

## 424/3089 - ANISOCORIA AGUDA

V. Expósito Duque<sup>1</sup>, C. Cabello de Alba Fernández<sup>2</sup>, E. Ortega Morales<sup>2</sup> y C. García Serrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 25 años, trabajador agrícola, alérgico a penicilina sin factores de riesgo ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, con 3 abuelos fallecidos de hemorragia cerebral que acudió por notarse desde hace 2 horas asimetría de pupilas con fotofobia leve y visión borrosa. No presentaba dolor ocular, cefalea, fiebre, ni otra clínica sistémica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, buena hidratación cutáneo-mucosa, eupneico en reposo, sin lesiones cutáneas ni signos de traumatismo. Neurológico: consciente (Glasgow 15), orientado en las tres esferas, sin afectación del lenguaje, pupilas anisocóricas con midriasis izquierda, ambas reactivas a la luz y a la acomodación con reflejo consensuado conservado. Sin alteración de campos visuales con agudeza visual normal en ambos ojos. Movimientos oculares externos conservados sin nistagmos patológicos. Turgencia ocular simétrica. Fondo de ojo normal. No alteraciones en resto de pares craneales. Fuerza global y simétricamente conservada contrarresistencia. Sensibilidad grosera conservada. No dismetría ni disdiadiocinesia. Romberg negativo. Marcha normal. No signos meníngeos. Tórax normo-expansible con murmullo vesicular conservado y ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. ECG en ritmo sinusal. Hemograma, hemostasia y bioquímica general sin alteraciones reseñables con PCR 1,1. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Tomografía computarizada (TC) de cráneo: sin alteraciones parenquimatosas valorables.

**Orientación diagnóstica:** Toxicidad local por plantas/productos fitosanitarios.

**Diagnóstico diferencial:** En el caso presentado la ausencia de ojo rojo y dolor ocular descartaron el glaucoma agudo de ángulo cerrado. El síndrome de Claude-Bernard-Horner, que cursa con miosis y ptosis palpebral con sequedad también se descartó. Por último, la ausencia de factores de riesgo, la TC normal y la resolución espontánea alejaron la posibilidad de accidente cerebrovascular.

**Comentario final:** La anisocoria puede deberse desde un hecho fisiológico hasta un signo de una enfermedad aguda grave. El médico de familia debe ser capaz de realizar una aproximación diagnóstica únicamente con la exploración neurológica y oftalmológica básicas, y especialmente con una buena anamnesis, solicitando si fuera necesario las pruebas complementarias que descarten o confirmen el diagnóstico de presunción. Como enumera la navaja de Occam, la explicación más sencilla suele ser la más probable.

**Palabras clave:** Anisocoria. Exploración neurológica.