemorragias vítreas - causas = RD (proliferativa) > desprendimiento retina > desprendimiento vítreo

*correcta: d

.Cuál de las siguientes NO es causa de hemorragia vítrea: (2022 enero)

- a) Desprendimiento vítreo posterior.
- b) Neovasos retinianos.
- c) Oclusiones venosas.
- d) Tumores intraoculares.
- e) Distrofias maculares.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes situaciones puede ser una complicación de la retinopatía diabética? (2015)

- a) Edema macular.
- b) Hemorragia vítrea.
- c) Glaucoma neovascular.
- d) a, b y c pueden ser complicaciones de la retinopatía diabética.
- e) a, b y c no son complicaciones de la retinopatía diabética.

→ RD no proliferativa = edema macular

→ RD proliferativa = neovasos =

- hemorragias vítreas
- alta probabilidad glaucoma neovascular

*correcta: d

. En relación con la retinopatía diabética ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2013)

- a) Es una de las principales causas de ceguera en los países desarrollados.
- b) Se puede agravar en el embarazo.
- c) Se puede evitar su aparición con un buen control de la diabetes.
- d) En la fase inicial son típicos los microaneurismas.
- e) Si hay neovasos se debe realizar panfotocoagulación.

→ RD:

- DM = causa (+)frec ceguera nuestro medio / países industrializados
- RD no proliferativa leve = caracteriza x presencia microaneurismas (indican retinopatía está empezando)
- RD proliferativa = neovasos papilares/retinianos → indicación panretinocoagulación (aunque paciente vea bien)
- embarazo = factor riesgo retinopatía diabética
- RD proliferativa - tto = panretinocoagulación si existen neovasos

*pacientes con DMII pueden estar años con enfermedad y no saberlo, está progresando y se produce RD que les lleva a consulta por pérdida visión

*correcta: c

. Cual de las siguientes exploraciones oftalmológicas es la más importante en un paciente diabético: (2015)

- a) La agudeza visual.
- b) La presión intraocular.
- c) El fondo de ojo.
- d) La percepción de los colores.
- e) La exploración de la motilidad ocular.

→ retinopatía diabética - detección/manejo = estudiar fondo ojo todos los pacientes diabéticos al menos 1 vez/año

*correcta: c

. Ante un paciente diabético con retinopatía diabética proliferante y neovasos en la papila, que vemos en un centro de atención primaria, nuestra actitud debe ser: (2022 enero)

- a) Enviar a oftalmología con una cita normal.
- b) Enviar a oftalmología con una cita preferente.
- c) Enviar a oftalmología con una cita urgente.
- d) Enviar a un establecimiento de venta de gafa para que lo valoren.
- e) Revisarlo de nuevo en 3 meses.

→ RD - detección/manejo - consulta especialista:

- normal = disminución visión sin alteración macular + circinads (exudados duros forma redondeada)
- preferente = RD en el diámetro fovea + RD preproliferativa (mod/grave)
- urgente = RD proliferante + hemorragia vítrea/prerretiniana + rubeosis iris + desprendimiento retina ...

*correcta: c

. En un paciente diabético con edad igual o inferior a 29 años, cual es el momento recomendado para hacer el primer examen de fondo de ojo: (2022 enero)

- a) En el momento del diagnóstico de la diabetes.
- b) A los 10 años del diagnóstico de la diabetes.
- c) Entre el primero y el segundo año después del diagnóstico.
- d) En cuanto note síntomas visuales.
- e) A los 3-5 años del diagnóstico.

→ RD - detección/manejo => diabéticos deben hacerse fondo ojo:

- jóvenes => 1er examen = 3-5a dx si paciente 10a / seguimiento = anual
- adultos => 1er examen = en el momento dx / seguimiento = anual

*correcta: c

. La exploración oftalmológica de un paciente diabético adulto debe realizarse: (2015)

- a) Anualmente.
- b) Cada dos años.
- c) Cada 5 años.
- d) Cada 10 años.
- e) No es necesaria la exploración oftalmológica.

→ RD - calendario exámenes oftalmológicos = >30a -> seguimiento anual

*correcta: a

. La fotocoagulación panretiniana se aplicará en caso de: (2024 enero)

- a) Oclusión de vena central edematosa.
- b) Oclusión de arteria central de la retina.
- c) Retinopatía diabética proliferante.
- d) Retinosis pigmentaria.
- e) Degeneración macular asociada a la edad.

*correcta: c

. Uno de los tratamientos de la retinopatía diabética consiste en: (2015)

- a) Fotocoagular la cornea.
- b) Inyectar insulina intravítrea.
- c) Fotocoagular la retina.
- d) Tratamiento con anticoagulantes orales.
- e) Tratamiento con colirios con corticoides.

→ RD proliferativa - tto = panretinocoagulación

*correcta: c

. ¿Cuál es la prueba complementaria más útil en la monitorización de la respuesta al tratamiento en un paciente con edema macular diabético que está siendo tratado con fármacos antiangiogénicos? (2018)

- a) Angiografía fluoresceínica.
- b) Tomografía de coherencia óptica (OCT).
- c) Autofluorescencia.
- d) Biomicroscopia con lámpara de hendidura.
- e) La respuesta al tratamiento en los pacientes con edema macular diabético no requiere monitorización con ninguna prueba complementaria.

→ edema macular clínicamente significativo:

- siempre tto
- dx = OCT / angio-OCT

*correcta: b

21. GLAUCOMA

. Además del drenaje trabecular, el humor acuoso se elimina en parte a través de: (2019)

- a) Vía uveoescleral.
- b) Papila óptica.
- c) Epitelio ciliar.
- d) Endotelio corneal.
- e) Vasos retinianos.

→ humor acuoso - drenaje (cámara anterior):

- vía convencional (90%) = malla trabecular → canal Schlemm → venas episclerales
- vía NO convencional / uveoescleral (10%) (x cuerpos ciliares → espacio subaracnoideo)

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos NO se utiliza en el Glaucoma? (2019)

- a) Gonioscopia.
- b) Oftalmoscopia.
- c) Tonometría.
- d) Campimetría.
- e) Oftalmometría.

→ glaucoma - dx

- >PIO = tonometría (+ paquimetría)
- estructura = gonioscopia (ángulo) + oftalmoscopia (papila excavada) + OCT (uno de lo +precisos para dx)
- función = perimetría (campo visual)

*correcta: e

. De las siguientes pruebas diagnósticas, ¿cuál considera que es la que tiene menos utilidad a la hora de diagnosticar un Glaucoma? (2018)

- a) Tonometría.
- b) Angiofluoresceingrafía.
- c) Tomografía de Coherencia óptica.
- d) Campimetría.
- e) Gonioscopia

*correcta: b

. ¿En cuál de estas exploraciones oculares se utiliza anestésico tópico? (2017)

- a) Campimetría.
- b) OCT.
- c) Topografía corneal.
- d) Tonometría de contacto.
- e) Biomicroscopia de polo posterior con lente de 90D

→ Tonómetro de Goldmann = método de referencia

- consiste en aplanar un área córnea - para ello se utiliza un cono que se apoya sobre ella y que tiene un prisma que desdobra la imagen de la película lagrimal (teñida con fluoresceína) en dos semicírculos

*Para que el médico pueda apoyar ese "cono" sobre la córnea sin que el paciente cierre el ojo por dolor, es imprescindible poner una gota de anestésico tópico (generalmente combinada con la fluoresceína)

*correcta: d

. La gonioscopia es una técnica exploratoria que nos permite la visualización de: (2016) (2013)

- a) Papila óptica.
- b) Periferia de la retina.
- c) Polo posterior.
- d) Mácula.
- e) Ángulo camerular.

→ glaucoma - método dx => gonioscopia = evalúa ángulo iridocorneal/camerular

- técnica permite observar malla trabecular = determinar obstrucción en salida humor acuoso

*correcta: e

. ¿Cuál es la forma más fiable de demostrar un ángulo estrecho? (2017)

- a) OCT de segmento posterior.
- b) Gonioscopia.
- c) Ecografía.
- d) Oftalmoscopia.
- e) Tonometría.

*correcta: b

. El hecho diferencial más característico entre el Glaucoma y otras neuropatías es: (2024 enero)

- a) Aumento de la excavación papilar.
- b) Las alteraciones campimétricas.
- c) La palidez papilar.
- d) Los síntomas visuales.
- e) La edad de aparición.

. El signo más característico en la diferenciación del glaucoma primario de otras neuropatías es: (2022 enero)

- a) Los valores de VSG.
- b) La excavación papilar.
- c) El deterioro visual.
- d) La palidez papilar.
- e) La presencia de hemorragias en astilla.

. La característica más relevante que diferencia el Glaucoma de otras neuropatías es: (2023 enero)

- a) La excavación papilar.
- b) Las alteraciones campimétricas.
- c) La palidez papilar.
- d) Los síntomas visuales.
- e) La edad de aparición.

*correcta: a

. El hecho diferencial más característico entre el Glaucoma y otras neuropatías es: (2019)

- a) La excavación papilar.
- b) Las alteraciones campimétricas.
- c) La palidez papilar.
- d) Los síntomas visuales.
- e) La edad de aparición.

→ lesión glaucomatosa = neuropatía ojo a adquirida

- glaucoma = cambios papila

- muerte axones = excavación papila → lesión característica glaucoma ⇒ NO ocurre en otras neuropatías

→ glaucoma - dx - oftalmoscopia = excavación papila - signo (+) característico/precoz

- neuropatías producen palidez papila - NO excavación

*correcta: a

. De las siguientes afirmaciones sobre la papila glaucomatosa ¿cuál es la cierta? (2018)

- a) La excavación no progresa con el tiempo.
- b) Es indicativo de Glaucoma una excavación mayor de 0.1.
- c) Las excavaciones asimétricas no deben tenerse en cuenta.
- d) La excavación glaucomatosa es más vertical.
- e) Todas son ciertas.

→ oftalmoscopia - papila glaucomatosa:

- relación excavación/disco >0.7

- aumento progresivo excavación

- excavación papila vertical

- excavación asimétrica (diferencia >0.2)

- hemorragias llamas + vasos bayoneta

*correcta: d

. Un paciente tiene un defecto arciforme en el campo visual y excavación en el nervio óptico. ¿Qué otras pruebas recomendarías para confirmar el diagnóstico de sospecha? (2017)

- a) Ecografía.
- b) Resonancia magnética.
- c) OCT de la capa de fibras nerviosas.
- d) Tonometría.
- e) C y D son ciertas.

