



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1990 - Visión borrosa de dudosa etiología

M. García Aroca<sup>a</sup>, C. Celada Roldán<sup>b</sup>, C.G. Zambrano Clavier<sup>c</sup>, M.J. Conesa Espejo<sup>d</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>d</sup>, K.P. Baldeón Cuenca<sup>e</sup>, M. Boksan<sup>f</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>g</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>h</sup> y M. Martínez Hernández<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Torrelavega. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. <sup>h</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. <sup>i</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años que acude a consulta de Atención Primaria refiriendo visión borrosa unilateral izquierda de 3 días de evolución. Relaciona estos síntomas con secuelas secundarias a faquectomía izquierda realizada la semana previa. Además, exacerbación de cervicalgia crónica pese a tratamiento y desde hace unas horas cefalea con sensación opresiva e intermitente en localización temporal. Entre sus antecedentes personales no constan alergias medicamentosas, solamente HTA de años de evolución. A la exploración se observa arteria temporal izquierda engrosada con pulso palpable y disminución de pulso de la arteria temporal derecha, al asociar cefalea y febrícula ocasional, se realiza petición analítica urgente y se decide traslado a Urgencias de Hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** En Urgencias se objetiva fiebre (38 °C) y leve trismus, el fondo de ojo presenta oclusión arterial cilioretiniana con afectación de papila, analíticamente PCR 7,4 mg/dL y VSG 112 mm/h. Tras ello, se prescribe tratamiento con prednisona (60 mg al día) con disminución progresiva, ácido acetilsalicílico (AAS) (100 mg), bifosfonatos, calcio y omeprazol solucionando el cuadro.

**Juicio clínico:** Arteritis de la temporal.

**Diagnóstico diferencial:** Cefaleas (tensional, migraña, en racimos, neuralgia del trigémino), vasculitis (arteritis de Takayasu, poliangeítis microangiopática, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa, polimialgia reumática), patología no vasculítica (patología de la ATM, amiloidosis, neuropatía óptica isquémica anterior).

**Comentario final:** La arteritis de la temporal es la vasculitis sistémica más frecuente en nuestro medio, la etiopatogenia es desconocida, una biopsia de la arteria temporal normal, no excluye el

diagnóstico. Las complicaciones más temibles serían la pérdida de visión permanente, ictus isquémicos, y aneurismas de aorta torácica y abdominal por lo que la detección e instauración de tratamiento es importante para el manejo de esta patología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Calvo Romero JM, Magro Ledesma D, Ramos Salado JL, et al. Arteritis de células gigantes: un estudio descriptivo en el suroeste de España. *An Med Interna (Madrid)*. 2000;17:67-70.
2. Swannell AJ. Polymyalgia rheumatia and temporal arteritis: diagnosis and treatment. *BMJ*. 1997;314:1329-32.
3. Nordborg C, Nordborg E, Petursdottir V. The pathogenesis of giant cell arteritis: morphological aspects. *Clin Exp Rheumatol*. 2000;18(suppl 20): 8-21.