



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1638 - VEO DOBLE

M. Grande Aguerri^a, G. Pajares Carabajal^a, A. Domínguez Teba^b y M. Millán Hernández^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Guadarrama. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Ciempozuelos. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años que acude a consulta por visión borrosa y dificultad para enfocar de 5 días de evolución, se acompaña de cefalea del mismo lado con parestesia facial bilateral. No presenta otra focalidad neurológica. No comenta sintomatología ansiosa acompañante. Tras mejoría de la cefalea con analgesia y persistencia de los síntomas visuales se remite a urgencias del hospital para valoración de anisocoria confirmada en la exploración en atención primaria. Tras descartar patología oftalmológica y neurológica urgente con TAC normal se deriva a consultas para estudio con pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Anamnesis, exploración física. Valoración por Oftalmología de urgencia. Analítica completa con serología de sífilis, ANAS, ECG y Rx tórax. En la primera valoración de Neurología: TAC craneal normal. Resto de pruebas complementarias: RMN, angio RM, estudio neurofisiológico.

Orientación diagnóstica: Descartar una anisocoria "patológica grave", puesto que no la tenía previamente. Sospecha de patología inflamatoria vs infecciosa del SNC con primera opción. Tras varias pruebas complementarias y como diagnóstico de exclusión se concluyó pupila de Adie.

Diagnóstico diferencial: Causas infecciosas: lúes, brucelosis, neurosarcoidosis... Causas neurológicas: migraña con aura, patología de pares craneales, enfermedades desmielinizantes... Causa psicógena: antecedentes de ansiedad en la paciente. Causa tumoral.

Comentario final: Nos planteamos varias cuestiones con esta paciente. La primera de ellas que por supuesto debemos derivar a urgencias para descartar un proceso grave agudo y hacer las pruebas necesarias para llegar a un pronto diagnóstico con el menor agravio para el paciente y disminuyendo los costes en la medida de lo posible. Las pruebas iniciales fueron un TAC craneal normal y una valoración oftalmológica que descartó patología aguda. Durante varios meses la paciente fue sometida a electroencefalograma, RM, angio-resonancia, potenciales evocados, es decir muchas pruebas diagnósticas con sus correspondientes demoras que provocaron ansiedad en la paciente ante los posibles resultados negativos de las mismas y nos preguntamos si podríamos haber ahorrado discomfort y pruebas innecesarias a la paciente realizando un test de pilocarpina en las pruebas iniciales de valoración.

Bibliografía

1. Bruyn GW, Gooddy W. Adie's syndrome. In: Neurological Eponyms, Koehler PJ, Bruyn GW, Pearce JMS, eds. Oxford University Press, New York 2000. p. 181.

Palabras clave: Diplopía. Anisocoria. Visión borrosa.