



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1287 - Cuidado con la visión borrosa

K.P. Baldeón Cuenca^a, M. García Aroca^b, A. Nofan Maayah^c, A. Vázquez Sánchez^d, M. Montes Pérez^e, J. Villar Ramos^f, L. Cotruta^g, J.S. Serrano Hernández^h, S.A. Álvarez Agudelo^h y J.A. Agudelo Vasquez^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^cMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^dMédico de Familia. Urgencias; ^eMédico Residente de Cirugía General. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años de edad acude a consulta de Atención Primaria refiriendo disminución de agudeza visual en ojo izquierdo de varios meses de evolución. Respecto a sus antecedentes personales: hipertensión en tratamiento con enalapril 20 mg. Tras exploración neurológica y ocular con hallazgos patológicos en ojo izquierdo, se decide derivar a consulta de Oftalmología para ampliación de estudio. Pruebas realizadas en hospital: RM de cerebro.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada y normocoloreada. Tensión arterial: 130/75 mmHg; Frecuencia cardíaca: 70 lpm; Temperatura: 36,7 °C; Saturación de oxígeno basal: 97%. Exploración neurológica: No signos meníngeos, no nistagmus. Se observa un defecto pupilar aferente del ojo izquierdo. Pares craneales centrados. Fuerza y sensibilidad normales. ROT presentes. No disimetría. Roomberg negativo. No alteración de la marcha. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Exploración ocular: visión de la unidad en el ojo derecho y de 0,5 en el ojo izquierdo, siendo la exploración de la parte anterior del ojo normal. RM de cerebro: imagen de 3 × 3,2 × 2,9 cm, isointensa en T1, hiperintensa en T2 y ligeramente hiperintensa en Flair que se localiza en la región sellar y suprasellar englobando la glándula hipofisaria.

Juicio clínico: Meningioma tuberculum.

Diagnóstico diferencial: Cataratas, glaucoma crónico, DMAE seca, retinopatía diabética, miopía degenerativa.

Comentario final: La patología oftalmológica es una de las causas más frecuente por las que el paciente consulta al médico de Atención Primaria. La exploración ocular comienza determinando la agudeza visual del paciente, el contexto clínico de disminución de agudeza visual permite a menudo su orientación etiológica; la uni o bilateralidad, la rapidez de su instauración, su asociación a dolor o a enrojecimiento ocular constituyen características esenciales. En Atención Primaria el oftalmoscopio directo sigue siendo un elemento de gran utilidad por su simplicidad de uso. La imagen que se observa es real y recta, lo cual facilita enormemente la interpretación. Como inconveniente cabe señalar que debido a su gran aumento, el campo de visión es muy reducido y es necesario un periodo de aprendizaje.

Bibliografía

1. American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Patterns Committee. Preferred Practice Pattern[®] Guidelines. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2010.

Palabras clave: Visión borrosa. Meningioma tuberculum.