



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/336 - DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL MONOCULAR, ¿DE QUÉ PUEDE TRATARSE?

E. Prieto Piquero^a, L. López Menéndez^b, E. Cano Cabo^c, R. Cenjor Martín^d, I. Lobo Cortizo^e y M. Cordero Cervantes^f

^aMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ^bMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ^eMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. ^fMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años de edad, con antecedentes familiares de primer grado con síndrome de Behçet e ictus isquémico, fumadora activa de 3 cigarrillos/día. Acude a su médico de atención primaria por cefalea de varias semanas de duración, sin fotosensibilidad, no náuseas ni vómitos. Se pautan antiinflamatorios y se decide observación domiciliaria. A los días siguientes acude por disminución de agudeza visual del ojo derecho con dolor en zona fronto-parietal derecha. Niega traumatismo craneal.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Exploración neurológica con pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales conservados. No disimetrías. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad. No Romberg. Exploración oftalmológica: Agudeza visual disminuida en ojo derecho. Ojo tranquilo, no hiperémico. Papilas normales, máculas no edematosas, no signos inflamatorios intraoculares. Retina periférica sin lesiones. Cámara anterior sin alteraciones aparentes. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Serología y autoinmunidad negativos. TC craneal sin hallazgos significativos. RM craneal: Neuritis óptica derecha. Lesiones periventriculares de cuerpo calloso, fascículo óptico y fosa posterior. Estudio de potenciales evocados visuales en vía macular derecha con valores de latencia discretamente retrasados, compatible con neuropatía óptica de características desmielinizantes y grado leve.

Juicio clínico: Enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Neuromielitis óptica, encefalomyelitis aguda diseminada, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de sjogren, síndrome de Behçet, síndrome antifosfolípido, sarcoidosis, neurolúes, infección por VIH.

Comentario final: Se realizan estudios complementarios observándose varias lesiones en sustancia

blanca de características desmielinizantes. Se inicia tratamiento con corticoide con mejoría de visión del ojo derecho. Estable en la actualidad a seguimiento con Neurología y tratamiento con interferón beta-1a.

Bibliografía

1. Álvarez G. Neuritis Óptica. En: Arriagada C, Nogales-Gaete J, eds. Esclerosis Múltiple: Una Mirada Ibero-Panamericana, 2^a ed, Demos, New York 2008. pp. 447-60.