



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/2586 - CUANDO NO SE TRATA DE UN TÍPICO CASO DE OJO ROJO

B. Cabañuz Plo¹, J. Sánchez Monroy², A. Guillén Bobé³ y V. González Guillén³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ²Médico Residente de Oftalmología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 40 años. Consulta por ojo rojo y molestias inespecíficas.

Exploración y pruebas complementarias: Ojo rojo derecho y empedrado conjuntival. Agudeza visual (AV): anodina. Tinción con fluoresceína: negativa. Ante sospecha de conjuntivitis se trata con tobramicina colirio y pomada de eritromicina. Cuadros similares los meses posteriores; ante exploración sin cambios, misma pauta terapéutica con mejoría. Consulta por empeoramiento, asociando al ojo rojo edema palpebral y dificultad para apertura ocular. Dada la evolución, se deriva a Urgencias para valoración por oftalmología. En Urgencias: edema palpebral, oftalmoplejia dolorosa. Presión ocular: 36 mmHg. Exploración con lámpara de hendidura: "hiperemia intensa e ingurgitación de vasos epibulbares en sacacorchos, imagen de `vasos en cabeza de medusa"'. Ante los hallazgos se solicita TAC orbitario: fístula carótido-cavernosa derecha. Se confirma mediante angiografía. Ingresa en planta para tratamiento conservador de fístula indirecta (medidas posturales y compresivas).

Orientación diagnóstica: Ojo rojo.

Diagnóstico diferencial: El ojo rojo es la causa más frecuente de consulta oftalmológica. Se plantea diagnóstico diferencial con otras entidades que producen ojo rojo como queratitis (fluoresceína positiva y dolor), uveítis (dolor, disminución de AV, fotofobia, miosis) o glaucoma agudo (dolor agudo, cefalea, vómitos, midriasis, disminución de AV).

Comentario final: Existen procesos frecuentes en la práctica clínica que cursan con ojo rojo, pero ante mala evolución o respuesta terapéutica debemos sospechar otros procesos. Las fístulas carótido-cavernosas son comunicaciones anómalas entre arteria carótida y seno cavernoso, generando un shunt patológico que puede provocar compromiso ocular. Son poco frecuentes y presentan diagnóstico complejo; las de tipo indirecto tienen presentación larvada y crónica, pudiendo confundirse con conjuntivitis y procesos de superficie. Requieren diagnóstico correcto y tratamiento efectivo porque pueden producir deterioro de la visión o de la función de nervios craneales y fenómenos isquémicos del polo anterior. Es fundamental desde Atención Primaria la sospecha activa hacia patología poco frecuente ya que ciertos casos asocian gravedad clínica y requieren tratamiento efectivo por sus negativas consecuencias.

Bibliografía

1. Abaurrea MP, et al. Problemas de los ojos. Ojo rojo. En: Espinàs J, et al, coord. Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria, 2ª ed. Barcelona: Semfyc; 2009. p. 202.
2. Kanski J. Oftalmología Clínica, 8ª ed. Barcelona, Elsevier, 2016.

Palabras clave: Ojo rojo. Fístula carótido-cavernosa.