

## 424/2756 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

H. Cruz Terrón<sup>1</sup>, M. Guerrero Cruces<sup>1</sup>, C. Aguado Taberne<sup>2</sup> y J. Hervás Jeréz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>2</sup>Tutora Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años que consultó por pérdida de visión en ojo derecho, brusca, sin dolor ocular ni cefalea. Exploración neurológica normal. Pérdida de visión global del ojo derecho. Antecedentes Personales: alergia a penicilina. Hipercolesterolemia. 2 partos. No fumadora. No bebedora. Separada. Autónoma. Apendicectomía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Marzo 2017: Analíticas: colesterol 230 mg/dl; triglicéridos 171 mg/dl; F. reumatoide-; ANA+ 1/640; ac antibeta2-glicoproteína IgM+ 18 U/mL; Ac anticardiolipina. TAC cráneo: no lesiones focales ni alteraciones densitométricas en ambos hemisferios cerebrales, cerebelo ni estructuras troncoencefálicas. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. RMN: Existencia de numerosas (10-12) lesiones hiperintensas puntiformes en FLAIR ( 3 mm) en sustancia blanca subcortical, predominantemente en situación frontal bilateral. No cumplen criterios de patología desmielinizante. No alteraciones en la difusión. Hallazgos. Ecodoppler troncos supraaórticos: sin alteraciones significativas. Se diagnostica de neuritis óptica no arterítica, se pauta tratamiento con AAS y simvastatina. Comienza con sensación de mareo sin giro de objetos, predominio vespertino, casi a diario asociado a cefalea opresiva frontal, irradiada a región ocular derecha. Se detecta un síndrome depresivo reactivo. Se pauta tratamiento con citalopram, trazadona y bromazepam. Analíticas: 13-06-2018: AcAntiBeta2-glicoproteína IgM+ 13 U/ml. 04-12-2018: ANA+ 1/320 nucleolar; Anti-B2 glicoproteína IgM 8,8 U/mL (zona gris). 16-04-2019: colesterol 201 mg/dl; TPAct% 33%; INR 2,1; ANA+ 1/160 nucleolar; AcAntiBeta2-glicoproteína IgM+ 13 U/ml.

**Orientación diagnóstica:** Neuropatía óptica no arterítica asociada al síndrome antifosfolipídico primario.

**Diagnóstico diferencial:** Enf. desmielinizantes: esclerosis múltiple, presentándose como neuritis óptica. Enf. infecciosas: borreliosis, brucelosis, sífilis, alteraciones del SNC. Patologías pretrombóticas: mutaciones protrombina (G20210A) y fact. V Leiden (G1691A), proteínas C/S. Enf. reumatólogicas: esclerodermia, por alteraciones vasculares.

**Comentario final:** Tras el diagnóstico de neuritis óptica isquémica no arterítica, continúa la sintomatología y síndrome depresivo, por lo que se continúa el estudio. Debido al valor del AcAntiB2-glicoproteína-IgM se decide cambio del tratamiento, adaptado a la patología.

### Bibliografía

1. Cervera R. Antiphospholipid Antibodies and Syndrome, 2018.
2. SemFYC, Guía de actuación en atención primaria, 4<sup>a</sup> ed, 2011.

**Palabras clave:** Síndrome antifosfolípido. Neuropatía óptica no arterítica.