



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/168 - NO TODO OJO ROJO ES UNA CONJUNTIVITIS

M.C. Yáñez Palma^a, J. Salgado Ramos^b, V. Cantó Blázquez^c, D. Redondo Domínguez^d, S. Iglesias López^e, P. Matías Soler^d, M.L. Mateos Sánchez^d y M. Peiró-Camaró Adán^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Zona Centro. Madrid. ^bMédico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. Zona Centro. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. Zona Centro.

^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. Zona Centro. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid. Zona Centro.

^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. Zona Centro. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid. Zona Centro.

Resumen

Descripción del caso: Anamnesis: mujer de 72 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, acude a consulta de atención primaria (AP) por edema de párpado superior, inyección conjuntival y escozor en ojo izquierdo (OI) de 1 semana de evolución. Se diagnóstica de conjuntivitis y se inicia tratamiento. A la semana siguiente acude nuevamente, añadiendo cefalea hemicraneal izquierda, posteriormente holocraneal, junto con pérdida de visión paulatina y dificultad para la apertura ocular. Se deriva al servicio de urgencias hospitalario para valoración por el servicio de oftalmología y neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Campimetría por confrontación normal. Agudeza visual (AV) 20/20 OD; 20/100 OI. PIO: OD 16; OI 24. Pupilas simétricas, hiporeactiva en OI, con diplopía, edema palpebral superior, proptosis, hiperemia bulbar y quemosis conjuntival. Funciones neurológicas superiores: sin alteraciones. Arteriografía: fistula carotídeo cavernosa (FCC) izquierda, de tamaño milimétrico y no cateterizables. Evolución: en urgencias se inicia tratamiento conservador con compresiones del paquete vascular yúgulo-carotideo. A las 72h presenta mejoría de la agudeza visual y se decide seguimiento ambulatorio. Dos días tras el alta, la paciente acude nuevamente a la consulta de AP por dolor hemicraneal izquierdo, mayor enrojecimiento ocular, junto con pérdida de la agudeza visual, hipoestesia en V1 y V2 y reflejo corneal izquierdo hipoactivo. Se deriva inmediatamente para valoración por Neurología. Resonancia magnética: se objetiva trombosis de la vena oftálmica superior izquierda. Arteriografía: se interpreta como un empeoramiento paradójico al tratamiento conservador y se logra embolizar la rama dural de la arteria meníngea media derecha con microesferas. La paciente recupera parcialmente la AV (20/110), permaneciendo con diplopía e hipoestesia en región V1 -V2, quemosis e inyección conjuntival.

Juicio clínico: FCC.

Diagnóstico diferencial: Infecciones (celulitis orbitaria, pansinusitis), conjuntivitis inespecífica, tumores, oftalmopatía tiroidea, hemorragias retrobulbares secundarias a traumatismos, vasculitis orbitaria (granulomatosis de Wegener, PAN), sarcoidosis.

Comentario final: Las FCC son conexiones vasculares aberrantes entre el sistema arterial carotídeo y el seno cavernoso, más frecuentes en mujeres mayores de 50 años con hipertensión arterial. La clínica se relaciona con la inversión del flujo y el estasis generado, variando desde formas asintomáticas hasta formas incapacitantes como la ceguera. El tiempo transcurrido entre los síntomas y el diagnóstico radiológico oscila entre 1-18 meses. Una herramienta útil en AP es la ecografía, se observará un flujo arterializado, revertido en la vena oftálmica superior. En AP es frecuente recibir a pacientes con clínica de ojo rojo. En algunos casos no evolucionan favorablemente tras el tratamiento. Debemos estar atentos. Un trabajo conjunto entre AP y atención especializada (AE) favorecer la calidad en la atención de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Riaño Argüelles A, Bada García MA, Sebastián López C, Garatea Crelgo J. Página del Residente: Cuál es su diagnóstico y tratamiento? Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2005;27(2):113-7.
- 2 Charlin R, Pacheco P, Villarroel F, Urbina F. Fístula carótido-cavernosa: importancia de su diagnóstico y tratamiento oportunos para prevenir la ceguera. Rev Méd Chile. 2004;132:1221-6.