

347/1095 - REORIENTACIÓN DE UN CASO: DE LO QUE EL PACIENTE SIENTE AL DIAGNÓSTICO

P. Zamora Yeyes^a, M. Menéndez Argüelles^b y J. Redondo Jañez^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área V. Asturias. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años, acude a su MAP por presentar náuseas y vómitos de 24 horas de evolución, que asocia cifras tensionales superiores a 200 esta mañana. Refiere asociar además cefalea y nos comenta, como en otras ocasiones, que no ve bien (cataratas pendientes de intervención) y lleva unos días echándose colirio para una conjuntivitis que le recetó otro médico. Antecedentes personales: FA con FEVI conservada sin valvulopatía asociada; sigue tratamiento con torasemida 5 mg, rivaroxabán 20 mg y atenolol 50 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, PPRB negativa. Expl. neurológica: midriasis poco reactiva en ojo derecho, con conjuntiva hiperémica, no cuenta dedos, solo distingue estímulo lumínico. Se comenta el caso con oftalmólogo de guardia, que acepta traslado. Distingue estímulo lumínico en ojo derecho, sin mayor agudeza visual. Inyección ciliar, catarata madura intumescente, cámara anterior estrecha, midriasis leve 3 mm arreactiva. PIO > 55. PIO OI: 28-30 mmHg.

Orientación diagnóstica: Glaucoma agudo de ángulo estrecho secundario a catarata.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis, Crisis HTA, Patología ocular (uveítis, conjuntivitis).

Comentario final: Se trata de algo común en los pacientes, que en muchas ocasiones dan mayor importancia o la restan a determinados síntomas. Nuestra paciente se encontraba preocupada por sus cifras tensionales, además podían cuadrar con ese cuadro vegetativo tan florido desde patología gastrointestinal (ella llegó muy insistente con sus vómitos), a crisis HTA con afectación de órgano diana. Sin embargo, pese a que inicialmente no quisimos dar importancia a su “ojo rojo”; durante la exploración nos decidimos a echarle un vistazo, dando con la clave diagnóstica: Glaucoma Agudo.

Bibliografía

1. Fernández-Vigo J, Macarro Merino A. Glaucoma Agudo. En: Maldonado López MJ, Pastor Jimeno CP. Guiones de Oftalmología, 2^a ed. Mc Graw Hill. 2012.

Palabras clave: Diagnóstico. Oftalmología. Glaucoma.