

eritropsia – erythroptisia

Authored by
memjavad

February 7, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *eritropsia – erythroptisia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8865>

Eritropsia

Primary Disciplinary Field(s): Oftalmología, Medicina

1. Definición Central

La eritropsia, proveniente de las raíces griegas **erythrós** (rojo) y **opsis** (visión), es un fenómeno visual clasificado dentro del espectro de las [cromatopsias](#), caracterizado por la percepción anómala en la cual el campo visual del individuo aparece teñido, parcial o totalmente, de color rojo o tonalidades rojizas. Esta distorsión cromática no constituye una enfermedad ocular por sí misma, sino que actúa como un síntoma indicativo de una alteración fisiológica o estructural en la vía visual, que puede abarcar desde los fotorreceptores retinianos hasta los centros de procesamiento cortical. A diferencia de las discromatopsias congénitas, donde existe una deficiencia permanente en la discriminación de colores, la eritropsia implica una saturación o sesgo temporal hacia la longitud de onda larga del espectro visible, interfiriendo con la percepción normal del color blanco y de otros matices.

Aunque la eritropsia puede manifestarse de forma leve, como un sutil matiz rosado, en casos más severos puede presentarse como una coloración escarlata vívida que compromete seriamente la capacidad del paciente para interpretar su entorno, afectando tareas que requieren precisión visual y contraste. Este síntoma es notablemente propenso a exacerbarse en condiciones de alta luminosidad o inmediatamente después de la exposición a fuentes de luz intensa, lo cual sugiere una hipersensibilidad o una respuesta desregulada de los conos retinianos, particularmente aquellos sensibles al rojo. La naturaleza de la eritropsia exige un diagnóstico diferencial cuidadoso, ya que su etiología puede variar desde condiciones benignas y autolimitadas, como la fatiga retiniana post-exposición, hasta patologías potencialmente graves, como la presencia de sangre en las estructuras intraoculares.

La importancia clínica de la **eritropsia** radica en su fuerte asociación con estados de alteración de los medios ópticos del ojo, especialmente aquellos relacionados con la ausencia del cristalino. Históricamente, la eritropsia fue un hallazgo frecuente en pacientes [afáquicos](#) (sin cristalino) sometidos a cirugía de catarata antes de la popularización de los lentes intraoculares con filtros. La función normal del cristalino como filtro natural contra la luz ultravioleta y azul es esencial para mantener el equilibrio cromático; su remoción sin sustitución adecuada altera la transmisión lumínica a la retina, desencadenando esta percepción rojiza. Este entendimiento ha guiado el desarrollo de la tecnología de implantes de lentes intraoculares para mitigar el riesgo de cromatopsias postoperatorias.

2. Etiología y Desarrollo Histórico

El estudio sistemático de las cromatopsias, incluyendo la eritropsia, se consolidó en la

oftalmología a partir del siglo XIX, aunque las descripciones de visiones coloreadas se remontan a la antigüedad. Sin embargo, no fue sino hasta el desarrollo de técnicas quirúrgicas para la extracción de cataratas que la eritropsia ganó prominencia clínica. Los primeros reportes detallados del fenómeno se vincularon directamente con pacientes que habían sido sometidos a la remoción del cristalino. La ausencia de este filtro óptico natural se identificó rápidamente como un factor causal primario, al permitir que una porción del espectro lumínico que normalmente es absorbida o filtrada alcanzara la retina, alterando la homeostasis de la fototransducción.

El desarrollo histórico de la comprensión etiológica de la eritropsia también abarca su relación con la fotoestrés y la retinopatía inducida por la luz. Los médicos y exploradores del siglo XIX y principios del XX documentaron casos de visión rojiza transitoria después de la exposición intensa a la luz solar reflejada, como en la ceguera de la nieve (fotoqueratitis). Esta observación sugirió que la sobrecarga lumínica, incluso en ojos con cristalino intacto, podía inducir una fatiga temporal o un daño reversible a los fotorreceptores. Se propuso que la fatiga diferencial de los conos, donde los sensibles a las longitudes de onda cortas (azul/verde) se recuperaban más lentamente que los sensibles al rojo, causaba un predominio perceptual del color rojo.

En el contexto moderno, la eritropsia ha sido reevaluada a la luz de las patologías retinianas. La causa más grave y de mayor preocupación clínica es la presencia de una **hemorragia vítrea**. El humor vítreo, normalmente transparente, se llena de sangre, cuyos pigmentos (hemoglobina) absorben y dispersan la luz de manera que la retina percibe una luz ya teñida de rojo antes de que se inicie el proceso de fototransducción. Esta distinción etiológica (óptica por hemorragia versus fisiológica por adaptación/filtrado) es fundamental para la gestión clínica. La evolución histórica ha pasado de ver la eritropsia como una simple rareza postoperatoria a considerarla un signo potencial de patología intraocular grave.