→ glaucoma - dx

- >PIO = tonometría (+ paquimetría)

- estructura = gonioscopia (ángulo) + oftalmoscopia (papila excavada) + OCT (uno de lo +precisos para dx)

- función = perimétrica (campo visual)

*correcta: e

.Cuál de las siguientes técnicas exploratorias es la menos objetiva para la valoración del daño glaucomatoso: (2016) (2013)

- a) Polarimetría laser.
- b) Tomografía de coherencia óptica.
- c) Campimetría.
- d) Gonioscopia.
- e) Retinografía.
- f) Tonometría.

→ glaucoma - métodos dx

- tonometría/tonografía

- gonioscopia

- oftalmoscopia = perimetría + campimetría x confrontación (técnicas perimétricas deben ser sensibles y reproducibles y está no lo es)

- tomografía de coherencia óptica (OCT)

- paquímetro

*correcta: c

. La alteración campimétrica inicial más característica en el glaucoma crónico simple es: (2024 enero)

- a) Hemianopsia.
- b) Escotoma central.
- c) Escotoma arciforme.
- d) Escotoma altitudinal.
- e) Todas son ciertas.

. La alteración del campo visual más característica del glaucoma es: (2020)

- a) Hemianopsia altitudinal.
- b) Escotoma arciforme.
- c) Hemianopsia homónima.
- d) Escotoma centrocecal.
- e) Aumento de la mancha ciega.

*correcta: b

. El escotoma más característico de un glaucoma en las fases iniciales es: (2016) (2013)

- a) Escotoma centrocecal.
- b) Escotoma arciforme.
- c) Escotoma altitudinal.
- d) Escalón nasal.
- e) Islote temporal.

→ papila óptica - organización axones - temporales = haz papila-macular → su afectación = escotomas arciformes (los más sensibles a la lesión glaucomatosa)

→ glaucoma - método dx ⇒ perimetría = campo visual - cambios:

- escotoma de Bjerrum/arciforme = alteración campo visual (+) característica glaucomas - suele observarse en fases iniciales

*correcta: b

. ¿Cuál es el defecto campimétrico más típico del Glaucoma crónico simple? (2015)

- a) Escotoma arciforme.
- b) Aumento de la mancha ciega.
- c) Hemianopsia bitemporal.
- d) Escotoma central.
- e) Escotoma centelleante.

→ glaucoma - método dx - cambios observables en campo visual:

- depresión generalizada = hallazgo (+) precoz
- escotoma Seidel = defecto inicial + forma coma (como extensión mancha ciega)
- escotoma Bjerrum/arceiforme = fases iniciales → alteración campo visual (+) características glaucomas

→ glaucoma crónico simple = glaucoma primario ángulo abierto

*correcta: a

. El campo visual en las fases finales del glaucoma se caracteriza por: (2023 enero)

- a) Escotoma de Bjerrum.
- b) Islote temporal.
- c) Escalón nasal.
- d) Escotoma centrocecal.
- e) Aumento de la mancha ciega.

. En el campo visual de un Glaucoma terminal, esperaríamos encontrar: (2018)

- a) Un escalón nasal.
- b) Un escotoma de Bjerrum.
- c) Un islote de visión temporal.
- d) Un escotoma de Seidel.
- e) Una mancha ciega al descubierto.

→ campimetría - cambios campo visual paciente glaucomatoso:

- fases terminales = visión en isla temporal

*correcta: c

. El glaucoma congénito se produce por una alteración localizada en: (2024 enero)

- a) La pupila.
- b) El ángulo irido-corneal.
- c) Los cuerpos ciliares.
- d) La papila.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ glaucoma congénito = falta migración tejido cubre malla trabecular → bloqueada

*malla trabecular situada en ángulo iridocorneal

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes formas de glaucoma es la más frecuente en la práctica clínica? (2017)

- a) Glaucoma pigmentario.
- b) Glaucoma crónico simple.
- c) Glaucoma cortisónico.
- d) Glaucoma de ángulo estrecho crónico.
- e) Glaucoma inflamatorio.

→ glaucoma primario ángulo abierto (GPAA) / crónico simple = forma clínica (+) habitual glaucoma en nuestro medio

*correcta: b

. De las siguientes afirmaciones sobre el glaucoma primario de ángulo abierto, ¿cuál es cierta?: (2023 enero)

- a) Es menos frecuente en la raza negra.
- b) Es frecuente por debajo de los 40 años.
- c) Es 10 veces más frecuente en la población de 80 años que en la de 40 años.
- d) Su prevalencia es independiente de los antecedentes familiares.

e) El ángulo iridocoreal es igual o menor de 20°.

→ GPAA - FR:

- edad:
- FR (+) importante
- >40a (edad presbicia) se entra en riesgo de sufrir glaucoma (infrecuente <40a)
- individuo 80a riesgo x10GPAA que uno 40a
- raza = (+) frec raza negra
- AF = familiares 1er grado GPAA → 4-16% riesgo GPAA

*correcta: c

. En el glaucoma crónico simple se afecta típicamente: (2024 enero) (2015)

- a) La retina (conos y bastones).
- b) Los procesos ciliares.
- c) La coroides.
- d) La papila.
- e) La mácula.

→ lesión glaucomatosa = excavación papila - lesión característica glaucoma

- dx - oftalmoscopia = excavación papila (signo más característico/precoz glaucoma)
- glaucoma primario ángulo abierto
 - fisiopatología = excavación papila
 - signos = se atrofia la papila

→ [AMIR] glaucoma primario ángulo abierto / crónico simple = (+) frec + incidencia aumenta con edad + provoca lesiones irreversibles en la cabeza del nervio óptico = excavación papilar

*correcta: d

. ¿Cuál de siguientes signos no es característico en Glaucoma Primario de Angulo Abierto? (2023 enero)

- a) Excavación papilar.
- b) Pérdida de campo visual.
- c) Angulo abierto.
- d) PIO elevada.
- e) Sinequias posteriores.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes signos es característico de un Glaucoma Primario de Angulo Abierto? (2019)

- a) Excavación pupilar.
- b) Pérdida de campo visual.
- c) Angulo abierto.
- d) P.I.O elevada.
- e) Todas son ciertas.

→ GPAA - signos:

- atrofia papila = excavación
- pérdida: campo visual + fibras nerviosas
- Angulo abierto
- PIO >21mmHg

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes datos NO es característico de un Glaucoma Crónico Simple? (2018)

- a) Excavación de la papila.
- b) Escotoma de Bjerrum.
- c) Angulo cerrado.
- d) Elevación de la PIO.
- e) Edad elevada.

*correcta: c

. De las siguientes afirmaciones sobre el Glaucoma Normotensivo, ¿cuál es falsa? (2018)

- a) Presenta escotomas más profundos.

- b) Tiene un componente más mecánico que vascular.
- c) Son más frecuentes las hemorragias en astilla.
- d) La excavación papilar progresa con la PIO < 21 mmHg.
- e) El escotoma de Derringer es característico de esta patología.

→ glaucoma normotensivo:

- excavación papila + pérdida campo visual progresiva = (+) profunda/rápida con PIO < 21 mmHg
- (+) frec hemorragias en astilla
- escotoma (+) profundos
- signos = escotoma Derringer

*correcta: b

. El escotoma de Derringer es característico del glaucoma: (2022 enero)

- a) Primario.
- b) De ángulo estrecho.
- c) Normotensivo.
- d) Congénito.
- e) Por corticoides.

. El escotoma de Derringer aparece en: (2019)

- a) Neuritis Óptico Isquémica Anterior.
- b) Papilitis.
- c) Glaucoma Normotensivo.
- d) Neuritis por Esclerosis Múltiple.
- e) Glaucoma pseudoexfoliativo.

*correcta: c

. La hipertensión ocular: (2018)

- a) Debe tratarse siempre.
- b) Se produce una excavación de la papila mayor que en el glaucoma.
- c) Es característica de la juventud.
- d) Debe controlarse periódicamente.
- e) Desarrolla una alteración campimétrica más marcada que los glaucomas normotensivos.

→ hipertensión ocular

- 10% > 40a → PIO > 21 mmHg = mayoría NO desarrollan glaucoma
- controlados periódicamente
- tto preventivo con hipotensores oculares si: PIO > 28 mmHg + AF (glaucoma/asimetría)

*correcta: d

. En Galicia, cuál de las siguientes situaciones es una causa frecuente de glaucoma unilateral: (2024 enero)

- a) Glaucoma por corticoides.
- b) Glaucoma por pseudoexfoliación.
- c) Síndrome de iris en meseta.
- d) Síndrome de dispersión pigmentaria.
- e) Glaucoma primario de ángulo abierto.

. El glaucoma unilateral más frecuente en la población adulta de nuestro entorno es: (2022 enero)

- a) Inducido por corticoides.
- b) Normotensivo.
- c) Exfoliativo.
- d) De ángulo estrecho.
- e) Primario.

. En nuestro medio, ¿cuál es la primera causa de glaucoma unilateral en la tercera edad? (2020) (2019)

- a) Glaucoma Crónico simple.
- b) Glaucoma Exfoliativo (o pseudoexfoliativo).
- c) Glaucoma Pigmentario.

- d) Glaucoma Normotensivo.
- e) Glaucoma De ángulo estrecho.

. La primera causa de glaucoma unilateral en ancianos en nuestro medio es el glaucoma: (2018)

- a) Exfoliativo.
- b) De ángulo cerrado.
- c) Por aumento de la presión venosa episcleral.
- d) Pigmentario.
- e) Inducido por corticoides.

. La forma mas frecuente de glaucoma unilateral en ancianos en nuestro medio es: (2016) (2013)

- a) Glaucoma crónico simple.
- b) Glaucoma cortisónico.
- c) Glaucoma de ángulo estrecho crónico.
- d) Glaucoma por pseudoexfoliación capsular.
- e) Glaucoma pigmentario.

→ glaucoma secundario de ángulo abierto - sd exfoliativo/pseudoexfoliativo:

- (+)frec >60a
- agrupación geográfica = celta → típico de Galicia
- signos = uni/bilateral → 1ª causa glaucoma unilateral en ancianos en Galicia

*correcta: d

. Un glaucoma por recesión angular puede producirse por: (2013)

- a) Pars planitis.
- b) Catarata hipermadura.
- c) Traumatismo contuso.
- d) Melanoma de iris.
- e) Retinopatía diabética no proliferante.

