



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/321 - ¡No veo en esta mitad!

M. Pons Claramonte^a, N. Martínez Navarro^b, E. Cañada Cámara^b, P. Gutiérrez Pascual^c, J. Alemany Salanova^d, V.M. Madrid Ferreiro^e, C. Celada Roldán^f, T. Espinosa Oltra^g, C.G. Zambrano Clavier^h y L. Monteagudo Gonzálezⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Caridad. Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia. ^eMédico de Familia. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^gMédico Residente de 3º año Neurología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ⁱMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años HTA mal controlada y DLP no tratada que ayer al despertar objetiva perdida de hemicampo visual derecho, sin otra clínica al persistir hoy en el despertar acude a urgencias. Niega otra focalidad neurológica, no refiere episodios previos de pérdida de visión. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: EF: AC: rítmica sin soplos, AP: buena ventilación en ambos casos pulmonares, neurológica: consciente y orientado, habla y lenguaje normal, nomina, repite y obedece órdenes. Pupilas medias ICNR, MOE normales sin nistagmo. Hemianopsia temporal derecha. PC centrados y simétricos. Fuerza en ambas EESS 5/5, en EEII 5/5. No claudicación. No dismetría. Sensibilidad conservada en ambos hemicuerpos. ROT rotulianos bilaterales, estílorradiales y bicipitales bilaterales ++/+++. Meníngeos negativos, no rigidez de nuca. Marcha normal. Romberg negativo. Constantes: TA: 228/98 resto normal. Se aplicó bolo de labetalol en urgencias. Analítica: normal, ECG: normal. TAC: hipodensidad corticosubcortical occipital parasagital izquierda, compatible con lesión isquémica subaguda en territorio de cerebral posterior.

Juicio clínico: Ictus isquémico subagudo occipital.

Diagnóstico diferencial: Craneofaringiomas, tumores hipofisarios, gliomas, meningiomas paraselares, neuritis óptica.

Comentario final: El ictus presenta numerosas formas de presentación en base al territorio que afecte, es importante sospecharlo y diagnosticarlo ya que se trata de una patología tiempo-dependiente y presenta protocolos rápidos de actuación en prácticamente todos los hospitales hoy en día. El caso que presentamos muestra un solo signo clínico unido a factores de riesgo con la exploración neurológica objetivamente normal. Destacar la importancia de la HTA mal controlada ya que es el principal factor de riesgo para sufrir un ictus, de este modo el papel de atención primaria en la prevención de esta patología es muy importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hershenfeld SA, Sharpe JA. Monocular temporal hemianopia. *Br J Ophthalmol.* 1993;77(7):424-7.
2. Mery V, Mellado P, Valenzuela R, Luco C, Huete I. Temporal crescent syndrome. Report of a case and review of the literature. *Rev Med Chil.* 2004;132(12):1523-6.
3. Benton S, Levy I, Swash M. Vision in the temporal crescent in occipital infarction. *Brain.* 1980;103(1):83-97.