



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/59 - Ojo rojo, síntoma de gravedad

L. Griga<sup>a</sup>, R. Rodríguez Sánchez<sup>b</sup>, S. Josani<sup>c</sup>, A. Oronoz Lasaga<sup>d</sup>, I. Larumbe Uriz<sup>e</sup>, N. Urritza Satrustegui<sup>a</sup>, M. Goñi Guillén<sup>e</sup>, I. Alberro Goñi<sup>a</sup>, M.E. Garciandia Razquin<sup>e</sup> e I. Echeverría Ayestaran<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>e</sup>Enfermera. Centro de Salud de Echarri-Aranatz. Navarra. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla. Palencia. <sup>c</sup>Médico de Familia. PAC de Beasain. Azkoitia. <sup>d</sup>Enfermera. Centro de Salud Leitza. Leitza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 19 años acude a su MAP por hiperemia conjuntival en ojo derecho (OD) e inflamación parpado superior derecho (PSD) de una semana de evolución sin otra clínica. Se trató con colirio antibiótico sin mejoría, por lo que se le cambió a colirio antihistamínico, sospechando una conjuntivitis alérgica. Tras casi dos meses de evolución se asoció un S. Horner, se pidió una analítica y se remitió a oftalmología.

**Exploración y pruebas complementarias:** AP: sin interés. AF: padre linfoma. EF: afebril, con resto de constantes normales. Ptosis de PSD y enoftalmos de OD, con hiperemia conjuntival. Adenopatías subcentimétricas cervicales bilaterales. Resto exploración sin alteraciones. Analítica: leucocitosis ( $16,2/\text{mm}^3$ ) y neutrofilia. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico derecho, con infiltrado parenquimatoso en localización anterior del LSD. TC toracoabdominal: conglomerados adenopáticos en región yugular interna derecha y supraclavicular izquierda. Masa mediastínica anterior con afectación de prácticamente todos los compartimentos mediastínicos y espacio yuxtacardiaco. Afectación del parénquima pulmonar. Imágenes nodulares cavitadas en hemitórax derecho. Biopsia: enfermedad de Hodgkin (EH), esclerosis nodular.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Hodgkin, esclerosis nodular estadio IV (pulmonar). IPI: 3. Síndrome de Horner derecho compresivo.

**Diagnóstico diferencial:** Son numerosas las entidades que pueden causar enoftalmos y ojo rojo. Entre las mismas destacar las enfermedades del tronco cerebral (tumores, enfermedades vasculares, desmielinización), siringomielia, tumores de la médula espinal, tumores mediastínicos. Linfoma, neuroblastoma...

**Comentario final:** EH con esclerosis nodular: es el tipo más común de linfoma Hodgkin clásica (LHC), representando un 60-80% de los casos, la neoplasia monoclonal de células B, caracterizado por unas células anormales llamadas células de Reed-Sternberg. Es más común en adolescentes y adultos jóvenes. Se origina en los ganglios linfáticos del cuello o tórax. El tratamiento del EH se adapta a cada paciente según los factores pronósticos que son favorables (estadios I-II) con una curación del 90% y desfavorables (estadio III-IV, varón, mayores de 45 años, leucocitosis  $> 15.000/\text{mm}^3$ , Hb 10,5, síntomas B) con una curación cercana al 80%.

### Bibliografía

1. Hodgkin T. On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen. Medico-Chirurgical Transactions. 1832;17:68-114.
2. Poston RN. A new look at the original cases of Hodgkin's disease. Cancer Treatment Reviews. 1999;25:151-5.

**Palabras clave:** *Conjuntivitis. Enoftalmo. Linfoma.*