→ traumatismos contusos - lesión segmento anterior:

- recesión angular = desprendimiento coroides-esclera zona cuerpos ciliares → lugar canal Schlemm (drena humor acuoso) = acumula humor = (+)P = [R] glaucoma

*correcta: c

. El glaucoma de ángulo estrecho es más frecuente en: (2017)

- a) Adolescentes.
- b) Ojos miopes.
- c) Más frecuente en varones.
- d) Ojos hipermétropes.
- e) B y C son ciertas.

→ glaucoma ángulo cerrado primario - epidemiología = (+)frec ojos hipermétropes (pequeños)

- paciente típica = mujer mayor hipermetrope con ojos pequeños

*correcta: d

. El "iris bombé" es un signo característico de: (2022 enero)

- a) Glaucoma congénito.
- b) Síndrome exfoliativo.
- c) Glaucoma de ángulo cerrado.
- d) Cataratas seniles.
- e) Papilitis.

. El "iris Bombé" es un hallazgo que podemos ver en los Glaucomas: (2018)

- a) Normotensivos.
- b) De ángulo cerrado.
- c) Por aumento de la presión venosa episcleral.
- d) Exfoliativos.
- e) Inducidos por corticoides.

→ glaucoma ángulo cerrado - fisiopatología => iris aproxima a córnea = (-) ángulo entre: cápsula anterior cristalino - iris borde pupilar (<20°) = dificulta salida humor acuoso → atrapado (cámara post) = desplaza iris pa lante = bloquea trabecula (malla) = iris abombado / "iris bombé"

*correcta: b

. Una de las siguientes patologías NO es causa frecuente de glaucoma neovascular: (2018)

- a) Retinopatía diabética.
- b) Oclusión de vena central isquémica.
- c) Radiación.
- d) Cataratas.
- e) Uveítis crónica.

→ glaucoma ángulo cerrado 2° x sinequias = glaucoma neovascular:

- diabetes
- oclusión vena central
- isquemia ocular
- eales (angiopatía retiniana juvenil)
- coats (alteración telangiectásica vasos retina = desprendimiento exuda Rufo retina)
- uveítis crónica
- tumores intraoculares
- radiación

*correcta: d

. La causa del glaucoma facolítico es el bloqueo de la red trabecular por: (2024 enero)

- a) Eritrocitos.
- b) Linfocitos.
- c) Macrófagos.
- d) Sinequias anteriores periféricas.
- e) Material del cristalino.

→ glaucoma x mecanismo mixto → glaucoma inducido x cristalino = producidos x rotura cristalino

- facolítico = cataratas hipermaduras liberan proteínas humor acuoso

*correcta:

. Ante un paciente con antecedentes de uveítis anterior en ojo derecho, que acude a urgencias con fuerte dolor en ese ojo, marcada pérdida visual, reacción vagal importante, midriasis media y gran inflamación ocular, debemos pensar en la presencia de: (2016) (2013)

- a) Glaucoma agudo.
- b) Iritis aguda.
- c) Presencia de bloqueo pupilar.
- d) Iris bombé.
- e) Todas son ciertas.

→ glaucoma ángulo cerrado:

- x sinequias => [after] procesos inflamatorios que provocan si esquías (uveítis / iritis)

*[IA] uveítis = iris se "pega" a cristalino (sinequia posterior) → si se pega en los 360° de la pupila = humor acuoso NO puede pasar de cámara posterior → anterior = bloqueo pupilar

- fisiopatología => iris aproxima a córnea = (-) ángulo entre: cápsula anterior cristalino - iris borde pupilar (<20°) = dificulta salida humor acuoso → atrapado (cámara post) = desplaza iris pa lante = bloquea trabecula (malla) = iris abombado / "iris bombé"

- síntomas - agudo = dolor grave súbito + visión borrosa + náuseas/vómitos/sudoración (reacción vagal)

- signos = inyección conjuntival (inflamación) + midriasis media y fija

[uveítis anterior aguda → sinequias (bloqueo pupilar) → iris Bombé → cierre ángulo → glaucoma agudo]

*correcta: e

. En el caso del paciente anterior el tratamiento inicial de elección sería: (2013)

- a) Midriáticos hasta que dilate la pupila.
- b) Corticoides sistémicos.
- c) Iridotomía con laser.

d) Mióticos tópicos para contraer la pupila.

e) A y b son ciertas.

→ glaucoma ángulo cerrado

- primario - tto = iridotomía con láser (<48h)

- secundario => [after] procesos inflamatorios provocan sinequias (uveítis) - tto = corticoides

→ [apuntes AMIR]

- glaucoma ángulo cerrado - tto = consiste en la instalación de mióticos (pilocarpina), corticoides tópicos e hipotensores oculares, usando diuréticos osmóticos (manitol i.v) e inhibidores de la anhidrasa carbónica vía oral (acetazolamida) (MIR).

Una vez resuelto el cuadro agudo, hay que corregir los factores anatómicos que predisponen al cierre angular, mediante iridotomía con láser yag, rompiendo el bloqueo angular y realizando una comunicación entre cámara anterior y cámara posterior, en el ojo del ataque y profiláctica en el contralateral.

- glaucoma secundario - glaucoma inflamatorio = en las uveítis se produce un descenso de la salida de humor acuoso debido a la obstrucción mecánica por las células reactivas y la inflamación directa en la malla trabecular. En este tipo de glaucoma las prostaglandinas tópicas están contraindicadas, ya que aumentan la inflamación intraocular.

*¿por qué uso midriáticos hasta dilatar pupila? Necesitas dilatar la pupila con fuerza para "romper" esas adherencias y liberar el bloqueo pupilar producido x sinequias posteriores (el iris pegado al cristalino)

*correcta: e

. El tratamiento de elección del glaucoma congénito es: (2016) (2013)

a) Betabloqueantes tópicos.

b) Trabeculoplastia con laser.

c) Cirugía (trabeculectomía y/o goniotomía).

d) Inhibidores de la anhidrasa carbónica.

e) Ciclodestrucción.

→ glaucoma <3a = congénito:

- falta migración tejido cubre malla trabecular = malla bloqueada

- operarlos de niños

→ glaucoma - tto -> goniotomía = en glaucomas congénitos (corte en malla trabecular - ángulo cámara anterior)

*resumen rápido glaucoma congénito:

- causa = falta de migración del tejido (Membrana de Barkan)

- consecuencia física = buftalmos (ojo crece xq los tejidos del niño son elásticos).

- tratamiento = goniotomía (cortar esa malla bloqueada).

*correcta: c

. ¿El tratamiento del glaucoma bilateral de ángulo cerrado consiste en medicación hipotensora ocular con qué otro tratamiento? (2017)

a) Iridotomía laser.

b) Trabeculoplastia con laser.

c) Drenaje coroideo.

d) Ciclofotocoagulación.

e) Todos los anteriores.

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se utilizan de forma habitual en el tratamiento del Glaucoma? (2018)

a) Antagonistas Betaadrenérgicos.

b) Análogos de las prostaglandinas.

c) Agonistas alfaadrenérgicos.

d) Ciclopléjicos.

e) Inhibidores de la anhidrasa carbónica

*correcta: d

. Uno de los siguientes fármacos no se utiliza en el tratamiento el glaucoma: (2017)

a) Betabloqueantes selectivos.

b) Inhibidores tópicos de la anhidrasa carbónica.

c) Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas.

d) Inhibidores sistémicos de la anhidrasa carbónica.

e) Todos se pueden utilizar.

→ glaucoma - tto:

1. análogos prostaglandinas (no es inhibidor)
2. antagonistas betaadrenérgico (betabloqueantes)
3. agonista alfa-adrenérgicos
4. inhibidor Anhidrasa carbónica

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes efectos secundarios es frecuente en un paciente con tratamiento de análogos de prostaglandinas en colirio? (2024 enero)

- a) Broncoconstricción.
- b) Edema corneal.
- c) Hipopigmentación del iris.
- d) Hipertriosis.
- e) Glaucoma.

→ glaucoma - tto = análogos prostaglandinas → efecto 2º crecimiento pestañas (hipertriosis) + oscurecimiento iris

*correcta: d

— colocar

(2018). Ante un glaucoma agudo de ángulo cerrado, ¿cuál sería su primera opción terapéutica?

- a) Trabeculectomía
- b) Betabloqueantes tópicos
- c) Diuréticos por vía oral
- d) Trabeculoplastia
- e) Iridotomía con laser

Respuesta: E

(2019). Un paciente que presenta un ojo rojo, dolor intenso y midriasis con mala visión y reacción vagal, puede padecer:

- a) Iridociclitis
- b) Glaucoma agudo
- c) Queratitis bacteriana
- d) Queratitis vírica
- e) Conjuntivitis aguda

Respuesta: B

(2019). El tratamiento tópico de un glaucoma agudo es:

- a) Mióticos
- b) Midriáticos
- c) Antibióticos
- d) Vasoconstrictores
- e) Anestésicos

Respuesta: A

(2020). No es un síntoma/signo del glaucoma agudo:

- a) Visión de halos
- b) Pupa en midriasis
- c) Hipopion
- d) Edema corneal
- e) Náuseas

Respuesta: C

23. PATOLOGÍA ORBITARIA, CRANEOSINOSTOSIS Y HEMOPATÍAS

. Los glicosaminoglicanos tienen relación con: (2024 enero)

- a) Cataratas.
- b) Orbitopatía tiroidea.
- c) Uveitis.
- d) Degeneraciones retinianas.
- e) Glaucoma.

*correcta: B

. En la orbitopatía tiroidea se produce un proceso inflamatorio orbitario que se caracteriza por el acúmulo de: (2020) (2017)

- a) Complejos antígeno-anticuerpo.
- b) Inmunoglobulinas.
- c) Lipocitos.
- d) Glicosaminoglicanos.
- e) Glucógeno.

→ oftalmopatía tiroidea

- patogenia => Ac anti-TSHR = proceso inflamatorio = acúmulo glicosaminoglicanos (en músculo y grasa orbitaria)
- anatomía patológica - músculo = (+++) macrófagos + linfocitos T + colágeno + glicosaminocliganos / (-) linfocitos B + mastocitos

*correcta: d

. Los pacientes con la enfermedad de Graves-Basedow tienen mayor probabilidad de padecer: (2017)

- a) Esclerosis múltiple.
- b) Linfomas.
- c) Arteritis temporal.
- d) Miastenia gravis.
- e) Osteoporosis.

