



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1021 - ¡DOCTOR, NO VEO!

M. Carmona Zurita<sup>a</sup>, C. Muñoz Pindado<sup>b</sup>, V. Arribas Peña<sup>b</sup> y Z. Hernández Cubas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eugenia de Berga. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Manlleu. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Acude a Urgencias de Atención Primaria (UAP), hombre de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y apendicetomía; en tratamiento habitual con Velmetia 50/1.000?g 1 comp/12h y Co-Retinec 20/12,5 1 comp/24h, consultando por pérdida de visión de ojo izquierdo (OI) de forma súbita hace 24 horas, precedida de miodesopsias 3 horas antes. Niega afectación del ojo contralateral, dolor ocular, cefalea u otra clínica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** UAP: TA: 210/100 mmHg, FC 70 lpm, SatO<sub>2</sub> 96%. Destaca anopsia ojo izquierdo. Resto conservado. Consorci Hospitalari de Vic (CHV): confirma exploración en UAP. AG normal. ECG normal. TAC craneal: Descarta signos de sangrado intracraneal agudo. Hospital Vall d'Hebron (HVH) (Oftalmología). Biomicroscopia (OI): conjuntiva normocoloreada. Córnea transparente. Cámara anterior formada (CAF) sin células. PIO 16 mmHg. Fondo de ojo (OI): Hemorragia vítrea +2+3. Retina aplicada en nivel superior, inferior y temporal. Se aprecian hemorragias epirretinianas a las 12 y 2 horas en la periferia. No desgarros retinianos, pero dificultad exploratoria para detectar detalles.

**Juicio clínico:** Crisis hipertensiva; hemovítreo ojo izquierdo secundario.

**Diagnóstico diferencial:** Oclusión arteria central retiniana. Oclusión óptica isquémica. Desprendimiento de retina. Hemianopsia homónima por accidente vascular cerebral. Tumores del sistema nervioso central. Abscesos del sistema nervioso central.

**Comentario final:** En UAP iniciamos tratamiento antihipertensivo (captopril 25 mg y atenolol 50 mg), diazepam 5 mg y, dada la alta sospecha de isquemia, se envía a urgencias CHV. Allí se amplía estudio con AG, ECG y TAC craneal normales; decidiendo derivación a Oftalmología (HVH) donde se diagnostica hemovítreo OI. Se indica reposo absoluto en decúbito con cabezal en 45° y control oftalmológico en 5 días. En AP debemos considerar los diferentes diagnósticos diferenciales de pérdida súbita e indolora de visión para determinar el manejo indicado y grado de urgencia requerido.

## Bibliografía

1. Lombera F, Barrios V, Soria F, Placer L, Cruz JM, Tomás L, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2000;53(1):66-90.
2. González AF. Manejo integral del Paciente hipertenso. McGrawHill. 2008;33-52.
3. Garg SJ. The Retina Service of Wills Eye Institute; Thomas Jefferson University.

4. Manual MSD.

**Palabras clave:** Ceguera. Anopsia. Hemovítreo.