



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2993 - SE ME NUBLA LA VISTA

P. Cabanelas Pousa^a, N. Valiño Ferraces^b y P. Antelo Pais^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. A Coruña. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. A Coruña. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Varón 23 años, sin AMC. Apendicectomizado. Alcohol fines de semana. Tratamiento: ninguno. Acude por episodio de mareo y pérdida de visión por ambos ojos durante 2 minutos mientras conducía. No cefalea, no acúfenos, no vértigo, no sabe precisar si pérdida de consciencia.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. NHNCNP. 135/67. 35,3 °C. 60 lpm. ACP: Rítmica sin soplos. MVC. EEII: Sin hallazgos. NRL: PINR. MOEs conservados. Campimetría por confrontación normal. PC normales. No meníngeos. F y S conservadas y simétricas en MMSS y MMII. RCP flexor bilateral. Marcha normal. No alteraciones cerebelosas. AS: normal. ECG: RS a 60 lpm. RxT y TC cerebro: sin patología.

Juicio clínico: Migraña con aura visual.

Diagnóstico diferencial: Las causas de pérdida de visión brusca pueden ser varias. El papiledema, que condiciona una compresión del nervio óptico, puede ocasionar episodios de pérdida de visión transitoria de corta duración y con frecuencia bilateral, a veces ocasionada por maniobras de Valsalva o cambios posturales, que traducen una isquemia transitoria del nervio óptico por aumento brusco y puntual de la PIC. Otra causa sería el aura visual de una migraña, a tener en cuenta cuando ocurre en pacientes jóvenes, dado que acontece con pérdidas bruscas pero recuperación rápida y absoluta. También se pensaría en una neuritis óptica, pero en el FO aspecto del nervio óptico sería edematoso. Se valorarían otras entidades que provocasen una disminución en la perfusión cerebral como un vasoespasmio o isquemia, la epilepsia parcial benigna occipital o incluso la histeria, esta última descartando otras causas.

Comentario final: Se interconsulta al servicio de OFT para descartar alteraciones en FO. Permanece asintomático en URG, y se decide IC ambulatoria a NRL. El paciente les explica que tras este episodio tuvo dos más, uno de los cuales con cefalea holocraneal intensa, de horas de duración, con fotofobia, sensación nauseosa y que cedió tras tomar Ibuprofeno.

Bibliografía

1. Graue Wiechers E. Oftalmología en la práctica de la Medicina General, 4^a ed. Madrid: Mc

Graw-Hill, 2014.

Palabras clave: *Migraña. Aura. Fondo de ojo. Pérdida de visión.*