→ oftalmopatía tiroidea - factores influyen => pacientes con Graves x5-30 veces más probabilidad de tener Miastenia gravis

*correcta: d

. Mujer de 38 años acude a nuestra consulta con un cuadro de exoftalmos axial de varias semanas de evolución, afectando fundamentalmente su ojo derecho. En la exploración nos llama la atención una conjuntiva con síntomas discretos de hiperemia y edema, una queratitis de carácter punteado en tercio inferior corneal y retracción palpebral el borde del párpado superior se encuentra por encima del limbo, permitiéndonos visualizar la esclerótica. La paciente no manifiesta disminución de visión ni diplopia y su presión intraocular está dentro de la normalidad. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más compatible con el cuadro descrito? (2013)

- a) Tumor intraocular.
- b) Tumor infraorbitario.
- c) Pseudotumor inflamatorio.
- d) Orbitopatía tiroidea.
- e) Queratoconjuntivitis epidémica.

→ oftalmopatía/orbitopatía tiroidea

- epidemiología = mujer 8:2 hombre
- clínica

- proptosis ocular / exoftalmos = ppl síntoma
- párpados = retracción párpado superior + edema + resistencia retropulsión ocular + aumento pigmentación + surcos glabellares
- motilidad ocular = afectación espacio perifibrilar = restricción músculos oculares + estrabismo + diplopía
- polo anterior = queratitis punctata + úlceras corneales + quemosis conjuntival + hiperemia caruncular
- otros = edema/palidez papilar

*correcta: d

. Mujer de 45 años con hipertiroidismo y diagnosticada de orbitopatía tiroidea en la exploración ocular podemos encontrar los siguientes síntomas o signos excepto: (2015)

- a) Retracción palpebral.

- b) Queratopatía por exposición.
- c) Enoftalmos.
- d) Neuropatía óptica compresiva.
- e) Hiperemia conjuntival.

→ oftalmopatía tiroidea = exoftalmos + retracción palpebral + hiperemia conjuntiva (en la inserción muscular) + queratopatía por exposición + neuropatía por tracción y compresión nervio óptico

*correcta: c

. En un paciente con sospecha de orbitopatía tiroidea, ¿cuál de las siguientes exploraciones tiene más valor diagnóstico? (2023 enero)

- a) Fondo de ojo.
- b) Presión intraocular.
- c) Potenciales evocados visuales.
- d) RMN.
- e) Determinación hormonas tiroideas en plasma.

→ oftalmopatía tiroidea - pruebas imagen = obligatoria:

- RMN = imprescindible → info músculos

*correcta: d

. Ante un paciente con exoftalmos unilateral. ¿Cuál de las siguientes exploraciones es la más importante para hacer un diagnóstico? (2022 enero)

- a) Agudeza visual.
- b) Prueba de imagen orbitaria.
- c) Estudio de la motilidad ocular.
- d) PEV.
- e) Fondo de ojo.

*correcta: b

. Ante un paciente con exoftalmos unilateral, ¿Cuál de las siguientes exploraciones es la que puede darnos la información más importante? (2020)

- a) Agudeza visual.
- b) TAC o RMN orbitario.
- c) Pantalla de Lancaster.
- d) Tomografía de coherencia óptica ocular.
- e) Ecografía ocular.

*correcta: b

. Ante un paciente con exoftalmos unilateral, ¿cuál de las siguientes exploraciones es la más importante? (2017)

- a) Agudeza visual.
- b) TAC orbitario.
- c) Estudio de la motilidad ocular.
- d) Potenciales evocados visuales.
- e) Ecografía ocular.

→ oftalmopatía tiroidea = exoftalmos unilateral → siempre! dd con tumor x RNM

*correcta: b

. Cual de estas entidades puede simular una uveítis posterior: (2024 enero)

- a) Anemias.
- b) Leucemias.
- c) Diabetes.
- d) Linfoma.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ hemopatías - Linfoma = cuando afectan globo → suelen aparecer forma uveítis

*correcta: d

24. TUMORES DEL GLOBO OCULAR

. El tumor más frecuente de la órbita en la infancia es: (2013)

- a) Hemangioma cavernoso.
- b) Hemangioma capilar.
- c) Carcinoma espinocelular.
- d) Glioma del nervio óptico.
- e) Extensión orbitaria de un retinoblastoma.

→ tumores párpados - benignos = hemangioma capilar => tumor (+) frec región periorbitaria infancia

→ tumores órbita - benignos = hemangioma cavernoso => tumor benigno orbitario (+) frec adultos

*correcta: b

. La neoplasia más frecuente en los párpados es: (2023 enero)

- a) Adenocarcinoma de glándulas sebáceas.
- b) Carcinoma espinocelular.
- c) Carcinoma de Merkel.
- d) Melanoma.
- e) Carcinoma de células basales.

. El tumor maligno más frecuente en los párpados es: (2017)

- a) Melanoma.
- b) Carcinoma espinocelular.
- c) Carcinoma basocelular.
- d) Carcinoma de glándulas sebáceas.
- e) Sarcoma de Kaposi.

*correcta: c

. Cual es la neoplasia maligna más frecuente en la piel de los párpados: (2019)

- a) Carcinoma de glándulas sebáceas.
- b) Carcinoma espinocelular.
- c) Carcinoma basocelular.
- d) Melanoma.
- e) Sarcoma de Kaposi

→ tumores párpados - malignos = carcinoma basocelular => neoplasia humana (+) frec + 90% tumores palpebrales malignos

*correcta: c

. En que zona aparecen con más frecuencia los Carcinomas de Células Basales en los párpados: (2018)

- a) Párpado inferior.
- b) Párpado superior.
- c) Canto interno.
- d) Canto externo.
- e) No existe preferencia por ninguna zona.

→ tumores párpados - malignos - carcinoma basocelular => localización x orden frecuencia = párpado inferior > canto interno > párpado superior > canto externo

*correcta: a

. En un paciente de 75 años con una lesión en el borde palpebral inferior con bordes nacarados, la sospecha diagnóstica más probable es: (2024 enero)

- a) Linfoma.
- b) Carcinoma espinocelular.
- c) Carcinoma de glándulas sebáceas.
- d) Carcinoma basocelular.
- e) Melanoma.

→ tumores párpados = carcinoma basocelular:

- neo humana (+) frec = 90% tumores palpebrales

- pacientes ancianos
- tipos clínicos:
 - nódulo ulcerativo = cráter central ulcerado + rodete anacarado
 - esclerosante = NO límites delimitados

*correcta: d

. Con respecto a los melanomas de iris una de estas respuestas no es correcta: (2013)

- a) Resulta de la transformación maligna de los melanocitos del estroma del iris.
 - b) Aparece siempre en la raza blanca.
 - c) No existen formas amelanóticas.
 - d) Se localiza, con más frecuencia, en la zona inferior del iris.
 - e) Puede ser nodular o difuso.
- tumores úvea - malignos = melanoma iris
- tumor maligno - estroma iris
 - presentación clínica = circunscrito (zona inferior iris) + difuso
 - melanoma amelanótico = melanomas con tales alteraciones celulares que NO producen pigmento (deforman crecimiento pupila).

*correcta: c

. Los melanomas intraoculares se presentan con mayor frecuencia en: (2023 enero)

- a) Iris.
 - b) Cuerpo ciliar.
 - c) Coroides.
 - d) Papila.
 - e) Retina.
- tumores úvea - malignos = melanoma: iris 12% + cuerpo ciliar 8% + coroides 80% (x ser zona con +melanocitos)
- melanoma coroides = tumor intraocular (+)frec

*correcta: c

. La forma en champiñón de un melanoma de coroides es la consecuencia de: (2015)

- a) Hemorragia coroidea asociada.
 - b) Desprendimiento de retina secundario.
 - c) Tamaño superior a 2 mm de elevación.
 - d) Ruptura de la membrana de Bruch.
 - e) Invasión de la esclera.
- tumores úvea - malignos = melanoma coroides:
- forma nódulo/champiñón
 - puede producir ruptura membrana Bruch

*correcta: d

. Un retinoblastoma puede provocar: (2013)

- a) Leucocoria.
- b) Uveítis.
- c) Metástasis hemáticas.
- d) Metástasis linfáticas.
- e) Todas ellas.

→ tumores retina - malignos = retinoblastoma => leucocoria

*correcta: e

. El signo más frecuente de los angiomas orbitarios es: (2023 enero)

- a) La ptosis palpebral.
 - b) El estrabismo.
 - c) La anisocoria.
 - d) El exoftalmos.
 - e) Catarata.
- tumores orbita = hemangioma cavernoso:

- tumor benigno orbitario (+)frec adultos
 - produce proptosis axial lentamente progresiva (x ocupar espacio) unilateral
- *correcta: d

. El tumor maligno orbitario más frecuente en adultos es: (2022 enero)

- a) Osteosarcoma.
- b) Adenocarcinoma de glándula lagrimal.
- c) Plasmocitoma.
- d) Melanoma.
- e) Linfoma.

. El tumor maligno orbitario más frecuente en adultos es: (2017)

- a) Linfoma.
- b) Adenocarcinoma de glándula lagrimal.
- c) Plasmocitoma.
- d) Melanoma.
- e) Osteosarcoma.

→ tumores órbita - malignos = Linfoma => tumor maligno (+) frecuente órbita (*dif rabdomiosarcoma x +frec adultos)

*correcta: a

. La neoplasia orbitaria más frecuente en adultos es: (2024 enero)

- a) Linfoma no Hodkin.
- b) Linfoma Hodkin.
- c) Carcinoma epidermoide.
- d) Carcinoma de glandula lagrimal.
- e) Melanoma.

→ tumores órbita - linfoma = (+)frec órbita -> (>) NO Hodking = tipo células B = tipo MALT

*correcta:

. En hombres, el origen más frecuente de las metástasis orbitarias es: (2019)

- a) Cáncer de pulmón.
- b) Cáncer de colon.
- c) Cáncer de riñón.
- d) Cáncer de próstata.
- e) Ninguno de los anteriores

*correcta: d

. En un varón, una metástasis tumoral en una órbita, tiene más probabilidad de proceder de una neoplasia en: (2018)

- a) Riñón.
- b) Colon.
- c) Próstata.
- d) Hígado.
- e) Páncreas.

*correcta: c

. Las metástasis orbitarias en mujeres tiene su origen más frecuente en: (2020)

- a) Ovarios.
- b) Piel.
- c) Útero.
- d) Mama.
- e) Riñón.

→ tumores globo ocular - metastásicos - órbita => fre: 1. próstata/ 2. mama/ 3. pulmón

*correcta: d

25. FARMACOLOGÍA E IATROGENIA

. En relación con la Farmacología ocular señalar la respuesta falsa: (2024 enero)

- a) La vía periocular permite evitar la barrera corneal.
- b) Los fármacos con efecto midriático pueden desencadenar un glaucoma agudo.
- c) Son mejor tolerados los colirios con PH entorno a 8,5.
- d) En la biodisponibilidad en la administración ocular influye la unión del fármaco a las proteínas presentes a la lágrima, la córnea y el humor acuoso.
- e) Los anestésicos tópicos no deben prescribirse como un tratamiento para el paciente.

