



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

447/18 - ¡DOCTOR, NO VEO DE UN OJO!

V. Rodríguez Rodríguez¹, C. Fernández García²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boal y Centro de Salud Navia. Asturias. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villayón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años, fumadora de 10 cigarrillos al día que no ha acudido nunca al centro de salud a pesar de que en ocasiones presenta cifras de TA elevadas. En el momento actual, refiere disminución de visión del ojo derecho en la mitad inferior (“como una cortina”) de una hora de evolución sin otra clínica acompañante. Tras la exploración física lo único que presenta son cifras elevadas de TA de 225/125 en varias tomas con lo que se decide derivación hospitalaria para valoración por Oftalmología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 220/95, auscultación cardíaca, pulmonar y neurológica sin alteraciones. Analítica: Hemograma, VSG y coagulación dentro de parámetros normales. Bioquímica: CT 298, HDL 48, LDL 204 y triglicéridos 229. Metabolismo del hierro y TSH normales. Radiografía de tórax: sin alteraciones significativas. ECG: ritmo sinusal sin signos de isquemia. TC craneal: No hemorragias intra ni extraaxiales, ni otros signos de patología aguda intracraneal. Dolicoectasia de la arteria basilar. Interconsulta a Oftalmología: fondo de ojo con papillas y mácula dentro de límites normales. No se observan hemorragias ni exudados parenquimatosos. Vasculatura fina grado I. Presión intraocular de 18 en ambos ojos. Agudeza visual ojo derecho 1 y ojo izquierdo 0,9. Evolución: la paciente recupera en las horas posteriores la visión de forma espontánea. Se administra captopril 25 mg para disminuir la TA y se decide ingreso hospitalario para completar estudios. ETT: VI con hipertrofia moderada. Patrón de llenado mitral de alteración de la relajación. Doppler TSA: no se visualizan zonas de estenosis hemodinámicamente significativas. En ambas bifurcaciones carotídeas se aprecian pequeñas placas fibrolipídicas parcialmente calcificadas, identificando lo que parece una placa fibrolipídica sin calcificar en origen de carótida interna derecha. Durante el ingreso la paciente no vuelve a presentar alteraciones visuales y se consigue controlar las cifras de TA con lo que se decide el alta con ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 20 mg y ramipril 10 mg.

Juicio clínico: Amaurosis fugax ojo derecho. Dislipemia mixta. HTA.

Comentario final: La pérdida brusca de la visión debe hacernos pensar en distintas patologías como la oclusión de la arteria o de la vena central de la retina, la neuropatía óptica isquémica, un AIT, la hemorragia vítreo y el glaucoma agudo de ángulo cerrado entre otros. Una correcta anamnesis y una exploración oftalmológica son determinantes para orientar el diagnóstico así como el control de los factores de riesgo cardiovascular es esencial para prevenir estas patologías.

Bibliografía

Kanski JJ. Oftalmología clínica, 7^a ed. Madrid: Elsevier; 2012; p 533-92.

Negredo Bravo LJ, Arribas García RA. Patología oftalmológica. En: Martín Zurro A. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia, 7^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014; p 836-49.