



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1193 - DE LOS OJOS AL DIAGNÓSTICO

A.L. Hernández Olivares<sup>a</sup>, N. Martín Díaz<sup>a</sup>, A.B. Marín García<sup>a</sup>, A. Vázquez Ballesta<sup>b</sup>, O.J. Huerta de Mora<sup>c</sup>, J.J. López Pérez<sup>d</sup>, P. Abellán García<sup>d</sup>, A.I. Ortega Requena<sup>e</sup> y J. García Martínez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

<sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santomera. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 33 años. Antecedentes personales: toma anticonceptivos orales hace 3 años, sin otros antecedentes de interés. Enfermedad acutal: consulta por aparición, de forma súbita, de una “mancha negra” en el campo visual del ojo derecho que se mueve al mover el ojo. No refiere pérdida de agudeza visual ni cefalea. No cuenta claudicación mandibular, dolor temporal a la palpación ni otra sintomatología. Tras la historia clínica y la exploración se remite a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consulta: BEG, ACP: normal, ABD: normal, neurológica: sin focalidad ni meningismo. TA: 115/65, FC: 68. Urgencias: T<sup>a</sup>: 36,1°, TA: 128/75, FC: 78. Agudeza visual OD: 1.0 Biomicroscopia: polo anterior normal. Reflejos pupilares: fotomotor directo y consensuado normales. Fondo de ojo con tropicamida OD: papila sobrelevada con borramiento del borde nasal inferior. Hemorragia en llama pequeña en arcada temporal inferior, alguna hemorragia en mancha aislada fuera de arcada inferior. Múltiples microaneurismas perimaculares. No exudados algodonosos, no edema retiniano, mácula de coloración normal. Tomografía de coherencia óptica (OCT) OD: mácula conservada. Engrosamiento marcado de fibras nerviosas papilares con resto de aspecto fibroso prepapilar. Se cita preferente al día siguiente en consultas externas de oftalmología. Consultas externas: agudeza visual OD 1.0, campo visual normal. Fondo de ojo OD: borramiento del borde papilar nasal inferior con hemorragias dispersas por polo posterior. Ingurgitación venosa marcada. OCT: aumento de fibras papilares con mácula normal. Posteriormente se realiza una angiofluoresceingrafía que pone de manifiesto ingurgitación venosa y exudados algodonosos en arcada inferior y se deriva a Medicina Interna para estudio de trombofilia. MI: se realiza analítica mostrando aumento de los reactantes de fase aguda y anticuerpos anticardiolipina positivos a títulos bajos.

**Juicio clínico:** Oclusión venosa retiniana.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción venosa vs papiloflebitis.

**Comentario final:** Este caso presenta una oclusión venosa retiniana en el contexto de un síndrome antifosfolípido, una trombofilia adquirida mediada por autoanticuerpos que se caracteriza por trombosis venosa o arterial repetitiva, complicaciones del embarazo en presencia de autoanticuerpos contra las proteínas plasmáticas que se ligan a fosfolípidos, o por ambas alteraciones. Puede aparecer solo (primario) o asociado a otras enfermedades autoinmunes. Las manifestaciones clínicas serían la expresión directa o indirecta de la trombosis venosa o arterial, las complicaciones del embarazo o ambos, en este caso tendríamos una trombosis de vena retiniana. Según la presencia y/o títulos de anticuerpos se clasifica a los pacientes en perfiles de alto/bajo riesgo de trombosis, nuestra paciente encaja en el perfil de bajo riesgo: anticuerpos anticardiopina a títulos bajos intermitentes. El diagnóstico se realiza por la presencia de un criterio clínico (oclusión vascular o morbimortalidad en embarazo) y un criterio inmunológico. El tratamiento es diferente según el perfil de riesgo de trombosis, y si ha tenido un evento previo o no. En este caso sería anticoagulación oral 3-6 meses con un INR 2-3.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Bernal D, Plasencia C, Estébanez M, Ruiz B, Franco E, Lozano VC, Ferre C, Cocho C, García E, Saceda D. Manual AMIR Reumatología. 6ª ed. Madrid: Academia de estudios MIR, 2013.