



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3572 - LA VISIÓN COMO REFLEJO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

R. López Sánchez^a, A. Azagra Calero^b, A. Aldama Martín^c y D. Martínez Revuelta^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 62 años que acude a nuestra consulta por pérdida de visión no dolorosa en el ojo derecho desde hace 2 días. Es fumador, dislipémico mal controlado con medidas higiénico dietéticas ("no quiere más pastillas") e hipotiroideo (levotiroxina 100 µg).

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico, normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. TA 175/95, FC 70 lpm, SatO₂ 97%. CyC: PICNR, disminución agudeza visual en OD (0,5). Ojo no hiperémico, no doloroso a la palpación. Tonometría digital normal. PVY normal. Carótidas rítmicas, simétricas y sin soplos. ACP normal. Exploración neurológica: sin focalidad. Realizamos ECG que muestra ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización. Decidimos derivar al S. Urgencias para valoración oftalmológica urgente, donde realizan fondo de ojo identificándose hemorragias punteadas y difusas, exudados algodonosos, discreto edema de papila, venas dilatadas y tortuosas. Completan estudio de forma ambulatoria con una angiografía ocular con fluoresceína (áreas hipofluorescentes), estudio de hipercoagulabilidad, niveles de homocisteína y eco Doppler de troncos supraórticos, que resultan normales. Pautaron de tratamiento al alta: ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 20 mg y remitieron de nuevo a consultas de Atención Primaria para control de los FRCV. Durante el seguimiento, detectamos cifras tensionales elevadas, por lo que realizamos un MAPA y diagnosticamos HTA, añadiendo al tratamiento final enalapril 10 mg.

Orientación diagnóstica: Obstrucción de la vena central de la retina (OVCR).

Diagnóstico diferencial: 1. Esclerosis múltiple. 2. Oclusión arteria central de la retina. 3. Desprendimiento de retina. 4. Hemorragia vítrea. 5. Amaurosis fugax.

Comentario final: La oclusión venosa retiniana es la segunda causa más frecuente de pérdida de visión por patología vascular. Es más frecuente en varones a partir de los 50 años. Como agente causal identificamos los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DLP, DM, tabaco) e hiperhomocisteinemia. Se trata de una manifestación más del proceso arterioescleroso por lo que es importante realizar un despistaje de los factores de riesgo cardiovascular junto con estudio de trombofilia adquirida, para identificar factores de riesgo no conocidos como fue nuestro caso. El tratamiento se basa en el tratamiento y control de la salud cardiovascular.

Bibliografía

1. Abraldes MJ, Zapata MA. From scientific evidence to clinical practice: treatment regimens for macular edema secondary to retinal vein occlusion. Archivos SEO. 2012;87(1).

Palabras clave: Pérdida de visión. Obstrucción venosa central retina. Salud cardiovascular.