



P-010 - VISIÓN BORROSA: ¿PUEDE SER ALGO GRAVE DOCTOR?

I. Gómez Bruque^a, F. Soriano Gómez^b, C. Bravo Lucena^a, J.J. Castro Moreno^c e I. Gómez Martín^a

^aCS Santa Rosa. ^bCS Occidente Azahara. ^cCS La Carlota.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años, obesa, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por presentar cefalea frontal bilateral desde hace una semana, que en ocasiones le despierta por la noche, sensación nauseosa sin vómitos. No fotofobia ni sonofobia. Afebril. Refiere pérdida de visión en ojo derecho desde hace 24 horas. La cefalea no cede con toma de ibuprofeno 600 mg/8h. En tratamiento con ACHOs. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: REG, COC, NH y NP. Eupneica. TA:130/82 mmHg, FC: 75 lpm, T^a: 36 °C. ACR: tonos rítmicos, sin soplos. MVC. Exploración neurológica: Anisocoria leve, resto de exploración normal. Fondo de ojo: edema de papila. Se envía a Urgencias para descartar proceso central. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. TAC craneal: normal. Se ingresa en Neurología. Rx tórax: normal. ECG: normal. RMN craneal: sin hallazgos de interés. Citoquímica de LCR: normal. Ausencia bandas oligoclonales en LCR. Potenciales evocados multimodales: compatibles con neuritis óptica derecha.

Juicio clínico: Neuritis óptica derecha.

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura, síndrome isquémico ocular, aumento agudo PIO, neuropatía óptica isquémica, hemorragia humor vítreo o acuoso, desprendimiento de retina, pseudotumor cerebri.

Comentario final: La neuritis óptica es una entidad que es más frecuente en adultos jóvenes, 20-40 años y en mujeres. Puede ser por cualquier proceso inflamatorio del N. Óptico, aunque la etiología más frecuente es la esclerosis múltiple, siendo la forma de presentación en un 15-20% y en un 50% de los pacientes con EM, durante el curso de la enfermedad. Se caracteriza por disminución AV, dolor ocular y alteración visión de los colores. Puede aparecer el fenómeno de Uhthoff. El diagnóstico es clínico, apareciendo en el fondo de ojo, edema de papila, y escotoma central en la exploración AV. La evolución de la n. óptica suele ser hacia la mejoría en el primer mes tras el inicio del cuadro. Un 60% recuperan la función visual por completo en 1 año. Ante una Neuritis Óptica de características desmielinizantes (unilateralidad, disminución de av, dolor ocular, ausencia otras enfermedades o antecedentes infecciosos) hay indicación de completar estudio con RM, iniciar corticoterapia, y valorar tratamiento con INF-beta, según resultados de RM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, et al. Diagnóstico y tratamiento médico. Marbán, Madrid, 2010.
2. Kahan S, Smith EG. Signos y síntomas. Ediciones Mayo, Barcelona, 2007.
3. Farreras Valentí P, Rozman C, et al. Medicina Interna, 16ª ed. Barcelona, Elsevier.
4. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.