



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1021 - ¡DOCTOR, NO VEO!

M. Carmona Zurita<sup>a</sup>, C. Muñoz Pindado<sup>b</sup>, V. Arribas Peña<sup>b</sup> y Z. Hernández Cubas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eugenia de Berga. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Manlleu. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Acude a Urgencias de Atención Primaria (UAP), hombre de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y apendicetomía; en tratamiento habitual con Velmetia 50/1.000µg 1 comp/12h y Co-Retinec 20/12,5 1 comp/24h, consultando por pérdida de visión de ojo izquierdo (OI) de forma súbita hace 24 horas, precedida de miodesopsias 3 horas antes. Niega afectación del ojo contralateral, dolor ocular, cefalea u otra clínica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** UAP: TA: 210/100 mmHg, FC 70 lpm, SatO<sub>2</sub> 96%. Destaca anopsia ojo izquierdo. Resto conservado. Consorci Hospitalari de Vic (CHV): confirma exploración en UAP. AG normal. ECG normal. TAC craneal: Descarta signos de sangrado intracraneal agudo. Hospital Vall d'Hebron (HVH) (Oftalmología). Biomicroscopia (OI): conjuntiva normocoloreada. Córnea transparente. Cámara anterior formada (CAF) sin células. PIO 16 mmHg. Fondo de ojo (OI): Hemorragia vítrea +2+3. Retina aplicada en nivel superior, inferior y temporal. Se aprecian hemorragias epirretinianas a las 12 y 2 horas en la periferia. No desgarros retinianos, pero dificultad exploratoria para detectar detalles.

**Juicio clínico:** Crisis hipertensiva; hemovítreo ojo izquierdo secundario.

**Diagnóstico diferencial:** Oclusión arteria central retiniana. Oclusión óptica isquémica. Desprendimiento de retina. Hemianopsia homónima por accidente vascular cerebral. Tumores del sistema nervioso central. Abscesos del sistema nervioso central.

**Comentario final:** En UAP iniciamos tratamiento antihipertensivo (captopril 25 mg y atenolol 50 mg), diazepam 5 mg y, dada la alta sospecha de isquemia, se envía a urgencias CHV. Allí se amplía estudio con AG, ECG y TAC craneal normales; decidiendo derivación a Oftalmología (HVH) donde se diagnostica hemovítreo OI. Se indica reposo absoluto en decúbito con cabezal en 45° y control oftalmológico en 5 días. En AP debemos considerar los diferentes diagnósticos diferenciales de pérdida súbita e indolora de visión para determinar el manejo indicado y grado de urgencia requerido.

## Bibliografía

1. Lombera F, Barrios V, Soria F, Placer L, Cruz JM, Tomás L, et al. Guías de práctica clínica de

- la Sociedad Española de cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2000;53(1):66-90.
2. González AF. Manejo integral del Paciente hipertenso. McGrawHill. 2008;33-52.
  3. Garg SJ. The Retina Service of Wills Eye Institute; Thomas Jefferson University.
  4. Manual MSD.

**Palabras clave:** Ceguera. Anopsia. Hemovítreo.