Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3795

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/2918 - PROBLEMA OCULAR COMO EXPRESIÓN SISTÉMICA

*S. Pini[a], J. Parra Jordán[b], G. Rosario Godoy[c], I. Veli Cornelio[c], P. Minchong Carrasco[d] y A. Casal Calvo[e]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 44 años. Niega AP. Acude por una semana de visión borrosa en ojo derecho (OD) y hace unos días también en ojo izquierdo (OI). Niega dolor ocular, fotopsias o miodesopsias. Cefalea occipital leve. Se objetiva disminución de la AV y toma de tensión arterial (TA) 240/125 por lo que se deriva a urgencias hospitalaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 240/135, FC 98 lpm. BEG. CyC normal. ACP normal. Neurológico sin alteración. Oft = AV: OI = 0,3, OD < 0,05. FOD: OI = oclusión venosa de rama temporal inferior. OD = oclusión venosa central de la retina (OVCR) con hemorragias en llama, exudado y edema papilar. Tortuosidad vascular, signo de cruce+. Hemograma: plaquetas 118.000, resto normal. Bioquímica: glucosa basal 97 mg/dl, urea 46 mg/dL, creatinina 1,98 mg/dl, FG 40 ml/min/h, troponina = 0,08. TG 158 mg/dL, colesterol total 220 mg/dL, HDL 44 md/dL, LDL 144 mg/d. Hormonas: cortisol, aldosterona, ARP, catecolaminas normales. EyS: proteínas++++, Hb++. ECG = RS con sobrecarga izquierda importante. EcoTT: hipertrofia ventricular (HVI) grave (septo 24 mm), hipoquinesia grave inferolateral. FEVI 35-40%. IAo ligera. Doppler renal = sin alteración.

**Juicio clínico:** Hipertensión arterial maligna (HTAM) primaria. Retinopatía hipertensiva (RH) grado IV. Insuficiencia renal (IR) aguda. Miocardiopatía hipertensiva con HVI grave.

**Diagnóstico diferencial:** Oclusión arteria central de la retina. Desprendimiento retiniano.

**Comentario final:** La OVCR es una afectación vascular retiniana frecuente. Los FR son la hipertensión, edad > 65 años, DM, hemoglobinopatías, entre otras. El diagnóstico es por clínica, exploración de AV y un fondo de ojo con hemorragias retinianas difusas y edema de papila. Nuestro paciente acudió por una alteración visual enmascarando una HTAM. Se trató en urgencias con labetalol y se ingresó. La HTAM se define por TA > 180/120 mmHg y un fondo de ojo con RH grado III o IV. Cursa con afección multiorgánica, sobre todo renal. Se cree que su incidencia ha disminuido, pero ha disminuido solo su mortalidad. La supervivencia está determinada por el grado de IR, las cifras de TA y la proteinuria durante el seguimiento. Debido al efecto antiproteinúrico y antihipertensivo, los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona son básicos en el

tratamiento. La ausencia de una terapéutica precoz y adecuada condicionan el pronóstico del paciente y una morbimortalidad alta, prevenible desde atención primaria.

**Bibliografía**


1. Covert DJ, Han DP. Retinal vein occlusion: Clinical manifestations, diagnosis and treatment. En: UpToDate, 2017.
2. van der Merwe EW. Malignant hypertension: a preventable emergency. NZMedJ. 2013;126(1380):39-45.


**Palabras clave:** OCVR. Retinopatía hipertensiva. Hipertensión arterial.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.