



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

194/5 - Una crisis tensional peculiar

T. Ricart Pena^a y A. Hernández Costa^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 1º año. Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 86 años afecto de enfermedad de Alzheimer, hipertenso, diabético, que traen sus familiares a la consulta por cefalea frontal de una semana de evolución, sobre todo al final del día, que no cede con analgésicos habituales. Previamente, el paciente ya había padecido de episodios de cefalea similar, en el contexto de crisis hipertensivas, aunque en este caso era más intensa. Asociaba náuseas y vómitos, así como sudoración. Los familiares explicaron que el paciente se quejaba de empeoramiento visual y que había tenido un episodio de alucinaciones visuales la tarde previa. Sus familiares le tomaron la tensión, hallando cifras de 205/105 por lo que consultaron con un familiar médico que les indicó que le dieran un antihipertensivo y diazepam sublingual, disminuyendo así ligeramente la tensión. Sintomatológicamente el paciente persistía con cefalea y, el día siguiente, con tensiones elevadas, por lo que acudieron al centro de salud para comentárnoslo. Tras exploración neurológica anodina, excepto asimetría pupilar, derivamos al paciente a urgencias para proseguir valoración. En urgencias, le dieron el alta hospitalaria con diagnóstico de crisis tensional. La misma noche, debido a la persistencia de síntomas, los familiares acudieron de nuevo a urgencias, donde finalmente, tras interconsulta con oftalmología, le diagnosticaron de crisis de glaucoma por cierre angular, pautando tratamiento farmacológico y programando intervención para dicha patología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 164/70, FC: 95 lpm. Afebril. Sudoración y palidez. Auscultación cardiopulmonar normal. En exploración neurológica no hay elementos destacables, a excepción de midriasis arreactiva del ojo derecho (OD). El resto de pares craneales están conservados. No alteración en campimetria por confrontación, AV corregida OD y OI: cuenta dedos a 0,5 m. PIO OD 65, PIO OI 14. Biomicroscopia: córnea con edema corneal microquístico bien compensado, cámara anterior estrecha, ángulo cerrado, catarata avanzada.

Juicio clínico: Glaucoma ángulo cerrado OD con componente facomórfico.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular. Crisis tensional. Crisis de cefalea. Glaucoma agudo.

Comentario final: La crisis aguda glaucomatosa representa una urgencia oftalmológica que, como médicos de familia, debemos reconocer para derivar a oftalmología e instaurar tratamiento precoz. Cada crisis aguda puede representar una considerable disminución de la agudeza visual. Aunque manifiesta una sintomatología característica (dolor súbito en área trigeminal, disminución agudeza visual, inyección conjuntivociliar, edema corneal...), se puede asociar a sintomatología vegetativa que confunda al clínico, diagnosticando un erróneo cuadro neurológico o gastrointestinal agudo. Por eso, siempre tenemos que fijarnos en la hiperemia conjuntivociliar y edema corneal, y sospechar este cuadro ante una midriasis media arreactiva y ojo pétreo.

Como médicos de atención primaria, también debemos tener en cuenta los fármacos que pueden desencadenar o agravar ataques agudos de glaucoma (antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, descongestionantes nasales adrenérgicos tópicos, fármacos atropínicos como ipratropio, tiotropio o antiparkinsonianos; nitroglicerina, antihistamínicos, agonistas B2 adrenérgicos como el salbutamol, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rieger-Reyes C, Rubio-Galán FJ. Glaucoma: pharmacological implications. SEMERGEN. 2013;39:26-33.
2. Horton JC. Trastornos oculares. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison. Principios de Medicina Interna, 14^a. ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.