→ biodisponibilidad fármacos - factores influyen:

- tamaño partículas
- liposolubilidad
- osmolaridad + pH = mejor tolerancia con pH similar lagrime (7,4)
- unión a proteínas lagrime/córnea/humor acuoso (pueden reducir eficacia terapéutica fármaco)
- película lagrimal + estado epitelio corneal

→ vías administración - indirecta - periocular = vías alrededor globo ocular → evitamos barrera corneal

→ midriáticos/ciclopéjicos = contraindicados: glaucoma ángulo estrecho x aparecer glaucoma agudo

→ anestésicos tópicos = prescripción usos dx - NO tto

*correcta:

.Cuál de las siguientes es una vía directa de administración ocular de fármacos: (2022 enero)

- a) Subconjuntival.
- b) Retroocular.
- c) Periocular.
- d) Intracamerular.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ vías administración:

- indirectas = sistémica + local (periocular + tópica)
- directas = intracamerular + intravítrea

*correcta: d

. Que tipo de colirio es el más apropiado para paralizar temporalmente la acomodación: (2024 enero)

- a) Colirio de Fenilefrina.
- b) Colirio de Tropicamida.
- c) Colirio de Ciclopentolato.
- d) Colirio de Pilocarpina.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ fármacos en oftalmología - midriáticos + ciclopéjicos:

- tropicamida/fenilefrina = dilatan en media hora / pierden efecto en 2-3h
- Fenilefrina = simpaticomimético - NO paraliza acomodación

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes midriáticos ciclopéjico es el que posee la mayor potencia y duración del efecto?: (2022 enero)

- a) Tropicamida.
- b) Ciclopentolato.
- c) Homatropina.
- d) Atropina.
- e) Fenilefrina.

→ fármacos en oftalmología - midriáticos + ciclopéjicos:

- tropicamida/fenilefrina = dilatan en media hora / pierden efecto en 2-3h
- ciclopentolato = dilatan 6' / duración 12h
- atropina/homatropina = prolongan efecto días

*correcta: d

. La midriasis producida por la atropina se debe a: (2017)

- a) La activación del músculo dilatador de la pupila.

- b) La inhibición de la acetil-colin-esterasa.
- c) La inhibición de la mono-amino-oxidasa.
- d) El bloqueo de los receptores de acetil-colina del esfínter del iris.
- e) El bloqueo de la recaptación de adrenalina en la sinapsis.

→ [IA]

- esfínter iris = músculo encargado miosis (cerrar pupila) → sistema parasimpático = neurotransmisor acetilcolina.
- atropina (parasimpaticolítico) → mecanismo acción consiste: bloquear receptores muscarínicos acetilcolina = bloquear músculo cierra pupila (esfínter) = pupila dilata x acción sin oposición del músculo dilatador

*correcta: d

. ¿Qué neurotransmisor está relacionado con la acomodación? (2020)

- a) La adrenalina.
- b) La acetilcolina.
- c) La epinefrina.
- d) El ácido glutámico.
- e) Ninguno de los anteriores.

*correcta: b

. Niña de 6 años de edad, previamente sana, acude a urgencias con un cuadro confusional agudo, los padres lo atribúan a la aplicación de un colirio en 2 ocasiones separadas 10 minutos en la consulta de oftalmología. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede ser la causa de esta reacción adversa? (2020)

- a) Tropicamida.
- b) Fenilefrina 0.05%.
- c) Pilocarpina.
- d) Ciclopentolato.
- e) Fluoresceína tópica.

→ ciclopentolato = anticolinérgico → causa alteraciones psicóticas 10% niños/ancianos ("borrachera cicopléjica")

*correcta: d

. Varón de 67 años de edad, diagnosticado de EPOC y glaucoma primario de ángulo abierto en ambos ojos. Presenta una presión ocular de 29 mmHg en su ojo derecho y 31 mmHg en su ojo izquierdo, ¿Cuál de los siguientes grupos farmacológicos es el menos indicado como tratamiento?: (2023 enero)

- a) Colirio Inhibidor de la anhidrasa carbonica.
- b) Colirio Betabloqueantes.
- c) Colirio agonista alfa-adrenérgicos.
- d) Análogos de las prostaglandinas.
- e) Todos están indicados.

→ iatrogenia ocular => betabloqueantes (antiglaucomatoso) - contraindicado = IR / IC

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes efectos secundarios es frecuente en un paciente con tratamiento de análogos de prostaglandinas en colirio? (2023 enero)

- a) Broncoconstricción.
- b) Edema corneal.
- c) Hipopigmentación del iris.
- d) Hipertricos.
- e) Glaucoma.

→ paciente con IR/IC

- [NO] antiglaucomatoso
- [SI] análogos prostaglandinas → efecto 2º: hipertriquiasis (crecimiento pestañas) + hiperpigmentación iris

*correcta: d

. Una maculopatía en "ojo de buey" en un paciente con lupus debe hacernos pensar en: (2019)

- a) Tratamiento con Indometacina.
- b) Avitaminosis.
- c) Tratamiento con Hidroxicloroquina.

d) Inyección inadvertida de gentamicina.

e) Tratamiento con prednisona.

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede producir retinopatía? (2017)

a) Cloroquina.

b) Indometacina.

c) Vitamina D.

d) Mevipocaina.

e) Vitamina A.

→ iatrogenia ocular => hidroxiclороquina = maculopatía "ojo de buey"

- [IA] fármaco que se deposita en la retina debido a que la mácula es una zona muy irrigada

*correcta: a

. Uno de los siguientes fármacos origina depósitos corneales (cornea verticillata), indica cuál: (2020)

a) Propanolol.

b) Amiodarona.

c) Alfa-metildopa.

d) Todos los anteriores.

e) Ninguno de los indicados en A, B o C.

*correcta: b

. Uno de los siguientes fármacos origina depósitos generalmente en el tercio inferior de la córnea (córnea verticillata): (2013)

a) Atropina.

b) Propanolol.

c) Amiodarona.

d) Alfa-metildopa.

e) Nifedipina.

→ iatrogenia ocular - alteraciones x medicación sistémica => fármacos depositan en córnea = amiodarona (antiarrítmico) -> depósitos corneales = córnea verticillata / bigotes gato

*correcta: c

. En un paciente que va a ser operado de catarata y está a tratamiento de la hipertrofia prostática con fármacos sistémicos bloqueantes alfa adrenérgicos cual de las siguientes complicaciones intraoperatorias puede presentar en la cirugía de la catarata: (2015)

a) Síndrome de iris flácido.

b) Endoftalmitis.

c) Hipertensión ocular.

d) Opacificación capsular.

e) Edema macular.

→ iatrogenia ocular - alteraciones x medicación sistémica = pacientes con HBP tto bloqueantes alfa adrenérgicos = Sd iris flácido intraoperatorio = dificulta operación cataratas

*correcta: a

. Cual de las siguientes medicaciones sistémicas pueden afectar al tono de dilatación normal del iris y complicar la cirugía de la catarata? (2016)

a) Amiodarona.

b) Bloqueantes alfa-1 adrenérgicos.

c) Corticoides orales.

d) Etambutol.

e) Cloroquina.

→ bloqueantes alfa-1 adrenérgicos (tto HBP) => sd iris flácido intraoperatorio = afecta tono dilatación normal iris => dificulta operación cataratas

*correcta: b

. Diversos fármacos utilizados en el tratamiento de enfermedades sistémicas pueden ocasionar daños oftalmológicos. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede ser tóxico para el nervio óptico? (2017)

- a) Reserpina.
- b) Digital.
- c) Cloroquina.
- d) Etambutol.
- e) B y C son ciertas.

→ etambutol = neuritis óptica con disminución visión (toxicidad nervio óptico)

*correcta: d

. Señale la asociación correcta entre fármacos y sus efectos adversos secundarios: (2019)

- a) Betabloqueantes-Hipertensión ocular.
- b) Midriáticos-Glaucoma de ángulo abierto.
- c) Anestésico tópico- Úlceras corneales.
- d) Cloroquina- Uveítis anterior aguda.
- e) Corticoides- Hiperpigmentación del iris.

→ iatrogenia ocular

- hidroxiclороquina = maculopatía ("ojo de buey")
- betabloqueantes = contraindicados ASMA/IC
- anestésicos tópicos = úlceras corneales
- corticoides = (uso crónico) catarata capsular posterior + glaucoma corticosónico

*correcta: c

26. OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

DACRIOCISTITIS

. La obstrucción lagrimal en recién nacidos se encuentra más frecuentemente en: (2024 enero)

- a) El punto lagrimal superior.
- b) El punto lagrimal inferior.
- c) Los canalicúlos lagrimales.
- d) El saco lagrimal.
- e) La porción inferior del conducto lacrimonasal.

*correcta: e

. La dacriocistitis de recién nacido se produce por una obstrucción de las vías lagrimales localizada más frecuentemente en: (2023 enero)

- a) Los punto lagrimales.
- b) El canaliculo lagrimal inferior.
- c) El canaliculo lagrimal común.
- d) El saco lagrimal.
- e) La válvula de Hasner.

. La causa más frecuente la dacriocistitis del recién nacido es: (2022 enero)

- a) Obstrucción de los puntos lagrimales.
- b) Ausencia de saco lagrimal.
- c) Obstrucción de los canalicúlos lagrimales.
- d) Falta de permeabilización del conducto lacrimonasal.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ dacriocistitis RN - patogenia =

- hay obstrucción conducto lacrimonasal x defecto permeabilización
- obstrucción mayoría casos en Válvula de Hasner (final conducto lacrimonasal)

*correcta: d

. Una zona críematoso, inflamada y dolorosa en el canto interno de los párpados, sugiere: (2024 enero)

- a) Conjuntivitis.
- b) Glaucoma.
- c) Dacriocistitis.
- d) Dacrioadenitis.
- e) Uveitis.

. Cual de estos síntomas/signos NO está relacionado con la dacriocistitis del recién nacido: (2018)

- a) Epífora.
- b) Saco lagrimal abultado.
- c) Dolor a la palpación.
- d) Ptosis palpebral.
- e) Secreción en el canto interno.

