

Oftalmoplejía y pérdida visual agudas Acute ophthalmoplegia and visual loss

J. Arruga Ginebreda

Institut Català de Retina. Barcelona.

Correspondencia:

Jorge Arruga Ginebreda
E-mail: arrjor@hotmail.com

Caso clínico

Un paciente varón de 70 años consultó por un cuadro agudo de cefalea intensa y pérdida visual bilateral mayor en el ojo derecho que en el izquierdo. Asimismo había alteraciones de la motilidad ocular (Figura 1) consistentes en ptosis palpebral y oftalmoplejía total en el OD, además del déficit de la abducción en el OI. La pupila la del ojo derecho era mayor que la del ojo izquierdo.

¿Cuál es el diagnóstico de presunción?

- a. Arteritis de la temporal.
- b. Apoplejía hipofisaria.
- c. Hemorragia subaranoidea.
- d. Metástasis en seno cavernoso.

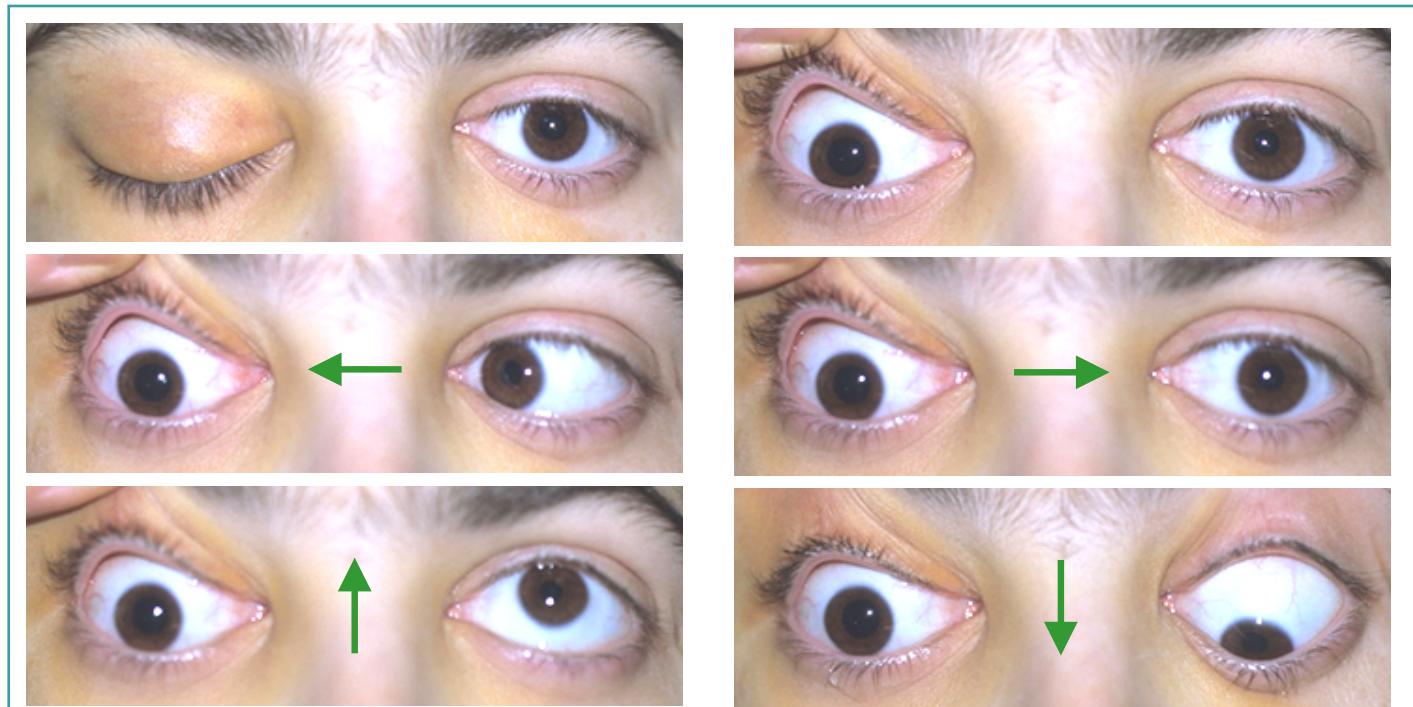


Figura 1.

Respuesta correcta: b

Por la edad y el sexo del paciente, cualquiera de las causas es posible. No obstante, la arteritis puede afectar a la visión y a la motilidad; pero cuando lo hace, la afectación se produce en episodios sucesivos. La hemorragia subaracnoidea puede causar pérdida visual aguda por hemorragia vítreo bilateral, pero no justificaría la oftalmoplejía bilateral por un aneurisma en el polígono de Willis.

El tumor metastásico podría causar todas las alteraciones que presenta el paciente, sin embargo, no se instaura de forma brusca y simultánea, como en el caso actual. La causa más frecuente de pérdida visual y oftalmoplejía agudas y simultáneas es el infarto

isquémico o hemorrágico en la hipófisis, o sea, la apoplejía hipofisaria (respuesta b).

Bibliografía recomendada

- Fusté C, Muñoz S, Arruga J. Diplopía (visión doble). *Annals d'Oftalmología*. 2016;24(2):67-77.
- Miller N, Newman N, Bioussé V, Kerrison J. *Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology*, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Rebollo G, Muñoz F, Arruga J, Sánchez-Dalmau B, González M, Martínez J. *Protocolos en neurooftalmología*. Sociedad Española de Oftalmología. Madrid, 2010.