



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/202 - RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Álvarez Calleja^a, M. Álvarez García^b, A. Sánchez Calvo^c, P. de la Fuente Laso^d, V. García Faza^b y L. González Gómez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Cabueñes. Centro de Salud El Coto. Gijón. Asturias. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Cabueñes y Centro de Salud Natahoyo. Gijón. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Cabueñes. Centro de Salud Contruces. Gijón. Asturias. ^eMédico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Calzada. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años que acude por primera vez a nuestro cupo trasladada desde otra ciudad. Consulta por perdida de agudeza visual de meses de evolución, refiere haber sido diagnosticada de retinopatía diabética con edema macular y haber seguido tratamiento con ranibizumab en servicio de oftalmología de hospital de procedencia, sin mejoría, por lo que suspendieron dicho tratamiento. Antecedentes personales: HTA, diabetes mellitus tipo 2. Hipotiroidismo. Neuropatía y gastroparesia diabética. ACV. Tratamiento actual: insulina, enalapril, amlodipino, adiro, levotiroxina.

Exploración y pruebas complementarias: Agudeza visual: ojo derecho, 0,4. Ojo izquierdo, 0,1 ninguna mejora con estenopeico. Oftalmoscopia indirecta: ojo derecho, exudado duro en polo posterior. Ojo izquierdo, hemorragias dispersas. Se realiza retinografía en centro de salud que confirma hallazgos en oftalmoscopia indirecta. Glucemia capilar posdesayuno: 280. HbA1c: 8,7%. Se inicia reeducación diabetológica y ajuste de tratamiento con insulina y se deriva a oftalmólogo para revisión. Tras un mes acudiendo periódicamente a consulta de DUE y MAP se logra buen control de glucemia, al tercer mes HbA1c: 6,5%. En Oftalmología realizan OCT de ambos ojos, en la que se observa edema macular y programan para reiniciar tratamiento con ranibizumab en 4 semanas, cuando la paciente acude a realizar tratamiento repiten OCT en la que se observa ligera mejoría, habiendo desaparecido el EDM difuso en ambos ojos en el control del tercer mes y sin empeoramiento de la agudeza visual.

Juicio clínico: Retinopatía diabética con edema macular secundaria a diabetes mellitus tipo 2 mal controlada.

Diagnóstico diferencial: Presbicia, catarata, retinopatía diabética, degeneración macular asociada a la edad.

Comentario final: A pesar de disponer de nuevos tratamientos que actúan en dianas muy específicas, no debemos olvidar que la base del manejo de muchas enfermedades es un buen control de los factores de riesgo, donde nosotros, como médicos de familia, tenemos un papel fundamental.

Bibliografía

1. Romero Aroca, P. Exploración de Fondo de Ojo en Atención Primaria. Cribado de retinopatía diabética mediante cámara no midriática. Barcelona. Euromedice. 2012.

2. Shinri Sato MD, et al. Predictive factors of better outcomes by monotherapy of an antivascular endothelial growth factor drug, ranibizumab, for diabetic macular edema in clinical practice. Medicine (Baltimore). 2017;96(16).

Palabras clave: Retinopatía diabética. Diabetes mellitus.