



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

482/361 - ¡DOCTORA, "TENGO UNA PUPILA GIGANTE"!

N. Frías Aznar¹, A. Valer Martínez¹, M. López Machado² y A. Pueyo Ucar³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos. Zaragoza. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años que acudió a consulta de Atención Primaria por asimetría pupilar desde esa misma mañana. Asociaba "pinchazos" en ojo izquierdo aunque negaba dolor ocular. No cefalea, no visión borrosa ni fiebre. Niega traumatismos craneoencefálicos ni otra sintomatología. No hábitos tóxicos, no cambios en su tratamiento habitual ni uso de colirios. No presenta antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Midriasis izquierda arreactiva. Movimientos oculares sin restricciones. Pares craneales y campimetría por confrontación sin alteraciones. No diplopía. No presenta déficit sensitivo ni motor ni signos meníngeos. En Urgencias: agudeza visual bilateral de 1 y midriasis izquierda arreactiva. Con lámpara de hendidura se mide presión intraocular (PIO) objetivando 12 mmHg en ojo derecho y 44 mmHg en ojo izquierdo; por lo que se administra tratamiento tópico y acetazolamida oral con lo que desciende la PIO.

Orientación diagnóstica: Midriasis unilateral arreactiva.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico de la anisocoria supone un reto en las consultas de Atención Primaria; ya que pueden manifestar enfermedades graves como patología neurológica, neoplásica y/o infecciosa que requieran una valoración urgente. La anamnesis detallada (tiempo de evolución, síntomas asociados, traumatismos previos, uso de fármacos o contacto con plantas) y la exploración física completa son claves; incluyendo la valoración con lámpara de hendidura para detectar anisocorías sin causa neurooftálmica (glaucoma agudo, iritis...). En el glaucoma agudo de ángulo cerrado, el incremento de la presión intraocular (> 30 mmHg) se produce de forma rápida y en la mayoría de los casos requiere tratamiento médico y/o quirúrgico inmediatos. En general, se acompaña de dolor súbito ocular, hiperemia conjuntival, visión borrosa y malestar general.

Comentario final: La anisocoria se define como asimetría pupilar. En muchas ocasiones, su hallazgo debe ser considerado como un signo de alarma ya que puede asociar un daño cerebral grave; pero también debemos incluir causas benignas que lo justifiquen (glaucoma, colirios, broncodilatadores). Por todo ello, ante una anisocoria de reciente aparición, es importante valorar las diferentes patologías causantes, así como la utilización de determinados medicamentos.

Bibliografía

1. Tejero-Mas M, Palmerín-Donoso A, Pache-Ferrero L. Ojo rojo grave: glaucoma agudo. Aten Primaria. 2019;51(1):54-5.
2. Gutiérrez Ortiz C. Protocolo diagnóstico de la anisocoria. Acta Estrabológica. 2015;2:223-31.

Palabras clave: Anisocoria. Midriasis unilateral. Glaucoma.