3. Características Clínicas y Manifestaciones

La manifestación cardinal de la eritropsia es la coloración subjetiva del campo visual en tonos rojos. Esta tinción puede ser difusa, cubriendo todo el campo de visión, o puede ser más localizada, dependiendo de la distribución de la alteración subyacente. Los pacientes típicamente describen el fenómeno como si estuvieran mirando el mundo a través de un filtro rojo o rosa. Es importante notar que la eritropsia es un síntoma sensorial, lo que significa que el cerebro está interpretando correctamente una señal visual alterada que llega desde la retina, a diferencia de las alucinaciones, que son generadas internamente sin estímulo sensorial correspondiente.

La temporalidad y la intensidad son características clínicas clave. En el caso de la eritropsia post-afaquia o post-exposición, el síntoma es a menudo transitorio. Los pacientes reportan que la visión rojiza es más intensa inmediatamente después de la exposición a la luz brillante y que disminuye gradualmente en condiciones de iluminación más tenue. Este patrón es consistente con la teoría

de la fatiga fotorreceptora y la adaptación visual. Por otro lado, la eritropsia causada por hemorragia vítrea tiende a ser más persistente y su intensidad se correlaciona con la densidad del sangrado. Además de la tinción roja, los pacientes con hemorragia vítrea a menudo experimentan una disminución significativa en la agudeza visual y la posible percepción de miodesopsias o "moscas volantes".

La presentación puede ser monocular o binocular. La eritropsia secundaria a una cirugía de catarata o a un trauma ocular localizado es típicamente monocular, lo que permite al paciente diferenciar fácilmente la visión afectada de la visión normal del ojo contralateral. Sin embargo, la sobreexposición ambiental extrema (como la ceguera de la nieve) puede afectar ambos ojos. La presencia de **fotofobia** (sensibilidad a la luz) es un síntoma acompañante común, especialmente en la afaquia, ya que la retina desprotegida recibe una carga lumínica superior a la que el iris y el sistema de adaptación visual pueden manejar cómodamente.

4. Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la eritropsia son complejos y dependen de la etiología específica, pero todos convergen en un desequilibrio en la señalización cromática que favorece la percepción de las longitudes de onda largas. En la eritropsia post-afaquia, el mecanismo principal es la alteración del equilibrio de la luz que llega a los fotorreceptores. El cristalino actúa como un filtro que protege la retina absorbiendo la radiación UV y gran parte de la luz azul. Al eliminar este filtro, la retina, que es naturalmente más sensible a la luz azul, es inundada por longitudes de onda cortas. Aunque esto podría esperarse que cause cianopsia (visión azul), la exposición excesiva a la luz azul puede inducir una fatiga o desensibilización temporal de los fotorreceptores azules y verdes.

Esta fatiga diferencial provoca que, en el momento de la recuperación o durante la adaptación, el sistema visual interprete la información sensorial como si estuviera dominada por las señales de los conos L (sensibles a longitudes de onda largas, es decir, el rojo). El cerebro intenta compensar la sobrecarga de luz azul percibida por la retina, pero el desequilibrio temporal en la tasa de regeneración de los pigmentos visuales o la adaptación neuronal resulta en una percepción sesgada hacia el rojo. Este proceso es un fenómeno de adaptación neurológica y sensorial que busca restablecer el balance cromático, aunque inicialmente lo hace de forma errónea.

El mecanismo de la eritropsia inducida por hemorragia vítrea es fundamentalmente óptico y mecánico. La sangre, compuesta por eritrocitos que contienen **hemoglobina**, se interpone en el eje visual. La hemoglobina tiene propiedades de absorción y dispersión lumínica que tiñen la luz que atraviesa el vítreo. La luz que finalmente incide en la retina ya ha sido filtrada por la capa de sangre, adquiriendo un tinte rojizo debido a la dispersión preferencial de las longitudes de onda rojas. En este caso, la retina y el procesamiento central funcionan normalmente, pero el estímulo

lumínico que reciben ya está contaminado. Esta distinción es crucial para entender por qué la eritropsia por hemorragia no se resuelve con neuroadaptación, sino con la reabsorción o eliminación de la sangre.

5. Causas y Factores de Riesgo

La identificación de las causas de la eritropsia es esencial para el manejo clínico. El factor de riesgo iatrogénico más significativo es la [cirugía de catarata](#) sin la implantación de un lente intraocular (LIO) o con un LIO que carece de filtros de luz azul/UV adecuados. La afaquia resultante expone la retina a niveles de radiación lumínica que superan su capacidad de filtrado natural, siendo la causa más frecuentemente citada en la literatura histórica y contemporánea para la eritropsia transitoria. La prevención de este riesgo es la razón principal por la que los LIOs modernos incluyen filtros protectores.

