



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/133 - PUES PARECE QUE NO VEO...

A. Sánchez de Toro Gironés^a, S. Falla Jurado^b, A. Carrasco Angulo^c, L.S. Bañagasta^d, D.L. García Santos^e y D.P. Piñar Cabezas^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia. ^fEspecialista en Medicina Interna del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años que acude a la consulta por ojo rojo y dolorosos de varios días de evolución que es tratado con Tobrex ante sospecha de conjuntivitis, y que ante no mejoría e inicio de visión borrosa con pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo vuelve a consultar y se remite a Urgencias para valoración por oftalmólogo de guardia que diagnostica de panuveítis y solicita analítica + Mantoux + serología + hemograma + ECA para filiar etiología.

Exploración y pruebas complementarias: Atención Primaria: exploración física general dentro de la normalidad. Ojo izquierdo con hiperemia conjuntival. Oftalmólogo: Agudeza visual OI reflejo de luz; refractometría sin corrección OI no capta; PIO OI de 12; Biomicroscopía OI Tyndall +++/++++. Sinequias casi 360° que se rompen en consulta con tropicamida + fenilefrina. Fondo de ojo izquierdo: Se percibe con mucha dificultad. Vitritis importante que no deja ver detalles de fondo. Hemograma: leucocitos 6.910 (neutrófilos 77%), Hto 41%, hemoglobina 14,5 g/dL, VCM 82,3; plaquetas 215.000. Bioquímica: glucosa 119 mg/dL; urea 36 mg/dL; creatinina 1,01 mg/dL. Na: 141 mEq/L. K: 4 mEq/L. PCR 0,23 mg/dL. ECA 53,5. Mantoux negativo. Serología VIH positiva (previa en 2012 negativa). Punción lumbar: LCR transparente con leucocitos 16/UL, mononucleares 100%, hematíes 2/UL, glucosa 55 mg/dL, proteínas 24,3 mg/dL. Serología neurosífilis VDRL (LCR) positivo; ADA 2,0 U/L. Eco: desorganización vítrea. Retina aplicada.

Juicio clínico: Uveítis sifilítica.

Diagnóstico diferencial: Conjuntivitis bacteriana. Infección ocular herpética. Sarcoidosis ocular.

Comentario final: El paciente fue tratado de forma sistémica con Penicilina 24 millones de unidades iv durante 14 días, penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular 1 dosis/semana 3 semanas y corticoides vo en pauta descendente. Y de forma tópica con Colirio Pred Forte 1 gota cada 2 horas con descanso nocturno, colirio tropicamida 1 gota cada 8 horas con descanso nocturno. Pomada oftálmica dexametasona por la noche con mejoría clínica y sintomática. Ante una consulta por ojo rojo es muy importante valorar si existe algún tipo de lesión corneal e

intentar filiar etiología ya que lesiones como las producidas por el virus del herpes o la sífilis ocular pueden llegar a producir ceguera irreversible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mora P, Carta A. Ocular manifestations of Lyme borreliosis in Europe. *Int J Med Sci.* 2009;6:124-5.
2. Tibbetts MD, Shah CP, Young LH, Duker JS, Maguire JI, Morley MG. Treatment of acute retinal necrosis. *Ophthalmology.* 2010;117: 818-24.
3. Segura A. La uveítis y las enfermedades infecciosas. *Annals d'Oftalmologia.* 2004;12:265-9.
4. Sainz de la Maza MT. Protocolo de actuación ante una vasculitis retiniana. *Studium Oftalmologicum.* 2007;XXV:277-81.