



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2813 - ANISOCORIA

P. Cabanelas Pousa^a, N. Valiño Ferraces^b y N. García Varela^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 47 años que acude porque su hija le notó anisocoria a expensa de midriasis fija izquierda desde hace una hora. Refiere cierta visión borrosa durante una hora. Estuvo esta mañana cortando hierbas en el campo. No cefalea. No traumatismos cefálicos ni cervicales. No diplopía.

Exploración y pruebas complementarias: Midriasis arreactiva izquierda. No responde a la luz ni a la acomodación. Reflejo fotomotor conservado y consensuado. Motilidad ocular normal. PPCC normales. No déficit sensitivo ni motor. ROTs presentes y simétricos. RCP flexor bilateral. AV: OD 0,5(+2) mejora con estenopeico a 0,9;OI 0,5 (+2) mejora con estenopeico a 0,8. PIO: 16 mmHg AO. Segmento anterior: anisocoria a expensas de midriasis fija en ojo izquierdo. FO: papilas de bordes netos en AO.

Juicio clínico: Midriasis izquierda tóxica (secundaria a contacto con plantas).

Diagnóstico diferencial: Las enfermedades retinianas no afectan a la reactividad pupilar a menos que exista una afectación macular grave. Para ello podemos evaluar cómo se modifica el tamaño es respuesta a la luz y a la oscuridad. 1) Pupila de Adie: pupila dilatada que responde muy poco a la luz y algo más a la acomodación, dando una vez más idea de la potente respuesta fisiológica a la misma. 2) Déficit visual aferente (DPA) relativo (Marcus Gunn): se diagnostica una pupila de Marcus Gunn si presenta un reflejo consensual adecuado con una respuesta directa paradójica. No puede existir un DPA bilateral, debe existir una asimetría aunque ambos nervios ópticos puedan estar afectados. 3) Anomalías pupilares de causa oftalmológica: Podemos encontrar DPA en pacientes con enfermedades de la retina, el nervio óptico rara vez en caso de hemorragia vítrea o ambliopía. 4) Lesiones mesencefálicas: pupilas semidilatadas y fijas a la estimulación lumínica (Parinaud). En el caso de pacientes en coma el hallazgo de pupilas dilatadas muestra lesión en tronco cerebral. 5) Midriasis unilateral asociada a migrañas: la pupila midriática unilateral episódica se encuentra descrita como un signo de migrañas. Este tipo de cefalea va acompañada de manifestaciones visuales como son: visión borrosa; auras; fotopsias; escotomas centelleantes, metamorfopsias. 6) Anomalías pupilares de causa farmacológica. Hay que sospechar que la anomalía pupilar sea de causa farmacológica, cuando la pupila no se contrae con pilocarpina tópica al 1%.

Comentario final: Ante una paciente como el caso que presentamos debemos hacer una anamnesis exhaustiva preguntando uso de midriáticos tópicos, uso de parches transdérmicos de escopolamina, y en excursionistas pensar en plantas como las adelfas, o la glutetimida. Sí mismo debemos tener en cuenta que podemos encontrar este hallazgo en pacientes con ipatropio nebulizado o consumidores de éxtasis, cannabinoides, LSD o anfetaminas. Destacar por último la importancia de evaluar la reactividad pupilar e incluso ver reacción a la instilación de pilocarpina tópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio-Santos A, Santos R, Eggenberger E. Pharmacological testing of anisocoria. *Expert Opin Pharmacother.* 2005;6(12):2007-13.
2. Kaeser PF, Kawasaki A. Disorders of papillary structure and function. *Neurol Clin.* 2010;28:657-77.
3. González Martín-Moro J, Pilo de la Fuente B, Clement Corral A, et al. Anisocoria cotidiana: epidemiología de la anisocoria en un centro de nivel secundario. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología.* 2012;87:206-15.