

## 347/4606 - ¡DOCTORA, MI OJO!

Y. Reverte Pagán<sup>a</sup>, L. Blázquez González<sup>a</sup>, M. Pérez González<sup>b</sup> y M. García Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 38 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta por enrojecimiento ojo izquierdo (OI) y dolor desde esa mañana. Indica que el día previo había llevado las lentes de contacto más de 16 horas. A la exploración con fluoresceína se visualiza úlcera corneal de pequeño tamaño y se pauta colirio antibiótico 3 veces al día y ciclopéjico colirio si dolor. A las 48 horas vuelve a consultar por enrojecimiento mucho más intenso y empeoramiento franco del dolor, acompañado de náuseas y un vómito. Decido derivar a Oftalmología Urgente por sospecha de glaucoma agudo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Interconsulta a Oftalmología: biomicroscopia: OI: hiperemia bulbar, edema corneal microquístico difuso, leucoma corneal con punto fluo+, Cámara Anterior estrecha, midriasis media arreactiva (última gota de ciclopéjico la noche previa). PIO (presión intraocular) OI: 50 mmHg, PIO OD: 12 mmHg.

**Orientación diagnóstica:** Glaucoma agudo por cierre angular de OI.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo ocular, Infección, úlcera corneal, uveítis.

**Comentario final:** Se inicia tratamiento con timolol/brinzolamida colirio, sintomático y manitol intravenoso, con mejoría clínica y PIO en OI de 30 mmHg. Posteriormente se realiza iridotomía terapéutica en OI y profiláctica en OD. Al alta la PIO de OI es de 20 mmHg. El glaucoma de ángulo estrecho consiste en elevaciones episódicas de la presión ocular por un bloqueo repentino en la salida del humor acuoso hacia la cámara anterior. Es menos frecuente que el de ángulo abierto (aproximadamente 5%) y suele tener una predisposición anatómica: ojos con cámara anterior estrecha, pequeños, normalmente con hipermetropía. Es más habitual en mayores de 50-60 años, sobre todo en mujeres. Suele ser unilateral y en situaciones que favorezcan la midriasis (ambientes oscuros, estrés agudo, uso de fármacos midriáticos) en pacientes predispuestos anatómicamente. Se trata de una Urgencia oftalmológica, por lo que es importante sospecharla.

### Bibliografía

1. Razeghinejad MR, Lashkarizadeh H, Nowroozzadeh MH, et al. Changes in ocular biometry and anterior chamber parameters after pharmacologic mydriasis and peripheral iridotomy in primary angle closure suspects. *J Optom.* 2016;9(3):189-95.
2. Prum BE Jr, Herndon LW Jr, Moroi SE, et al. Primary Angle Closure Preferred Practice Pattern® Guidelines. *Ophthalmology.* 2016;123:P1.

**Palabras clave:** Glaucoma agudo. Ángulo estrecho.