



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2648 - JUGAMOS EN MEDIO CAMPO

O. Arredondo Hortigüela¹, A. González Gamarra², M. González Albóniga-Menor¹ y Z. Pérez García¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años fumador de 15 cig/día sin antecedentes de interés. Acudió a la consulta de Atención Primaria (AP) por cuadro de 3 días consistente en disminución de la agudeza visual (AV) en el ojo izquierdo (OI). Debido al inicio agudo y la normalidad en la exploración física inicial, se derivó a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración en consulta AP: PA 145/72 mmHg, FC 73 lpm. Neurológica normal. Pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos extrínsecos oculares sin restricciones, diplopía, dolor ni nistagmo. Auscultación cardiaca normal. Exploración en urgencias oftalmológicas: AV ojo derecho (OD) 1, OI 0,4 (0,7 con agujero estenopeico). Polo anterior sin alteraciones. Test de colores: OD normal, OI 10/14. Fondo de ojo: OD normal; OI papila de bordes borrados pálida hacia nasal inferior. Campo visual: OD normal, OI defectos difusos con mayor profundidad en zona central-centrocecal. Analítica de sangre: leve elevación de reactantes de fase aguda sin alteración de PCR, VSG y autoinmunidad. Tomografía computarizada cerebral: normal. Resonancia magnética cerebral: leve ectasia subaracnoidea en la vaina dural de ambos nervios ópticos de características inespecíficas.

Orientación diagnóstica: Neuropatía óptica de OI.

Diagnóstico diferencial: Las posibles causas de disminución de AV cuando el ojo está blanco y no duele son las siguientes: oclusiones vasculares retinianas (arteria/vena), neuropatías ópticas, hemorragia intravítrea, desprendimiento retiniano, uveítis posterior, degeneración macular asociada a la edad exudativa complicada (neovasos) y ceguera cortical.

Comentario final: La disminución aguda de la AV es siempre una urgencia oftalmológica. Es importante valorar la velocidad de instauración y duración, la presencia/ausencia de dolor y síntomas asociados y si afecta a uno/ambos ojos. Se debe considerar como primera opción la lesión en el nervio óptico, siempre que haya pérdida de visión o defecto pupilar aferente monocular o no haya anomalías del nervio óptico en la oftalmoscopia ni anomalías en la exploración ocular.

Bibliografía

1. Brady CJ. Pérdida aguda de la visión. Manual MSD Versión para profesionales. (Última revisión completa septiembre 2016. Consultado 29 julio 2019). Disponible en:

<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-oftálmicos/s%C3%ADntomas-de-los-problemas-oftálmicos/p%C3%A9rdida-aguda-de-la-visi%C3%B3n>

2. Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Repollo P, Muñoz Tarín G. Guía clínica Disminución de la agudeza visual. Fisterra (última revisión 3 julio 2017; consultado 29 julio 2019). Disponible en: [https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disminucion-agudeza-visual/?avisologin = Identificacion%20 realizada%20 correctamente](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disminucion-agudeza-visual/?avisologin=Identificacion%20realizada%20correctamente)

Palabras clave: Ocular. PCR. Dolor.