→ dacriocistitis - clínica:

- epífora = lagrimeo constante x obstrucción canales
- secreción mucosa conjuntival en canto interno (legaña)
- piel periocular hiperémica
- secreción mucopurulenta x puntos lagrimales al comprimir saco lagrimal canto interno
- saco lagrimal abultado
- si infecta = piel sobre saco lagrimal: enrojecida + tensa + hiperhémica + dolorosa palpación + puede fistulizarse

*correcta: d

. Ante un recién nacido con un primer episodio de dacriocistitis, la primera opción de tratamiento es: (2019)

- a) Antibióticos y observación.
- b) Sondaje lagrimal.

- c) Colocación de sonda de silicona.
- d) Catéter con balón de dilatación.
- e) Dacriocistorrinostomía.

→ dacriocistitis - tto médico => mucocele = observación + masaje lagrimal + ATB tópicos/colirios (evitar infección)

*correcta: a

. El tratamiento quirúrgico inicial más adecuado para y; obstrucción de las vías lagrimales en el recién nacido es: (2022 enero)

- a) Dacriocistorrinostomía.
- b) Colocación de sonda de silicona.
- c) Apertura del conducto lacrimonasal mediante sondaje.
- d) Dacriocistectomía.
- e) Colocación de catéter con balón de dilatación.

. El tratamiento quirúrgico inicial más adecuado para una dacriocistitis del recién nacido en la que se ha resuelto la infección es: (2017)

- a) Dacriocistorrinostomía.
- b) Colocación de sonda de silicona.
- c) Apertura del conducto lacrimonasal mediante sondaje.
- d) Dacriocistectomía.
- e) Colocación de catéter con balón de dilatación.

→ dacriocistitis - tto = 1º médico (momento agudo) → 2º Qx (proceso enfriado):

1. sondaje lagrimal
2. sonda silicona
3. catéter con balón dilatación con suero
4. dacriocistorrinostomía (última opción x ser muy agresivo)

*correcta: c

GLAUCOMA CONGÉNITO

. El glaucoma congénito se produce por una alteración localizada en: (2024 enero)

- a) La pupila.
- b) El ángulo irido-corneal.
- c) Los cuerpos ciliares.
- d) La papila.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ glaucoma congénito = falta migración tejido cubre malla trabecular → bloqueada

*malla trabecular situada en ángulo iridocorneal

*correcta: b

. Ante un niño que nace con glaucoma congénito, ¿Dónde debemos buscar alteraciones? (2019)

- a) En los párpados.
- b) En la conjuntiva.
- c) En el ángulo irido-corneal.
- d) En las vías lagrimales.
- e) En la glándula lagrimal.

→ glaucoma congénito = defecto formación ángulo escleroirido-corneal

Respuesta: c

. El aumento de diámetro corneal aparece de forma característica en: (2019)

- a) Glaucoma primario de ángulo abierto.
- b) Glaucoma de ángulo cerrado.
- c) Glaucoma por pseudoexfoliación.
- d) Glaucoma neovascular.

e) Glaucoma congénito.

→ glaucoma congénito - clínica => alteraciones corneales = edema + diámetro > 12mm + estrías Haab

*correcta: e

. Si un recién nacido presenta "Estrías de Haab" en la córnea, debemos sospechar que puede tener: (2021 enero) (2017)

a) Retinoblastoma.

b) Coloboma de iris.

c) Glaucoma congénito.

d) Toxoplasmosis.

e) Aniridia

→ glaucoma congénito - clínica - signos => alteraciones corneales = estrías Haab (x roturas membrana Descemet (endotelio/estroma corneal))

*correcta: c

. Cual de las siguientes alteraciones NO tiene relación con el glaucoma congénito: (2023 enero)

a) Lagrimeo.

b) Edema corneal.

c) Edema de papila.

d) Cámara anterior profunda.

e) PIO elevada.

→ glaucoma congénito - clínica - signos:

- lagrimeo reflejo = distensión córnea → dolor + reflejo trigeminal (produce +lágrima)

- blefaroespasmo = cierran párpados x fotofobia

- alteraciones corneales = edema + d > 12mm + estrías Haab

- cámara anterior profunda

- PIO elevada

- buftalmos

- alteración ángulo iridoesclerocorneal

- excavación papilar

*correcta: c

. Cuál de los siguientes procedimientos NO está indicado en el glaucoma congénito. (2018)

a) Goniectomía.

b) Vitrectomía.

c) Trabeculectomía.

d) Implante de válvulas.

e) Cicloablación.

→ glaucoma congénito - tto:

1. goniectomía

2. trabeculectomía

3. implante válvulas

4. cicloablación

*correcta: b

. El tratamiento de elección del glaucoma congénito es: (2016) (2013)

a) Betabloqueantes tópicos.

b) Trabeculoplastia con laser.

c) Cirugía (trabeculectomía y/o goniectomía).

d) Inhibidores de la anhidrasa carbónica.

e) Ciclodestrucción.

*correcta: c

27. LEUCOCORIA

. ¿Cuál de las siguientes entidades NO está relacionada con la leucocoria?: (2024 enero)

- a) Catarata infantil.
- b) Glioma del nervio óptico.
- c) Retinopatía del prematuro.
- d) Retinoblastoma.
- e) Persistencia del vítreo primario.

. En un niño de un año de edad, la presencia de leucocoria puede ser indicativo de: (2019)

- a) Catarata.
- b) Toxoplasmosis.
- c) Retinoblastoma.
- d) Persistencia del vítreo primario.
- e) Todas las anteriores pueden cursar con leucocoria.

*correcta: e

. Cual de las siguientes situaciones NO es causa de leucocoria en un niño: (2018)

- a) Glioma del nervio óptico.
- b) Catarata.
- c) Retinopatía del prematuro.
- d) Retinoblastoma.
- e) Persistencia del vítreo primario.

→ leucocoria - causa (+) común:

- catarata infantil (+frec)
- retinopatía prematuro
- retinoblastoma
- persistencia vítreo primario
- otras = enfermedad Coats + toxoplasmosis ocular + toxocara ocular (toxocariasis) + coloboma nervio óptico

*correcta: a

. La retinopatía de la prematuridad afecta de manera preferente a: (2013)

- a) La periferia de la retina.
- b) Zona macular.
- c) Vasos del haz papilo-macular.
- d) Vasos de la papila.
- e) Todas ellas.

→ retinopatía prematuro = vitreorretinopatía fibrosa y vasoproliferativa periférica = neovasos que se forman en la parte (+) periféricos retina (cerca Ora serrata)

*correcta: a

. Los primeros signos de la retinopatía del prematuro son: (2019)

- a) Alteraciones en la papila.
- b) Alteraciones en el núcleo del cristalino.
- c) Alteraciones en los vasos retinianos terminales.
- d) Alteraciones en el estroma corneal.
- e) Hemorragias vítreas.

→ retinopatía prematuro - estadio I = pequeñas anormalidades vasos periféricos

*correcta: c

. La retinopatía del prematuro se inicia con: (2017)

- a) La desaparición de bastones en la retina.
- b) La desaparición de conos en la fovea.
- c) La aparición de catarata.
- d) Proliferación vascular en la retina periférica.
- e) La aparición de atrofia óptica.

*correcta: d

. El primer signo de un retinoblastoma en un niño suele ser: (2020) (2017)

- a) Leucocoria.
- b) Iridociclitis.
- c) Ptosis.
- d) Anisocoria.
- e) Bupftalmos.
- f) Estrabismo.

→ retinoblastoma - clínica = leucocoria (síntoma princess = 1er signo)

*correcta: a

. En relación con el retinoblastoma no hereditario: (2015)

- a) Es siempre unilateral.
- b) Crecimiento siempre endofítico.
- c) No afecta al nervio óptico.
- d) Aparece a partir de los 6 años de vida.
- e) No produce metástasis.

→ retinoblastoma - etiología => 60% NO mutado = 100% unilateral

*correcta: a

. El retinoblastoma se asocia a alteraciones genéticas en el cromosoma: (2024 enero)

- a) Cromosoma X.
- b) Cromosoma 21.
- c) Cromosoma 13.
- d) Cromosoma 18.
- e) En ninguno de los anteriores.

→ retinoblastoma - genética = mut gen RB1 → Cr13

*gen supresor = al mutarse deja de suprimir la proliferación celular

*correcta: c

. Con respecto a la persistencia de la vasculatura fetal anterior solo una respuesta es correcta: (2015)

- a) Malformación congénita bilateral.
- b) Se acompaña de microftalmía.
- c) Antecedentes maternos de toxoplasmosis.
- d) Antecedentes maternos de rubeola.
- e) Antecedentes maternos de galactosemia.

→ leucocoria - persistencia vítreo primario

- vítreo primario NO pierde vasos sanguíneos = NO se hace transparente (vítreo secundario)

- persistencia vítreo primario = malformación congénita unilateral vítreo primario

- forma anterior = microftalmía (tb está en la posterior e)

*correcta: b

. La enfermedad de Coats suele provocar como signo clínico: (2013)

- a) Queratocono.
- b) Parálisis del VI par.
- c) Leucocoria.
- d) Melanocitosis oculodérmica.
- e) Pars planitis.

→ leucocoria - causas infrecuentes = enfermedad Coats

*correcta: c

28. MOTILIDAD OCULAR EXTRÍNSECA

. En relación con la "visión binocular", ¿qué respuesta NO es correcta? (2022 enero) (2020)

- a) Es necesario que se produzca la fusión de las imágenes de los dos ojos en el cerebro.
- b) Se consigue la visión tridimensional o estereopsis.
- c) Presente a partir del primer año de edad.
- d) Se necesita el equilibrio de los sistemas motor y sensorial.
- e) Es necesario el funcionamiento normal de la corteza occipital.

→ visión binocular:

- desarrollo visual normal [only] cerebro capaz integrar información visual 2 ojos para formar 1 imagen = "fusión" imágenes
- imagen única [need] ojos alineados <- [need]:
 - equilibrio sistema motor/sensorial
 - funcionamiento normal corteza occipital visual
- fusión = consigue visión tridimensional → estereopsis
- presente desde 3-6 meses edad

*correcta: c

. ¿Cuál o cuáles son los test para la exploración de la estereopsis? (2022 enero)

- a) Test de Titmus.
- b) Test TNO.
- c) Test de la esfera horaria.
- d) Test de Lang.
- e) Son todos menos "c".

. ¿Cuáles son los test para la exploración de la estereopsis? (2020)

- a) Test de Titmus.
- b) Test TNO.
- c) Test de la esfera horaria.
- d) Son las pruebas de las respuestas "A" y "B".
- e) Son las pruebas de las respuestas "B" y "C".

