



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2061 - EL ARTE DE DIAGNOSTICAR MEDIANTE EL FONDO DE OJO

C. Celada Roldán^a, C.G. Zambrano Clavier^b, M. García Aroca^c, K.P. Baldeón Cuenca^d, C. Sánchez Pérez^e, M.S. Fernández Guillén^f, M. Martínez Hernández^g, M. Boksan^h, E.M. Fernándezⁱ y A.M. Fernández López^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Besaya. Torrelavega. Cantabria. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico de Familia y Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Murcia. ^gMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^hMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ⁱMédico de Familia y Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años con obesidad grado III, fumadora de 10 paquete/año en tratamiento con ACOS, sin otros antecedentes de interés que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por embotamiento cefálico de cuatro semanas de evolución acompañada de vértigos y náuseas tratada con dogmatil sin mejoría que en la última semana ha empeorado refiriendo cefalea occipital con algunas características migrañosas, inestabilidad de la marcha, aparición de acufenos de predominio nocturno, escotoma en hemicampo nasal izquierdo con disminución de agudeza visual (AV) no asociada a ningún factor desencadenante.

Exploración y pruebas complementarias: Obesidad troncular. TA: 110/66 FC: 68 lpm SatO2 basal: 98%. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y de miembros inferiores anodina, Respecto a la exploración neurológica destacar pupilas isocóricas normoreactivas, pares craneales conservados a excepción del II par con alteración de la agudeza visual bilateral y fondo de ojo con edema papilar bilateral con aumento de la mancha ciega. Se deriva a Neurología para estudio: bioquímica, hemograma, coagulación, marcadores tumorales, estudio función hepática, hormonal, estudio inmunológico, metabolismo óseo dentro de la normalidad. TAC cerebral: sin datos de patología aguda. Punción lumbar: presión 36 cm de H2O. Aspecto y color cristalino gluc 78 mg/dl, prot 17,0 mg/dL, leuc 30 cel/ μ L, MNs 100%, proteinograma y ADA dentro del rango. LCR cultivo, serología y citología negativo. RM cerebral con contraste: aumento de la ectasia dural en ambos nervios ópticos. RM cérico-lumbosacra: anodina. Campimetría: alteración significativa con pérdida de la visión nasal, sobre todo ojo izquierdo. Eco abdominal: anodina.

Juicio clínico: Síndrome de hipertensión intracraneal idiopática (HII)/hipertensión intracraneal benigna (HIB), pseudotumor cerebri (PTC).

Diagnóstico diferencial: Migraña sin aurea, cefalea cervicogénica, oclusión del seno venoso

sagital, malformación arteriovenosa, enfermedad meníngea crónica (carcinomatosa, linfomatosa, infecciosa, granulomatosa, enfermedad de Lyme), gliomatosis cerebral, causa tóxica (hipervitaminosis A, amiodarona, antibióticos de quinolona, estrógenos, fenotiazinas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee AG, et al. Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): Epidemiology and pathogenesis. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 28, 2013.