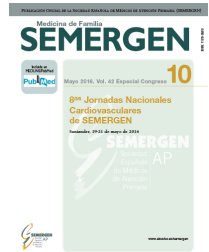




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



204/214 - ¿ACASO NO ES UNA ENFERMEDAD OCULAR?

R. López Sánchez^a, S. Neila Calvo^b, A. Azagra Calero^c, J.J. Parra Jordán^d, A. Valcarce Leonisio^e, A. Casal Calvo^f, N. Otero Cabanillas^c, E.A. Lino Montenegro^d, M.P. Carlos González^g y A. García Martínez^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^bMedicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 54 años, acude a consultas de Atención Primaria (AP) por pérdida de visión en ojo derecho (OD) hace 72 horas. AP: fumadora 28,5 paq/año, hipercolesterolemia, hipoacusia neurosensorial profunda por Estreptomycin. Intervenciones quirúrgicas: bocio multinodular (2003). Tratamiento: levotiroxina 100 µg/día.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, eupneica, hemodinámicamente estable. TA 160/90, FC 55 lpm, SatO₂ basal 97%. CyC: PICNR, disminución campo visual en OD. PVY normal. AC: rítmica, soplo sistólico I/IV foco aórtico. ECG normal. Remitimos a Urgencias, para valoración por Oftalmología, quien decide ingreso para completar estudio. Hemograma normal. Bioquímica: creat 0,7, colesterol 230, LDL 124, HDL 89, triglicéridos 88. Estudio de hipercoagulabilidad negativo. Homocisteína 8. EcoDoppler troncos supraaórticos normal. Fue diagnosticada por el Servicio de Oftalmología de obstrucción venosa de la rama central de la retina (OVC), remitiendo al paciente a consultas AP para control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Durante seguimiento, detectamos TA elevadas, realizamos MAPA y diagnosticamos HTA. Instauramos tratamiento con dieta pobre en sal/grasas, deshabituación tabáquica, ejercicio físico, Adiro 100 mg, atorvastatina 10 mg/día, enalapril 10 mg/día.

Juicio clínico: Trombosis retiniana central, HTA e hipercolesterolemia.

Diagnóstico diferencial: 1. Oclusión central de la retina. 2. NOIA. 3. Desprendimiento de retina. 4. Maculopatías. 4. Hemorragia vítrea. 5. Neuritis óptica.

Comentario final: La oclusión venosa retiniana (OVR) representa la segunda causa más frecuente de pérdida de visión por patología vascular de la retina, tras la retinopatía diabética. Prevalencia 0,52% varones > 50 años. FRCV clásicos (HTA, DLP, DM), tabaquismo e hiperhomocisteinemia, son los agentes etiopatogénicos fundamentales, siendo el más importante la HTA (> 70% de pacientes), siendo la OVR, una manifestación más del proceso arterioescleroso. Frecuentemente hay ocultos FRCV no conocidos. En nuestro caso, diagnosticamos HTA y trabajamos para controlar otros

factores como el tabaco. Por ello, siempre se debe hacer despistaje de FRCV además del estudio de trombofilia, evitando futuras complicaciones vasculares, especialmente coronariopatías y ACVA. La hiperhomocisteinemia está implicada tanto en arteriosclerosis como trombosis, es frecuente en pacientes con OVR e independiente de FRCV. Recomendamos el diagnóstico de hiperhomocisteinemia y trombofilia adquirida en todos los pacientes con OVR, mientras que la trombofilia genética sólo está indicado su estudio en enfermos sin FRCV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraldes MJ, Zapata MA. From scientific evidence to clinical practice: treatment regimens for macular edema secondary to retinal vein occlusion. Archivos SEO. 2012;87(1).
2. Melchor Rodríguez GA, Borregero León JM. Factores de riesgo vascular y enfermedad obstructiva microvascular de la retina. Med Clin (Barc). 2010;134(3).