→ visión no ocular - dx agudeza visual:

- test Titmus (moscas)
- test TNO

*correcta: d

. En posición primaria de la mirada los músculos extraoculares con función abductora son: (2016) (2013)

- a) Recto superior.
- b) Oblicuo inferior.
- c) Oblicuo superior.
- d) b y c son ciertas.
- e) Todas son ciertas.

→ motilidad ocular extrínseca:

- oblicuo superior (IV) = depresión-abducción
- oblicuo inferior (III) = elevación-abducción

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes músculos NO se inserta en el anillo de Zinn?: (2024 enero)

- a) Recto superior.
- b) Oblicuo mayor.
- c) Oblicuo menor.
- d) Recto inferior.
- e) Recto lateral.

→ motilidad ocular extrínseca

- rectos + oblicuo superior = salen vértice órbita
- oblicuo inferior = sale suelo órbita

*correcta: c

. Cuando ambos ojos se mueven sincrónica y simétricamente hacia abajo, se denomina: (2015)

- a) Deorsumversión.
- b) Depresión.
- c) Adducción.
- d) Sursumversión.
- e) Dextrodepresión.

→ tipos movimientos oculares:

- monoculars = ducciones
- binoculares
 - versiones = ojos mueven coordinador mismas dirección mirada (músculos tinta)
 - vergencias = ojos se mueven e forma sincrónica-simétrica en → misma dirección + sentido opuesto)

*al ver los de sincrónica simétrica he pensado en gerencias pero lo q hay q pensar es en dos nos (binoculares) y mismo sentido/dirección mirada ("hacia abajo") = versiones

*correcta: a

. ¿Qué tipo de amблиopía es la más frecuente? (2022 enero)

- a) Anisometrópica.
- b) Estrábica.
- c) Nistágmica.
- d) Por privación.
- e) Ametrópica.

. El tipo de ambliopía más frecuente es: (2020) (2016) (2013)

- a) Anisometrópica.
- b) Estrábica.
- c) Ex-anopsia.
- d) Ametrópica.
- e) Por privación.

→ ambliopía = estrábica → (+)importante

*correcta: b

. El concepto anisometropía se refiere a: (2016)

- a) Existencia de un ojo vago.
- b) Distinta refracción en ambos ojos.
- c) Situación de dioptrio ocular correcto.
- d) Alteración de los elementos ópticos de un ojo con desenfoque sobre la retina.
- e) A y B son ciertas.

→ ampliopía - anisometrópica = diferencia refracción

*correcta: b

. La diplopia aparece en: (2024 enero)

- a) Todos los estrabismos.
- b) Los estrabismos infantiles.
- c) Los estrabismos adquiridos de los adultos.
- d) Sólo en los estrabismos infantiles no refractivos.
- e) Sólo en los estrabismos acomodativos.

→ ambliopatía estrábica ⇒ estrabismo = fenómeno compensación de modo a evitar:

- diplopía (ve dos objetos completamente distintos)
- confusión
- Finalmente, el niño va a hacer una supresión, dejando de ver por el ojo no dominante

*lo de que dejan de ver por el ojo q se les va para el centro es gracias a su plasticidad cerebral, los adultos no pueden producir este escotoma d inhibición por lo que su diplopía es persistente

*correcta: c

. Paciente con una refracción en el ojo derecho de -1 dioptría y sin alteraciones de refracción en el ojo izquierdo. Se trata de: (2019)

- a) Astigmatismo.
- b) Emotropía.
- c) Anisometropía.
- d) Hipermetropía.
- e) Astenopia.

*correcta: c

. La ambliopía NO puede estar producida por: (2015)

- a) Anisometropía.
- b) Estrabismo congénito.
- c) Estrabismo acomodativo.
- d) Estrabismo paralítico del adulto.
- e) Neuritis óptica.

→

*correcta: d

. Las oclusiones de un solo ojo en la edad infantil se utilizan para la corrección de: (2016) (2013)

- a) Estrabismo.
- b) Anisometropía.
- c) Ambliopía.
- d) Ametropías.
- e) En todas ellas.

→ ambliopía - tto = oclusión ojo NO ambliope

*¿por qué no todas? Porque oclusión trata consecuencia (ambliopía) NO causa original (estrabismo/anisometropía)

*correcta: c

. La ambliopía en un niño se trata con: (2019)

- a) Vitaminas.
- b) Conviene esperar hasta los 18 años.
- c) Oclusión del globo que tiene mala visión.
- d) Es suficiente con graduarte con Ciclopléjico.
- e) Oclusión del ojo que tiene mejor visión.

→ ambliopía - tto:

- oclusión ojo NO ambliope

- penalización ojo sano = lente borrosa / atropina

*correcta: e

. ¿Cuál es el objetivo al realizar el cover test? (2017)

- a) Diagnosticar la ambliopía.
- b) Diagnosticar una leucocoría.
- c) Evaluar la alineación binocular en los pacientes con sospecha de estrabismo.
- d) Diagnosticar el nistagmo congénito.
- e) Todas son correctas.

→ estrabismo - dx = test de Hirschberg + cover test + test Krimsky

*correcta: c

. Hablamos de esotropía o endotropía en: (2013)

- a) Estrabismo divergente.
- b) Estrabismo vertical.
- c) Estrabismo convergente.
- d) Estrabismo oblicuo.
- e) En la parálisis de los músculos rectos inferiores.

→ estrabismos horizontales = esotropía + eso/endotropía

- acomodativo = convergente (esotropía) + divergente (exotropía)

- NO acomodativo

*correcta: c

. La esotropía acomodativa se asocia con: (2022 enero)

- a) Hipermetropía elevada.
- b) Astigmatismo miópico elevado.
- c) Exceso de convergencia.
- d) Debilidad de convergencia.
- e) Se asocia con las respuestas 'a' y 'c'.

*correcta: e

. La esotropía acomodativa NO se asocia con: (2020)

- a) Hipermetropía elevada.
- b) Astigmatismo miópico elevado.
- c) Exceso de convergencia.
- d) Debilidad de convergencia.
- e) No se asocia con las respuestas "B" y "D".

→ estrabismos acomodativo

- esotropía = convergencia = niño con mucha hipermetropía
- exotropía = divergente = miopía

*correcta: e

. Niño de 3 años que desde hace 2 meses desvía nasalmente el ojo izquierdo de forma intermitente. En la refracción bajo cicloplejia presenta una hipermetropía de +6 Dioptrías en ambos ojos. Lo más probable es: (2015)

- a) La desviación se resuelva espontáneamente.
- b) Hay que realizar cirugía precoz.
- c) La desviación ceda total o parcialmente con el uso precoz de la corrección completa.
- d) La desviación tienda a ser mayor en mirada lejana.
- e) Todas son falsas.

→ estrabismo horizontal acomodativo - convergente:

- (+)común/frec niños
- niños con mucha hipermetropía (+6)
- al corregir refracción con gafas = controlamos acomodación niño = corrige estrabismo

*desviación nasal = esotropía (estrabismo convergente)

*correcta: c

. Una niña de 3 años de edad presenta una desviación ocular, los padres refieren que es mayor la desviación cuando está mirando dibujos en libros. Su refracción es de una hipermetropía de +5 dioptrías en ambos ojos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2017)

- a) Exotropía intermitente.
- b) Endotropía acomodativa.
- c) Insuficiencia de convergencia.
- d) Exotropía constante.
- e) Epicantós.

→ estrabismo horizontal = endo/esotropía acomodativa → convergente = niños hipermetropes

*correcta: b

. Para el tratamiento de una esotropía acomodativa utilizaremos como primera medida: (2018)

- a) Oclusión del ojo ambliope.
- b) Cirugía de los rectos medios.
- c) Corrección óptica precisa.
- d) Sobrecorrección del ojo ambliope.
- e) Todas ellas.

*correcta: c

. Un paciente con estrabismo mixto, esencial y acomodativo precisará para corregir dicho estrabismo: (2013) (2016)

- a) Cristales correctores convergentes.
- b) Cirugía del estrabismo.
- c) Cristales correctores divergentes.
- d) Oclusión del ojo dominante.
- e) A y B son ciertas.

→ estrabismos mixto:

- acomodativo - tto: gafas
- no acomodativo - tto: Cx

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?: (2024 enero)

- a) En la ortoforia los ojos están bien alineados, con fijación bifoveal, gracias a una buena integración sensoriomotora.
- b) La endotropía acomodativa está frecuentemente asociada a la hipermetropía.
- c) La foria o heteroforia es un estrabismo latente que se manifiesta en situaciones de disociación binocular.
- d) La plasticidad cerebral-visual es máxima de 6-8 años.
- e) El test TNO permite la exploración de la estereopsis.

→ ambliopatía

- plasticidad visual máx = nacimiento (a los 3 años empieza a descender y con los 6-8 ya no hay mucho que hacer)
- dx => test TNO (comprímase estereoptosis)

→ estrabismos

- ortofonías = ejes visuales paralelos siempre (fíjenlo noobjeto)
- heteroforia = estrabismo latente que se mantiene paralelo gracia a estímulo fusión visión binocular
- horizontal - eso/endotropía - convergente = niños con mucha hipermetropía

*niños no ven de cerca = ojos para dentro / no ven de lejos = ojos pa fuera

*correcta: d

. La torticolis puede manifestarse para compensar. (2024 enero)

- a) Neuritis óptica.
- b) Catarata unilateral.
- c) Desprendimiento de retina unilateral.
- d) Nistagmus.
- e) Hipermetropía.

→ nistagmus

- congénito = para compensar nistagmus -> block posiciones activan [si vemos niños con tortícolis chospechoso de nistagmus]
- característica = posición bloqueo = tortícolis

*correcta: d

. El nistagmus visual congenito: (2022 enero)

- a) Se asocia a anomalías del nervio óptico o retina.
- b) Se produce en mirada extrema.
- c) Los movimientos son pendulares.
- d) No tienen posición de bloqueo.
- e) La agudeza visual es normal.

→ nistagmus congénito = suele relacionarse con anomalías nervio óptico/retina

*correcta: a

29. PARÁLISIS OCULOMOTORAS

. En posición primaria de la mirada los músculos extraoculares con función abductora son: (2016) (2013)

- a) Recto superior.
- b) Oblicuo inferior.
- c) Oblicuo superior.
- d) b y c son ciertas.
- e) Todas son ciertas.

*correcta: d

. Cuando ambos ojos se mueven sincrónica y simétricamente hacia abajo, se denomina: (2015)

- a) Deorsumversión.
- b) Depresión.
- c) Adducción.
- d) Sursumversión.
- e) Dextrodepresión.

