



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2632 - ¡YA NO PUEDO VER!

M.C. Quesada Martínez<sup>a</sup>, Y. Reverte Pagán<sup>a</sup>, L. Blázquez González<sup>a</sup>, C. Espín Giménez<sup>a</sup>, C.M. Cano Bernal<sup>a</sup>, M. Almansa Rosell<sup>a</sup>, B. Sánchez García<sup>a</sup>, R.L. Navarro Silvente<sup>a</sup>, M.C. Sánchez Cañizares<sup>b</sup> y G. Cano Conesa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años sin antecedentes, consulta por visión borrosa de ojo izquierdo sin dolor ocular ni secreciones, instaurada progresivamente desde hace 3 días. También refiere bruxismo valorado por maxilofacial iniciando tratamiento con férula de descarga hace dos meses sin mejoría clínica. Valorada en los últimos meses en nuestra consulta por cefaleas intensas, que ceden levemente con analgesia y le imposibilitaban el sueño, se solicita RMN cerebral con resultado normal. Afebril. A la exploración presenta cuadrantanopsia izquierda, se deriva a urgencias para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Exploración física, pulso temporal izquierdo disminuido, resto normal. Neurológico: cuadrantanopsia izquierda. ECG, radiografía tórax y TAC craneal normales. Analítica: aumento VSG y PCR. Valoración oftalmológica: por ojo izquierdo ve un poco de claridad por campo visual superior, defecto pupilar aferente. Ojo derecho normal. Fondo de ojo: derecho normal. Izquierdo: papila edematosa, bordes mal definidos, palidez importante y hemorragia en astilla intrapapilar. Tomografía de coherencia óptica (OCT): edema de papila bilateral. Biopsia arteria temporal: infiltrado inflamatorio compatible con arteritis. Potenciales evocados: sugestivos de afectación de conducción de vía óptica izquierda de localización prequiasmática.

**Juicio clínico:** Neuritis óptica isquémica anterior secundaria a arteritis de la temporal.

**Diagnóstico diferencial:** Neuritis óptica isquémica no arterítica, oclusión vascular retiniana, migraña retiniana, encefalitis.

**Comentario final:** Sospecharemos arteritis de la temporal en pacientes mayores de 55 años y con síntomas clásicos como: cefalea, polimialgia, claudicación mandibular, síntomas visuales, constitucionales y fiebre. Siempre palpar las arterias temporales y realizar fondo de ojo. Como cribado se utilizará la VSG y su tratamiento se iniciará inmediatamente ante la mínima sospecha para prevenir la ceguera y se confirmará con la biopsia de la temporal en menos de 10 días. Pautamos metilprenisolona 40-60 mg/día en ausencia de complicaciones o 1 g/día si existen alteraciones visuales o isquémicas, se recomienda asociar ácido acetilsalicílico 100 mg/día.

## **Bibliografía**

1. Maestro de la Calle G, Murcia García FJ. Cefaleas y algias craneofaciales. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Manual Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid, 2012:1143- 56.

**Palabras clave:** *Cefalea. Claudicación mandibular. Fiebre. Arteritis temporal. Edema de papila.*