



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3746 - ¿DÓNDE ESTÁ EL PROBLEMA: EN EL OJO O EN EL CEREBRO?

F. Guerrero Sbaa^a, D. Gajate Herrero^b, A. Tejedor Montaña^b y V. Calderón Jiménez^c

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años. AP: hipercolesterolemia. Acude a Urgencias derivada por su médico de Atención Primaria tras presentar desde hacer 4 días fopsias de predominio en campo visual izquierdo, así como sensación de "ver gente caminando rápido por mi izquierda". Asociaba cefalea opresiva bilateral de escasa intensidad y desorientación, que antes no presentaba. Negaba déficit visual. Acudía con un volante de su médico quien describía la exploración física y neurológica normales.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física por aparatos sin alteraciones significativas. Exploración neurológica: Alerta. Consciente y orientada. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Fuerza, tono y sensibilidad normales. No disimetrías y desdiadococinesias. Reflejos osteotendinosos normales. Reflejo cutáneo flexor plantar bilateral. Dada la clínica de carácter visual se decide realizar una campimetría por confrontación binocular y posteriormente monocular objetivándose una marcada disminución del campo visual izquierdo de cada ojo, compatible con hemianopsia homónima izquierda. Analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma: Sin alteraciones. Ante la presencia de hemianopsia homónima izquierda se sospechó patología del sistema nervioso central, por lo que se realizó TAC craneal. TAC craneal: Área hipodensa en territorio vascular de arteria cerebral posterior derecha (ACPD) de 7,6 × 3,5 cm, compatible con infarto cerebral subagudo.

Orientación diagnóstica: Infarto cerebral subagudo en territorio de ACPD.

Diagnóstico diferencial: Desprendimiento de retina. Amnesia global transitoria. Tumor cerebral. Alucinosis. Migraña con aura.

Comentario final: La exploración física continúa siendo fundamental a la hora del enfoque diagnóstico-terapéutico de los pacientes tanto en la consulta de Atención Primaria como en Urgencias. Aunque un paciente ya haya sido evaluado por otro compañero, es importante realizar una exploración física concienzuda, buscando signos y síntomas fluctuantes, o que no hayan sido evidenciados previamente. Una exploración neurológica debe incluir siempre la campimetría por confrontación, máxime cuando existan síntomas visuales. La presencia de una hemianopsia homónima supone casi invariablemente la presencia de patología del sistema nervioso central. En la ceguera cortical es frecuente que el paciente no sea consciente de su déficit (agnosia visual) y sólo

se evidencie con la exploración física.

Bibliografía

1. Searls DE, et al. Symptoms and signs of posterior circulation ischemia in the new England medical center posterior circulation registry. Arch Neurol. 2012;69:346.

Palabras clave: Hemianopsia. Campimetría. Ictus. Exploración. Agnosia.