→ movimientos oculares:

- ducción = movimiento 1 ojo músculo agonista + antagonista
- versiones = movimiento sincrónico 2 ojos en misma dirección
- vergencias = movimiento sincrónico 2 ojos direcciones opuestas (ej: convergencia)

*correcta: a

. La ley de HERING dice que: (2020)

- a) Cuando un musculo se contrae el antagonista se relaja.
- b) En una versión los músculos yunta reciben los mismos impulsos inervacionales.
- c) En una versión los antagonistas de la yunta se relajan por igual.
- d) En una vergencia hay igual inervación de los músculos yunta que denervación de los antagonistas.
- e) Cuando una parálisis oculomotora es supranuclear, siempre es conjugada.

→ literalmente lo que pone en los apuntes, yo si quieres te lo escribo pero me pillas con prisas

*correcta: b

. ¿Cuál es el síntoma/signo diferencial entre las parálisis oculomotoras supranucleares e infranucleares? (2019)

- a) La anisocoria.
- b) La diplopía.
- c) La torticollis.
- d) El déficit visual.
- e) Todas son ciertas.

→ diferencia ppl lesiones motoras supranucleares/infranucleares = diplopía

- supra = NO (lesión afecta ambos ojos x igual)

- infra = SÍ (lesión afecta 1 ojo)

*correcta: b

. El síntoma más frecuente en una parálisis de un musculo extraocular es: (2017)

- a) Cefalea.
- b) Pérdida de visión del ojo afecto.
- c) Discromatopsia.
- d) Metamorfopsia.
- e) Diplopía.

→ parálisis infranucleares = casi siempre los síntomas cardinales son: estrabismo + diplopía

*correcta: e

. En una parálisis completa del III par NO hay: (2022 enero)

- a) Estrabismo.
- b) Ptosis.
- c) Miosis.
- d) Parálisis de la acomodación.

e) Exotropía.

. En una parálisis completa del III par craneal, no se produce: (2020)

- a) Ptosis.
- b) Miosis.
- c) Parálisis de la acomodación.
- d) Limitación de la elevación y de la depresión del ojo.
- e) Limitación de la aducción.

. Ante una midriasis paralítica pensaremos en una afectación del: (2020)

- a) III par.
- b) IV par.
- c) V par.
- d) VI par.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: a

. En la parálisis del III par, no existe en el ojo afectado: (2024 enero) (2019)

- a) Aducción limitada.
- b) Depresión limitada.
- c) Miosis.
- d) Abducción conservada.
- e) Elevación limitada.

*III par = fibras parasimpáticas → si falla = midriasis (dilatación)

*correcta: c

. La parálisis del III par NO produce: (2018)

- a) Ptosis.
- b) Midriasis.
- c) Parálisis de la acomodación.
- d) Abducción limitada.
- e) Elevación limitada.

→ parálisis infranucleares - III par - signos:

- ptosis con exotropía (recto externo lleva ojo hacia afuera)
- aducción limitada (abducción normal)
- elevación/depresión limitada
- midriasis media (disfunción esfínter pupila)
- parálisis acomodación (músculo ciliar) = ve mal de cerca

*recto lateral (abducción) → VI par

*correcta: d

. El signo de Bielschowsky es característico de: (2022 enero)

- a) Parálisis del VI par.
- b) Obstrucción de la arteria central de la retina.
- c) Neuritis óptica isquémica arterítica.
- d) Parálisis del IV par.
- e) A y C son correctas.

. El signo de Bielschowsky es característico de las parálisis: (2024 enero) (2019)

- a) Del III par.
- b) Del IV par.
- c) Del VI par.
- d) Del síndrome de Parinaud.
- e) De la parálisis por lesión del lóbulo frontal.

*correcta: b

. La hiperdesviación del ojo afecto al inclinar la cabeza hacia ese lado, en las parálisis oculomotoras, se denomina signo de: (2016) (2013)

- a) Barkan.
- b) Bielschowsky.
- c) Axenfeld.
- d) Krukenberg.
- e) Zentmeyer.

→ parálisis motora infranuclear - IVpar

- signos = hiperdesviación ojo afectado hacia arriba

- Bielschowsky (+) = cuando se inclina cabeza hacia lado afecto = ojo se desvía (+)

*correcta: b

. En un paciente con una paresia del recto lateral del ojo izquierdo, ¿en qué posición de la mirada habrá una mayor desviación ocular? (2017)

- a) En la mirada hacia la izquierda.
- b) En la mirada hacia la derecha.
- c) En la mirada hacia arriba.
- d) En la mirada hacia abajo.
- e) En ninguna de las anteriores.

*correcta: a

30. ALTERACIONES PUPILARES

. De las siguientes afirmaciones sobre la pupila, ¿cuál es falsa? (2020)

- a) Permite aumentar la profundidad de foco.
- b) Regula la cantidad de luz que entra en el ojo.
- c) Cuando se sineaquia puede dar lugar a un glaucoma agudo.
- d) En algunos casos puede no reaccionar a la luz pero si a la proximidad.
- e) La miosis está mediada por el sistema simpático.

→ pupila - funciones:

- regular cantidad luz entra ojo (reflejo fotomotor)
- comunica cámara posterior-anterior (humor acuoso acné reabsorbido x canal Schlemm) → bloqueo pupilar (ej: uveítis con sinequias) = glaucoma agudo
- (+) profundidad foco (enfocar imágenes) x reflejo acomodación → miosis (+prof → parasimpático) + midriasis (-prof → simpático)

*correcta: e

. En el reflejo pupilar eferente: (2016) (2013)

- a) La miosis está regulada por el simpático.
- b) La midriasis está regulada por el parasimpático.
- c) La miosis está regulada por el parasimpático.
- d) El músculo dilatador de la pupila está regulado por el parasimpático.
- e) B y D son ciertas.

→ vía pupilar:

- parasimpático → esfínter iris = miosis
- simpático → músculo dilatador pupila = midriasis

*correcta: c

. El esfínter de la pupila está innervado por: (2022 enero)

- a) V par craneal.
- b) VI par craneal.
- c) VII par craneal.
- d) Simpático.
- e) Parasimpático.

→ vía pupilar - parasimpático = esfínter iris

*correcta: e

. La neurona que innerva el músculo dilatador del iris (dilatador de la pupila) tiene su soma en: (2017)

- a) La medula espinal.
- b) El núcleo del III par.
- c) El ganglio cervical superior.
- d) El ganglio ciliar.
- e) El mesencéfalo.

→ ilusa de mi descartando vías porque esto no es neuro... pues a hacerlo fácil

→ dilatar = midriasis = simpático → pasa por médula y después por ganglio cervical (baja para volver a subir)

→ vía pupilar simpática: 1.hipotálamo → 2.núcleo cilio-espinal de Budge (ME C8-D2) → ganglio cervical superior → nervio nasociliar → músculo dilatador pupila: midriasis

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes pares craneales interviene en la acomodación?: (2023 enero)

- a) El VII par.
- b) El III par.
- c) El IV par.
- d) El VI par.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ reflejos pupilar - acomodación = contracción pupila (acomodación) + convergencia

- III par = innervación parasimpática músculo ciliar (iris)

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes NO es una alteración de la estática pupilar?: (2022 enero)

- a) Anisocoria.
- b) Miosis.
- c) Midriasis.
- d) Nictalopia.
- e) Corectopia.

*correcta: d

. Llamamos corectopia a: (2020)

- a) Una eversión del borde de la pupila.
- b) Una adherencia del iris al cristalino.
- c) Una pupila descentrada.
- d) Un coloboma de iris.
- e) Una eversión del punto lagrimal.

→ otras que había descartado y aquí está (de toda la vida se pregunta la negrita)

→ anomalías estática pupila

- pupila irregular x adherencias con sinequias
- leucocoria = pupila blanca (x cataratas → limpi! niños desbaratar retinoblastoma)
- coloboma = pupila falta fragmento (x falta cierre embriológico de hendidura óptica)
- corectopia = pupila fuera sitio → desplazada
- midriasis = dilatada
- miosis = contraída
- anisocoria = distinto tamaño

*etimología = cor-: pupila / -ec-: fuera de / -topia: ligar ⇒ pupila fuera de lugar (las pupilas de normal están en el centro)

*correcta: c

. La disminución de la respuesta pupilar en el ojo afecto, pero conservando el consensual al estimular el otro ojo se denomina: (2018)

- a) Pupila de Marcus-Gunn.
- b) Pupila de Argyll-Robertson.
- c) Signo de Hutchinson.
- d) Pupila tónica de Addic.
- e) Midriasis paralítica.

→ defecto pupilar aferente = Marcus Gunn → disminución reflejo pupilar directo en ojo afecto + reflejo consensual conservado al estimular ojo sano

- reflejo fotomotor (ojo enfermo) = NO directo (iluminar ojo enfermo) / SI consensual (iluminar ojo sano)
- iluminas ojo enfermo = sano NO se contrae
- iluminas ojo sano = enfermo SÍ se contrae

*Hutchingson = iluminar ojo enfermo → sano SÍ contrae

*correcta: a

. El reflejo fotomotor abolido con reflejo a la visión próxima normal es característico de: (2024 junio)

- a) Pupila de Argyll-Robertson.
- b) Pupila de Marcus-Gunn.
- c) Pupila de Hutchinson.
- d) Pupila tónica de Adie.
- e) Síndrome de Claude Bernard Horner.

→ pupila Argyll-Robertson = pupilas mióticas (de forma continuada + bilateral) con reflejo fotomotor abolido pero reflejo de acomodación mantenido

- NO reflejo fotomotor
- SÍ reflejo acomodación
- pupila [only] reflejo visión próxima

*correcta: a

. La Arreflexia unilateral con consensual normal estimulando el ojo midriático se denomina: (2016) (2013)

- a) Pupila de Hutchinson.
- b) Pupila de Adie.
- c) Defecto pupilar aferente.
- d) Pupila de Argyll Robertson.
- e) Pupila amurótica.

→ pupila Hutchinson = arreflexia unilateral → consensual normal (estimulando ojo midriático)

- NO reflejo fotomotor/acomodativo cuando estimulas ojo afectado midriático

*correcta: a

. La asociación de Ptosis, Miosis y Enoftalmos se denomina: (2022 enero)

- a) Síndrome de Claude-Bernard-Horner.
- b) Pupila de Hutchinson.
- c) Pupila de Adie.
- d) Síndrome de Marcus Gunn.
- e) Pupila de Argyll-Robertson.

*correcta: a