Las causas traumáticas y ambientales constituyen otro grupo importante. La exposición prolongada o intensa a la luz solar sin protección, como mirar directamente al sol (retinopatía solar), o la exposición a superficies altamente reflectantes (nieve, agua), puede inducir eritropsia temporal debido al fotoestrés y la fatiga retiniana. Este riesgo es particularmente elevado en atletas, montañistas, o personal militar que operan en entornos de alta radiación solar. Los traumatismos oculares severos, incluso sin ruptura del globo, pueden provocar edema retiniano o macular que temporalmente altera la función de los fotorreceptores, resultando en cromatopsias.

Finalmente, las patologías retinianas que cursan con sangrado son un factor de riesgo grave. La **hemorragia vítrea**, causada comúnmente por la retinopatía diabética proliferativa, desgarros retinianos, oclusiones vasculares retinianas o traumatismos penetrantes, es una causa directa de eritropsia. En estos casos, la eritropsia es un síntoma secundario a la presencia de sangre en el eje visual. La eritropsia puede ser un indicador temprano de una patología retiniana subyacente que amenaza la visión y requiere atención inmediata para prevenir complicaciones como el desprendimiento de retina.

6. Diagnóstico Diferencial y Evaluación

La evaluación diagnóstica de la eritropsia comienza con una historia clínica minuciosa, indagando sobre cirugías oculares previas, exposición reciente a luz intensa, y la presencia de enfermedades sistémicas como la diabetes o la hipertensión que predisponen a hemorragias intraoculares. El examen oftalmológico debe ser completo. La refracción y la evaluación de la agudeza visual pueden revelar una disminución asociada, mientras que el examen con lámpara de hendidura confirmará la presencia de afaquia o la naturaleza del LIO implantado.

La clave del diagnóstico diferencial radica en la exploración del fondo de ojo bajo dilatación pupilar. Si se observa una hemorragia vítrea, el diagnóstico de la causa de la eritropsia es obvio, y

la evaluación se centrará en la fuente del sangrado (e.g., neovasos diabéticos, desgarros). Si el fondo de ojo es claro y la eritropsia es reciente y transitoria (post-cirugía o post-exposición), el diagnóstico se orienta hacia la fatiga fotorreceptora. Es vital descartar la retinopatía solar, que podría mostrar cambios sutiles en la mácula.

Deben excluirse otras cromatopsias, especialmente la xantopsia (visión amarilla), que es la cromatopsia más común y se asocia frecuentemente con la intoxicación digitálica. También es necesario diferenciar la eritropsia de las alucinaciones visuales rojas de origen neurológico (como las que ocurren en la epilepsia occipital o migraña visual), las cuales no tienen una base fisiológica en la alteración de la luz retiniana. Las pruebas electrofisiológicas, como el electrorretinograma, pueden ser útiles en casos complejos para evaluar la función de los conos y bastones, aunque rara vez son necesarias para la eritropsia clásica post-afaquia o post-hemorragia.

7. Tratamiento y Pronóstico

El tratamiento de la eritropsia está directamente supeditado a la identificación de su etiología. En la mayoría de los casos de eritropsia transitoria, ya sea por afaquia o por fatiga lumínica, no se requiere un tratamiento activo. El manejo es principalmente educativo y preventivo. Se aconseja a los pacientes afáquicos el uso riguroso de gafas con filtros UV y de luz azul. El pronóstico para este tipo de eritropsia es excelente; el sistema nervioso central y la retina demuestran una notable capacidad de neuroadaptación, lo que lleva a la resolución espontánea del síntoma en semanas o pocos meses.

Cuando la eritropsia es causada por una hemorragia vítrea, el tratamiento se convierte en una prioridad médica para abordar la patología retiniana subyacente. Si la hemorragia es pequeña y la retina está intacta, se puede optar por la observación, permitiendo la reabsorción natural de la sangre. Sin embargo, si la hemorragia es densa, persistente, o si existe riesgo de desprendimiento de retina, la intervención quirúrgica mediante **vitrectomía** se vuelve necesaria. La vitrectomía elimina la sangre del vítreo, resolviendo inmediatamente el componente óptico de la eritropsia y permitiendo el tratamiento de la patología retiniana subyacente.

En general, el pronóstico visual a largo plazo para los pacientes con eritropsia es favorable, siempre que la causa subyacente no sea una enfermedad retiniana avanzada no tratada. La eritropsia en sí misma rara vez causa daño permanente a la visión, pero su aparición sirve como un recordatorio importante de la vulnerabilidad de la retina ante la luz intensa o de la presencia de patología intraocular. La prevención, mediante el uso de lentes protectores y LIOs filtrantes, es la estrategia más efectiva para mitigar la incidencia de esta cromatopsia.

8. Lecturas Adicionales

[Erythropsia \(Wikipedia\)](#)

[Cataract surgery \(Wikipedia\)](#)

[Aphakia \(Wikipedia\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM