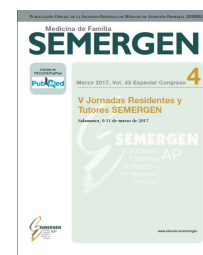




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/179 - TIENES ANISOCORIA, PERO PUEDES ESTAR TRANQUILA

J. Sánchez-Tembleque Sánchez^a, S. Duce Tello^b, A. García García^c, I. Salvador Salvador^d y R. García-Gutiérrez Gómez^e

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años con catarata en ojo derecho (OD), intervenida de desprendimiento de retina hace dos meses, que consulta por empeoramiento brusco de agudeza visual en OD de una semana de evolución. Asocia fotofobia y empeoramiento de la visión diurna con respecto a la nocturna. Refiere imposibilidad para la lectura y visión cercana. No emplea colirios actualmente ni otros fármacos. No traumatismos faciales ni cervicales. No fiebre ni clínica infecciosa. Última revisión por oftalmología hace una semana con evolución favorable tras la cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 125/78 mmHg. Buen estado general. No focalidad neurológica. Pupilas anisocóricas. Pupila derecha midriática arreactiva a luz, así como ausencia de reflejo fotomotor consensuado. Mantiene escasa reactividad a la acomodación. Conjuntiva hiperémica en polo temporal de OD (zona de introducción del trocar) desde la cirugía. Movimientos de la musculatura extrínseca del ojo normales. Fondo de ojo normal. Se diagnostica de pupila tónica en consulta y puesto que disponíamos de la etiología desencadenante (antecedente quirúrgico), no fue necesario solicitar pruebas complementarias. Se explicó a la paciente el carácter benigno y potencialmente reversible de su patología.

Juicio clínico: Pupila tónica posquirúrgica.

Diagnóstico diferencial: Se deberá solicitar serología luética en casos de pupila tónica bilateral. Cuando asocia sintomatología gastrointestinal, cardiovascular, hipohidrosis y arreflexia, se deben considerar los fenómenos disautonómicos (síndrome de Ross). Otros procesos etiológicos incluidos: fármacos, diabetes, enolismo crónico, encefalitis, esclerosis múltiple, Charcot-Marie-Tooth, tumores orbitarios/mesencefálicos, herpes zoster.

Comentario final: La pupila tónica es el resultado de una denervación parasimpática a nivel del ganglio ciliar y las neuronas posganglionares. La pupila tónica reacciona de manera pobre o nada a la luz, aunque reacciona mejor a la acomodación. La reacción acomodativa es lo que la diferencia de otras causas de disociación luz-acomodación. La mayoría de casos de pupila tónica son idiopáticos (pupilas tónicas de Adie). Sin embargo puede ser causada por trastornos locales de la órbita que

afecten al ganglio ciliar. No requiere ningún tratamiento específico. En pacientes muy sintomáticos, valorar dosis bajas de pilocarpina en colirio.

Bibliografía

1. Bruyn GW, Goody W. Adie's syndrome. In: Neurological Eponyms, Koehler PJ, Bruyn GW, Pearce JMS, eds. Oxford University Press, New York 2000. p. 181.