



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

194/6 - Pérdida brusca de visión, urgencia oftalmológica: reporte de un caso

M.J. Conesa Espejo^a, C. Sánchez Pérez^a, A. Martínez Más^b, I.M. Martínez Ardit^b, M. Boksan^c y M. García Aroca^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 2^o año. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 69 años consulta a su médico atención primaria (MAP) por cefalea y pérdida de visión. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, migraña. Tratamiento crónico: atorvastatina, metformina, valsartán, paracetamol o metamizol cuando tiene migraña. Refiere hace 2 días pérdida de visión en ojo derecho que percibe como una mancha acompañado de cefalea hemicraneal derecha de las mismas características que su migraña habitual. No refiere dolor ocular. En atención primaria (AP) se explora agudeza visual con test de Snellen apreciándose en ojo derecho pérdida de visión 20/100. Realizamos fondo de ojo derecho (OD) y detectamos papila prominente con bordes borrosos sugestiva de neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA). Solicitamos analítica, iniciamos tratamiento con prednisona 60 mg/24 horas y remitimos a Urgencias para valoración por Oftalmología.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 150/90, Saturación oxígeno: 99%, Frecuencia cardiaca: 90 latidos/minuto. Afebril. Buen estado general. No focalidad neurológica. Tonometría OD digital normal. Tensión ocular en ambos ojos (AO): 20. Las arterias temporales tenían unos pulsos algo débiles, pero sin presentar engrosamientos ni dolor a la palpación. Fondo ojo izquierdo: normal. Fondo OD: papila prominente con bordes borrosos, con exudados algodonosos. Mácula normal. Campo visual OD: defecto altitudinal superior. Analítica: glucosa: 100 mg/dl, creatinina: 0,8 mg/dl, proteína C reactiva: 0,2 mg/dl, hemoglobina: 13,2 g/dl, plaquetas: 180.000/?l, fibrinógeno: 372 mg/dl y velocidad de sedimentación globular: 15 mm. Evolución: el estudio histológico de biopsia de arteria temporal derecha reveló alteraciones ateroscleróticas, suspendiendo prednisona. Dos meses después, la visión del ojo derecho era similar.

Juicio clínico: Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica.

Diagnóstico diferencial: NOIA arterítica, maculopatía, neuritis óptica.

Comentario final: La NOIA es una causa de pérdida súbita indolora de la visión relativamente frecuente en individuos de edad superior a los 50 años. Es importante diferenciar las formas arteríticas de las no arteríticas, que pueden plantear problemas diagnósticos como en nuestro caso. La NOIA no arterítica es más frecuente que la arterítica, se asocia a factores de riesgo cardiovascular y es más frecuente en diabéticos que no diabéticos. La presencia de cefalea de reciente inicio, claudicación mandibular, polimialgia reumática, fiebre o síntomas constitucionales sugieren una forma arterítica, aunque pueden estar ausentes. El fondo de ojo suele ser orientativo. Los datos de laboratorio son importantes para diferenciar formas arteríticas de las no arteríticas ya que en arteríticas hay elevación de reactantes de fase aguda aunque en un 5% de los casos pueden ser normales. En nuestro caso se plantearon dudas con la NOIA arterítica por lo que iniciamos

corticoides para evitar su progresión hasta que se confirmara o descartara con la biopsia de la arteria temporal, cuya negatividad es suficiente para descartar la forma arterítica en paciente con baja sospecha clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rucker JC, Bioussé V, Newman NJ. Ischemic optic neuropathies. *Curr Opin Neurol*. 2004;17:27-35.
2. Buono LM, Foroozan R, Sergott RC, Savino PJ. Nonarteritic aterio-occlusive optic neuropathy. *Curr Opin Ophthalmol*. 2002;13:357-61.
3. Nordborg E, Nordborg C. Giant cell arteritis: strategies in diagnosis and treatment. *Curr Opin Rheumatol*. 2004;16:25-30.