



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2505 - ¿ESA FOTO ES DE RETINOPATÍA DIABÉTICA?

M. D'Lacoste Farré^a, N. Domene Martí^a, L. Beltrán Cruells^b, J. Parcet Solsona^c, Y. Sánchez Briz^d, R. Yuste Ballesta^e, I. Luna Calcañó^f y F. Barceló Otalora^g

^aMédico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^bMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^dOftalmólogo. CSI Servicio de Oftalmología. Hospital Moisés Broggi. Sant Joan despó. Barcelona. ^eMédico Residente de 4^o año de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. Murcia. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 70 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes familiares de diabetes y personales de hipertensión, diabetes, dislipemia y gonartrosis, tratada con metformina/idpp4 y atorvastatina 80 (dislipemia mixta) a la cual se le realiza fotografía de cámara no midriática en el control anual y cribado de retinopatía diabética del diabético. Este circuito forma parte de nuestra unidad de telerretina y accedemos a él desde nuestra historia clínica compartida. Disponíamos de un fondo de ojo 2012 con cámara no midriática (CNM) normal. No presentaba miopía, cataratas u otros antecedentes oftalmológicos. Al valorar la existencia de signos de retinopatía diabética observamos imágenes distintas a las lesiones que habitualmente podemos observar.

Exploración y pruebas complementarias: En el momento actual presenta: TA 137/85, FC 67, Hb glicada 6,6, LDL 117, TGS 224, función renal y hepática normales, imc: 28,9, ECG sin alteraciones. Monofilamento, ITB y revisión de pies normales. Valorando la CNM se observa: disminución de la agudeza visual (0,88-0,66) respecto al año anterior en ambos ojos, que no mejora con estenopeico, tonometría 12 y 11, no signos de retinopatía diabética y drusas circinadas perimaculares.

Juicio clínico: DMAE seca. Dada la sospecha clínica se realiza rejilla de amsler objetivándose metamorfopsia: cambios en la visión central, veía líneas convexas centrales. Rehistoriando a la paciente comentaba que le costaba cada día más ver con claridad y necesitaba más luz. En nuestro caso, dentro de la unidad de telerretina solicitamos visita virtual con el oftalmólogo que cito directamente a la paciente al coincidir con la sospecha clínica Este solicitó OCT y posteriormente angiofluoresceingrafía que confirmaron el diagnóstico (membrana neovascular) en un estadio muy incipiente.

Diagnóstico diferencial: Exudados duros de la retinopatías diabética o edema macular, presbiacusia y drusas simples por edad, corriorretinopatía central serosa, maculopatías hereditarias, maculopatías tóxicas y drusinosis familiar, entre otras.

Comentario final: La CNM permite el cribado precoz de la retinopatía diabética en atención primaria y su uso sistemático en éstos pacientes puede detectar además lesiones no diabéticas que permiten una derivación preferente al oftalmólogo. Ello es posible si el médico de familia se plantea un diagnóstico diferencial y está formado en el despistaje de lesiones patológicas en el fondo de ojo apoyado por una unidad coordinada de telerretina que permite revisar la historia clínica, las imágenes y otros datos que ofrece la cnm, como la agudeza visual y la tonometría de aire y derivar a oftalmología para confirmar diagnóstico con mayor costoeficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nivison-Smith L, Milston R, Madigan M, Kalloniatis M. Age macular degeneration. Age-related macular degeneration: linking clinical presentation to pathology. *Optom Vis Sci.* 2014;91(8):832-48.
2. Quresh M, Gillies MC, Wong TY. Management of diabetic retinopathy: a systematic review. *JAMA.* 2007;298:902-16.
3. Franch Nadal J, Barrot de la Puente J, et al, Consenso en el cribado de la retinopatía diabética. *Diabetes Práctica.* 2014;5(3):97-144.