Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):11

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1721 - Amaurosis completa aguda: Caso práctico en Atención Primaria

D.C. Losada Salamanca[a], C. de la Cruz Ledesma[a], S. González Blanco[b] y J. Espinosa García[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Urgencia en domicilio: varón de 84 años con pérdida de visión aguda, indolora y completa en ojo derecho (OD). Niega sintomatología asociada, ni traumatismo. Antecedentes: HTA, obesidad y prótesis ocular izquierda postraumática. Tratamiento: enalapril + hidroclorotiazida, lercanidipino, triflusal, omeprazol y lorazepam. No alergias. Niega hábitos tóxicos. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Exploración y pruebas complementarias: Alerta, orientado, afebril e hidratado. Tonos arrítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado, Abdomen: normal. Extremidades: no edemas, no signos de TVP. Facies simétrica, midriasis derecha arreactiva, Romberg negativo, sin dismetría, no alteración en la marcha, ni signos meníngeos. Se remite a hospital. Oftalmología: OD: agudeza visual: movimientos de manos, PIO: 8 mmHg. Fondo de ojo: polo posterior normal, retina con palidez y drusas en mácula. Catarata. Tomografía de coherencia óptica: escasas drusas, sospecha de DMAE seca. Ingresa en medicina interna con analítica normal. TAC craneal: signos de atrofia cortico-subcortical. Rx tórax: normal. ECG: ritmo sinusal 76 lpm, extrasístoles ventriculares prematuras frecuentes. Ecocardiograma: hipertrofia septo basal, calcificación nodular anillo mitral posterior con insuficiencia. Doppler troncos supra aórticos: engrosamiento de la íntima de ambos troncos, múltiples placas de ateroma calcificadas. Nueva valoración por oftalmología: papila edematosa con mancha rojo cereza, retina edematosa y pálida.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: 1. Trombosis arteria central de la retina (TACR). 2. Cardiopatía hipertensiva. 3. Insuficiencia mitral y aórtica.

Diagnóstico diferencial: 1. Hemorragia vítrea. 2. Oclusión de vasos retinianos. 3. Desprendimiento de retina. 4. Coroiditis. 5. Neuritis óptica isquémica. 6. Ceguera cortical. 7. Simulación.

Comentario final: La ceguera aguda monocular, indolora y permanente tiene múltiples etiologías que requieren una adecuada anamnesis y exploración oftalmológica para su diagnóstico. Sabemos que la TACR es una urgencia que amenaza la visión del paciente, es fundamental la prevención y el control de los factores de riesgo. Los diferentes tratamientos intentan restaurar la circulación retiniana lo antes posible, ninguno es totalmente eficaz, y cursa con mal pronóstico.

Bibliografía

1. Gómez Rodríguez MT, Murgaza Hernández MDo. Pérdida brusca de visión: oclusión de la arteria central de la retina. SEMERGEN. 2000;26:159-60.
2. Pareja Esteban E, Vieming Pinilla E, Teus Guezala MA. Protocolo diagnóstico de la disminución brusca de la agudeza visual. Medicine. 2011;10:6203-5.

Palabras clave: *Blindness. Retinal artery occlusion. Hypertension.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.