

## 424/2648 - JUGAMOS EN MEDIO CAMPO

O. Arredondo Hortiguela<sup>1</sup>, A. González Gamarrá<sup>2</sup>, M. González Albóniga-Menor<sup>1</sup> y Z. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 33 años fumador de 15 cig/día sin antecedentes de interés. Acudió a la consulta de Atención Primaria (AP) por cuadro de 3 días consistente en disminución de la agudeza visual (AV) en el ojo izquierdo (OI). Debido al inicio agudo y la normalidad en la exploración física inicial, se derivó a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración en consulta AP: PA 145/72 mmHg, FC 73 lpm. Neurológica normal. Pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos extrínsecos oculares sin restricciones, diplopía, dolor ni nistagmo. Auscultación cardiaca normal. Exploración en urgencias oftalmológicas: AV ojo derecho (OD) 1, OI 0,4 (0,7 con agujero estenopeíco). Polo anterior sin alteraciones. Test de colores: OD normal, OI 10/14. Fondo de ojo: OD normal; OI papila de bordes borradados pálida hacia nasal inferior. Campo visual: OD normal, OI defectos difusos con mayor profundidad en zona central-centrocecal. Analítica de sangre: leve elevación de reactantes de fase aguda sin alteración de PCR, VSG y autoinmunidad. Tomografía computarizada cerebral: normal. Resonancia magnética cerebral: leve ectasia subaracnoidea en la vaina dural de ambos nervios ópticos de características inespecíficas.

**Orientación diagnóstica:** Neuropatía óptica de OI.

**Diagnóstico diferencial:** Las posibles causas de disminución de AV cuando el ojo está blanco y no duele son las siguientes: oclusiones vasculares retinianas (arteria/vena), neuropatías ópticas, hemorragia intravítreas, desprendimiento retiniano, uveítis posterior, degeneración macular asociada a la edad exudativa complicada (neovasos) y ceguera cortical.

**Comentario final:** La disminución aguda de la AV es siempre una urgencia oftalmológica. Es importante valorar la velocidad de instauración y duración, la presencia/ausencia de dolor y síntomas asociados y si afecta a uno/ambos ojos. Se debe considerar como primera opción la lesión en el nervio óptico, siempre que haya pérdida de visión o defecto pupilar aferente monocular o no haya anomalías del nervio óptico en la oftalmoscopia ni anomalías en la exploración ocular.

### Bibliografía

- Brady CJ. Pérdida aguda de la visión. Manual MSD Versión para profesionales. (Última revisión completa septiembre 2016. Consultado 29 julio 2019). Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-oftálmicos/s%C3%ADntomas-de-los-problemas-oftálmicos/p%C3%A9rdida-aguda-de-la-visi%C3%B3n>

2. Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Repollo P, Muñoz Tarín G. Guía clínica Disminución de la agudeza visual. Fisterra (última revisión 3 julio 2017; consultado 29 julio 2019). Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disminucion-agudeza-visual/?avisologin=Identificacion%20realizada%20correctamente>

**Palabras clave:** Ocular. PCR. Dolor.