



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 333/245 - PÉRDIDA BRUSCA DE LA AGUDEZA VISUAL

J. Ortiz de Salido Menchaca<sup>1</sup>, A. Orcajo Orueta<sup>2</sup>, A. Leibar Loiti<sup>1</sup>, V. Gómez Amigo<sup>3</sup>, X. Piris García<sup>3</sup>, E. Iriondo Bernabeu<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud Cotolino II. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Centro de Salud Kueto. Hospital San Eloy. Vizcaya. <sup>3</sup>Médico Adjunto. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>4</sup>Centro de Salud Cotolino I La Barrera. Hospital de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 85 años acude al SUAP de C. Salud por pérdida brusca de visión OI de 60 minutos de evolución. No dolor ocular. No fiebre. No más focalidad neurológica. AP: No hábitos tóxicos. HTA. DLP. Síndrome ansioso-depresivo. Hiperuricemia. Cefaleas tensionales en tratamiento preventivo con amitriptilina con buena evolución. IQs previas: Amigdalectomía. Legrado. Tratamiento Habitual: Furosemida 40 mg, Barnix 20 mg, Zyloric 100 mg, Simvastatina 20 mg.

Ante la sospecha de patología oftálmica vs Neurológica se decide derivar a S. Urgencias Hospitalarias para valoración por especialista.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36.7°C. TAS: 149 mmHg. TAD: 70 mmHg. FC: 80 lpm. SatO<sub>2</sub>: 97 %. Consciente y Orientada. Buen estado general. Afebril. Eupneica. No síndrome polimiálgico. CyC: No IY. No adenopatías. No soplos carotídeos- No carotidinia, hiperalgia cuero cabelludo ni claudicación mandibular. ACP: Rítmica. Soplo sistólico II/VI en foco aórtico. MVC. No ruidos añadidos. Abdomen: Anodino. Exploración Neurológica: Pupila izquierda hiporreactiva. AV: Muy disminuida. Sombras en OI. Movimientos oculares normales. Pares Craneales normales. Fuerza y Sensibilidad normal. Marcha y equilibrio normal. Romberg -. TAC craneal: Normal. Doppler de TSA: No estenosis en grandes vasos. Valoración Oftalmología: Neuritis óptica isquémica anterior de probable origen arterítico.

**Juicio clínico:** Neuritis óptica isquémica anterior de probable origen arterítico. Arteritis de la temporal.

**Diagnóstico diferencial:** Oclusión arteria/vena central retina. Desprendimiento vítreo/retina. Glaucoma. AIT. Ictus.

**Comentario final:** Cabe recalcar la importancia de todo paciente que acuda a nuestra consulta de atención primaria con sintomatología oftálmica, más aún si cabe, una ceguera uni/bilateral de aparición brusca, debe ser valorado de manera urgente por un especialista (oftalmólogo). Es una patología que es más frecuente de lo que se considera y como vemos en el diagnóstico diferencial puede ser consecuencia de numerosas causas, siendo algunas potencialmente graves. Lo curioso de este caso, es que la paciente presentaba una Arteritis de la Temporal, y su única manifestación era la Neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA), frecuente en esta enfermedad, pero muy rara como única manifestación de la enfermedad).

### Bibliografía

Armona J, Rodríguez-Valverde V, González-Gay MA, et al. Arteritis de células gigantes. Estudio de 191 pacientes. Med Clin (Barc) 1995; 105: 734-7.

Bagheri N, Mehta S. Acute Vision Loss. Prim Care Clin Offcie Pract 2015; 42: 347-361.

**Palabras clave:** Amaurosis. Arteritis. Temporal.