

347/673 - MOTIVO DE CONSULTA: ANISOCORIA

A. Morán Caballero^a, A. Gutiérrez Pérez de Lis^b, P. Pascual Blasco^c y A. Altadill Bermejo^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años que acude de urgencias a atención primaria, como antecedentes destaca que es natural de Perú, no fumador, bebedor de 10 g/OH día, sin otras patologías asociadas, que toma habitualmente lorazepam al acostarse. Refiere que tras haber estado trabajando en el jardín comenzó a notar visión borrosa del ojo izquierdo y que tras mirarse a un espejo en busca de un posible cuerpo extraño, se vio anisocoria (miosis derecha y midriasis izquierda). Clínica de 3 horas de evolución sin notar traumatismo previo, sin dolor ocular, sin tos, sin otra clínica o focalidad asociada. Ante la focalidad neurológica y la visión borrosa se decide derivar a centro hospitalario, donde es valorado por Oftalmología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración en Atención primaria. General: Consciente, orientado, colaborador, normal coloración de piel y mucosas, bien hidratado y perfundido, eupneico. Tórax: AC: tonos rítmicos sin soplos o extratonos, AP: murmullo vesicular en ambos hemitórax sin ruidos patológicos. Neurología: Midriasis izquierda débilmente reactiva, miosis izquierda, no diplopía, campo visual por confrontación normal, buena movilidad ocular, resto de pares craneales normales. No rigidez de nuca. Fuerza y sensibilidad conservada. Exploración Oftalmología: agudeza visual de 1 en ambos ojos, fáquico, motilidad ocular externa conservada. Anisocoria pupilar mayor en iluminación: OI más dilatado que OD. Oscuridad: pupila OD 3 mm, pupila OI 7 mm. Luz: pupila OD 1 mm, pupila OI 7 mm. Test de pilocarpina sin respuesta.

Orientación diagnóstica: Midriasis ocular unilateral por escopolamina.

Diagnóstico diferencial: Lesión isquémica mesencefálica. Compresión del III par craneal a lo largo de su trayecto. Síndrome de Horner.

Comentario final: La planta Brugmansia, comúnmente llamada trompeta del ángel, es una planta o arbusto originario de Sudamérica, que resulta ser tóxica ya que produce alcaloides tropánicos, escopolamina. La escopolamina produce un bloqueo de la acetilcolina a nivel del sistema parasimpático produciendo una midriasis ocular arreactiva, al impedir la acción del esfínter de la pupila.

Bibliografía

1. Kawasaki, A. Disorders of pupillary function, accommodation and lacrimation. In: Miller NR, Newman NJ, Biouss V, et al, eds. Walsh and Hoyt Clinical Neuro-ophthalmology, 6th ed, Williams & Wilkins, Baltimore, 2005. p. 739.

2. Lin YC. Anisocoria from transdermal scopolamine. *Paediatr Anaesth*. 2001;11:626.

Palabras clave: Anisocoria. Escopolamina.