Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1752

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1511 - OJO CON EL ROJO

M. Camarasa Vidal[a], L. Fernández Salinas[b], J.C. Gómez Adrián[c], M.J. Díaz Mora[d], J.I. García García[e], H. Rodríguez[f], Z.M. Correcher Salvador[f], J. Prieto Nave[g], Á.H. Góngora Tirado[h] y E.C. Castillo Espinoza[i]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. [e]Médico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. [f]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. [h]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. [i]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: ojo rojo derecho y dolor ocular. Sin AP de interés. Enfermedad actual: Varón de 17 años que acude a médico de atención continuada por ojo rojo derecho, se le trata como conjuntivitis aguda con tobramicina colirio. A los tres días acude a nuestra consulta por seguir con ojo rojo derecho y dolor, no alteración de la agudeza visual (AV). No legañas. A la exploración física: pupilas IC y NR, OD: hiperemia conjuntival intensa; OI: ligera hiperemia polo inferior. Ante empeoramiento clínico y sospecha diagnóstica se deriva a SUH para ser valorado por oftalmólogo.

Exploración y pruebas complementarias: En su primera vivita en oftalmología se observó: AV 1/1 y PIO 14/14, ambas mantenidas y en rango normal durante todo el proceso. Lámpara de hendidura (LH): OD: córnea transparente, Tyndall ++, Fluotest negativo. OI: Tyndall +. FO: vítreo claro, mácula y papila ok, no focos de coriorretinitis. Se diagnostica de uveítis y se inicia tratamiento con prednisolona 1% colirio 1 gota/4h. En siguiente control se insiste en anamnesis, negando el paciente síntomas generales, digestivos, reumatológicos, dermatológicos… Únicamente refirió tos y fiebre durante un día una semana antes de empezar con uveítis. EN 1ª visita se solicitó analítica con ASLO y fosfatasa alcalina elevados, serología con IGRA negativa y Rx tórax normal. En posteriores visitas, LH: Tyndall +, muy pocos PK finos, no sinequias, córnea transparente. FO AO: vítreo claro, no focos de coriorretinitis/OI: agujero trófico junto a alteración del epitelio pigmentario de la retina (EPR). Se fotocoagula dicho desgarro y se mantiene mismo tratamiento/2h en AO. En controles posteriores FO: OD: sin hallazgos reseñables; OI: alteración pigmentaria en hemirretina superior con alteración EPR en pisada de oso + agujero a las II rodeado de láser. Ante estos hallazgos se solicita electrorretinograma (ERG): normal. Dada la buena evolución del paciente se prescribe pauta descendente de prednisolona hasta su suspensión. Se solicita nueva analítica con ASLO por

sospecha de probable origen infeccioso, con resultados en rango normal.

Juicio clínico: Uveítis anterior bilateral.

Diagnóstico diferencial: Conjuntivitis vírica. Adenopatía preauricular. Conjuntivitis alérgica. Conjuntivitis bacteriana. Queratitis. Lagrimeo, fotofobia. Herpes simple. Úlcera dendrítica. Uveítis anterior. Miosis. Efecto Tyndall. Glaucoma agudo. Midriasis media arreactiva. Endoftalmitis. Hipopion. Hiposfagma. HTA asociada.

Comentario final: La importancia de este caso radica en la necesidad de detenernos en una buena anamnesis y en la sospecha diagnóstica ya que patologías en un inicio banales pueden convertirse en patologías de un mayor grado de complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías clínicas Fisterra. Oftalmología, ojo rojo.

2. Carmina Núñez M, Casal Codesido JR, López Criado A. Ojo rojo. En: Guía de actuación en urgencias. 4ª ed: Ofelmaga; 2012. p. 413-7.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.