



IMÁGENES

Pupila de Adie

Adie's pupil

Miguel Angel Babiano Fernandez



Medicina de Familia y Comunitaria, EAP Almadén, Consultorio de Guadalmez, Guadalmez, Ciudad Real, España

Varón que acude a urgencias del centro de salud refiriendo traumatismo craneal leve de hace más de 6 h. Antecedentes personales de artritis psoriásica. Presenta una mínima erosión en la cola de la ceja derecha, sin sangrados activos. La exploración neurológica resulta normal, y llama la atención la presencia de una pupila midriática arrefléxica (fig. 1) en la que se aprecia parálisis sectorial de iris a nivel nasal del OD, no constricción con convergencia, pero sí con pilocarpina al 0,125%. Se completa el estudio neurológico mediante TAC craneal normal.

Juicio clínico: pupila tónica de Adie.



Figura 1 Anisocoria con pupila derecha midriática.

Comentario

La causa de esta anisocoria es la denervación parasimpática idiopática por lesión del ganglio ciliar o de las fibras postganglionares de los nervios ciliares cortos posteriores, con reacción perezosa a la luz y a la acomodación.

Existen diferentes tipos de circuitos reflejos que afectan al perfecto funcionamiento de nuestro sistema visual: reflejo fotomotor directo y consensual, reflejo corneal, reflejo de acomodación, reflejos corporales visuales, reflejo cilioespinal y reflejo vestíbulo-ocular.

De estos circuitos hay 2 que resultan directamente mermados en los afectados por pupila tónica de Adie: el fotomotor y el de acomodación. Con ambos, la pupila debería contraerse en condiciones normales cuando incide una luz sobre ella (caso del reflejo fotomotor directo y

consensual) y cuando enfocamos un objeto (caso del reflejo de acomodación).

La afectación es unilateral en el 90% de los casos, y puede aparecer a cualquier edad. Se pueden identificar múltiples enfermedades que determinan su aparición. Incluso en aproximadamente el 10% de la población se considera fisiológica o normal, cuando no supera los 0,6 mm de diferencia de diámetro pupilar, y no se asocia a otras manifestaciones¹.

Los únicos síntomas de esta enfermedad son intolerancia a la luz (fotofobia), visión borrosa de cerca, dolores de cabeza y/o mareos.

El diagnóstico se realiza por un sistema de eliminación.

La pilocarpina es un medicamento parasimpaticomimético y alcaloide. Se usa como diagnóstico de Adie porque el esfínter del iris es hipersensible a la pilocarpina al estar denervado, la cual se convierte en hipersensitiva a la más mínima dosis. Con una dosis muy pequeña no se contrae una pupila normal, pero sí lo hace con la de Adie.

En cuanto al diagnóstico diferencial², los antecedentes, la historia clínica y el examen físico aportan datos que

Correo electrónico: mababiano@sescam.jccm.es

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.02.009>

0212-6567/© 2019 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

puedan orientar a una u otra enfermedad casual. Por ejemplo, la aparición brusca de anisocoria después de un traumatismo encefálico, orienta a una posible causa hemorrágica, en cambio un cuadro de aparición paulatina, con antecedente de cefalea, visión doble, vómitos explosivos, orienta más a una enfermedad tumoral. Si aparece con fiebre y cefalea, además de rigidez de nuca se puede pensar en meningitis. Si la aparición es súbita, con intenso dolor ocular o cefalea, y pérdida de la visión de un ojo, se debe pensar en glaucoma.

No se conoce cómo evoluciona la enfermedad con certeza: La pupila dilatada puede volver a su estado normal con el tiempo (o repentinamente) o la pupila normal puede llegar a dilatarse para compensar la visión. No existen tratamientos conocidos y lo único capaz de combatir la anisocoria por Adie es la aplicación de pilocarpina diluida en el ojo, sustancia no recomendada como uso habitual por sus factores adversos³.

Financiación

El autor declara que no existen fuentes de financiación para este trabajo.

Bibliografía

1. [Negredo Bravo L. Pupila tónica de Adie. FMC Formacion medica continuada en atencion primaria. 2002;9:49.](#)
2. [Melamed MA. Diagnóstico del síndrome de Adie. Tiempos médicos: revista de educación médica continuada. 1983;250:61-2. ISSN 0210-9999.](#)
3. [Gonzalez Martin-Moro J, Pilo de la Fuente B, Clemet Corral A, Fernández de Miguel Y, Gómez Sanz FJ, Cobo Soriano R. Anisocoria cotidiana: epidemiología de la anisocoria en un centro de nivel secundario. Arch Soc Esp Oftalmol. 2012;87:206-15.](#)