



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1635 - No veo, míreme bien

F.P. González Fernández^a, M. Ríos del Moral^b y F. Tortosa García^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Abla. Almería. ^bUnidad de Gestión Clínica Río Nacimiento. Consultorio Fiñana. Almería.

Resumen

Descripción del caso: AP: hábito enólico excesivo y exfumador. Glaucoma OD. ACV. Hepatopatía leve. Tratamiento activo: Timolol 5 mg/Travoprost 40 ?g/ml colirio, Tiaprina 100 mg. Motivo de consulta: visión borrosa de un mes de evolución. Es derivado al servicio de oftalmología para valoración. Diagnosticado de cataratas en ambos ojos. Seis meses más tarde: motivo de consulta: visión brumosa y muy borrosa desde hace una semana y estrabismo ojo izquierdo desde esa mañana. Además los familiares refieren cambios en el carácter. Se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: 1^a Consulta en Atención Primaria: imposibilidad para valorar fondo de ojos por cataratas. 2^a Consulta en Urgencias Hospitalarias: consciente y orientado, eupneico y normocoloreado. Exploración neurológica: parálisis izquierda del VI par craneal. Resto de la exploración anodina. Analítica: normal. TAC craneal: se objetiva lesión de la región supraselar de morfología más o menos redondeadas y en aparente contigüidad con la hipófisis con calcificaciones, en probable relación con macroadenoma vs craneofaringioma.

Juicio clínico: Craneofaringioma.

Diagnóstico diferencial: Meningioma. Glioma nervio óptico. Craneofaringioma. Enfermedad neurodegenerativa. Hidrocefalia, craneostenosis, osteopetrosis. Hipovitaminosis del grupo B. Papiledema crónico. Procesos compresivos intraorbitarios. Infiltración sarcoidótica o leucémica del nervio óptico. Ambliopía. Pérdida visual no orgánica o simulación. Neuropatía óptica de Leber, etc. Cataratas. Glaucoma crónico de ángulo abierto. Enfermedades crónicas de retina: DMAE seca y retinopatía diabética. Miopía degenerativa. Retinosis pigmentaria. Enfermedades crónicas corneales. Neuropatía óptica.

Comentario final: En las etapas iniciales de determinadas patología nos encontramos con una clínica similar a procesos frecuentes y benignos. Se necesita una buena historia clínica, una exploración física completa y escuchar a los familiares dando importancia a la información aportada.

Bibliografía

1. Herreros Ruiz-Valdepeñas, B; Gili Manzanaro, P; Pintor Holguín, E; Pérdida de agudeza visual en varón exfumador. Revista Clínica Española. 2007;207(4).

Palabras clave: Craneofaringioma. Catarata. Visión borrosa.