



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/565 - ¡Mis pupilas han cambiado!

M.L. Abalde Castro^a y A. Fraga Brau^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teis. Vigo. ^bMédico Especialista en Neurología. EOXI. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años sin antecedentes de interés que acude a su médico de familia por descubrir una mañana al mirarse al espejo que presentaba una pupila más grande que la otra. La paciente no refería ningún síntoma visual o neurológico en la anamnesis dirigida. Fue remitida a la consulta de Neurología donde se completó el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente estaba consciente, orientada y colaboradora. La auscultación cardiopulmonar fue normal. El abdomen anodino. La exploración neurooftalmológica: agudeza visual 1 en AO. Midriasis derecha con pupila 3 mm mayor que la izquierda, con reacción perezosa a la luz. Campimetría por confrontación normal. Motilidad ocular extrínseca normal. Reflejos osteotendinosos normales y simétricos, como el resto de la exploración neurológica que fue rigurosamente normal. Se solicitó analítica con hemograma, bioquímica, función tiroidea y coagulación que fueron normales. La serología de lúes fue negativa y una RM cerebral y de órbitas tampoco mostró alteraciones. La instilación tópica de pilocarpina a baja concentración (0,125%) produjo miosis en el ojo afectado.

Juicio clínico: Pupila tónica de Adie.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con los procesos que cursan con pobre reacción a la luz en un ojo y anisocoria más evidente en condiciones de buena iluminación: traumatismo con daño del iris, parálisis del III par craneal y dilatación pupilar farmacológica o tóxica, principalmente. También puede causar una pupila tónica, pero habitualmente miótica, la neurolúes.

Comentario final: La pupila de Adie es la causa más frecuente de pupila tónica. Aunque la causa permanece desconocida, sabemos que se produce por lesión de fibras parasimpáticas a nivel del ganglio ciliar y/o nervios ciliares cortos lo que da lugar a hipersensibilidad por denervación a los agentes colinérgicos a bajas concentraciones. Afecta característicamente a mujeres jóvenes. Aunque en muchos casos se manifiesta únicamente como anisocoria, puede asociar dificultad en la visión próxima, fotofobia y dificultad de adaptación a la oscuridad. Su diagnóstico se confirma con la prueba de la pilocarpina diluida al 0,125%. No precisa tratamiento. A veces se puede asociar a hipoarreflexia generalizada, en lo que se conoce como síndrome de Adie. Ambos son cuadros benignos, y no precisan tratamiento. Las alteraciones pupilares son un motivo de consulta que genera mucha alarma en el paciente. No obstante, aunque sí existen patologías potencialmente graves que cursan con clínica pupilar, en muchos casos se debe a causas completamente benignas

como la pupila de Adie. Por ello, el conocimiento de la entidad, junto con una buena historia clínica y exploración física, incluyendo la prueba con pilocarpina diluida (disponible en AP) pueden llevarnos al diagnóstico de pupila de Adie, evitando así pruebas y tratamientos innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee AG. 26/5/2015 Tonic pupil Official reprint from UpToDate® www.uptodate.com
2. Newman NJ. 26/5/2015 Approach to the patient with anisocoria Official reprint from UpToDate® www.uptodate.com
3. Sánchez B. Anomalías pupilares. *Annals of Ophthalmology*. 2003;11(1):21-32.