

COMUNICACIONES EN PÓSTER

EXPOSITOR N° 11

TENCIÓN PRIMARIA / SALUD PÚBLICA

ID:869

➤ ¡Alerta! Cefalea y visión borrosa... no siempre es cuestión de gafas.

AUTORES:

Noelia Pérez Ortiz¹, César Hita Antón¹, Cristina Míguez García¹, Paz Rodríguez Ausín¹, Leticia Santamaría García¹, Iván Gonzalo Guijarro¹, Ana Belén Blázquez García¹

¹Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una niña de 6 años con los síntomas iniciales de visión borrosa y cefalea. Fue diagnosticada de Hipertensión intracraneal (HTIC) benigna a partir de una exploración oftalmológica.

Las cefaleas son un síntoma común en niños y adolescentes siendo el 90% de origen tensional o migrañoso. Oftalmología es la tercera especialidad más consultada, no solo para descartar defectos refractivos o de la motilidad ocular, sino también para realizar un fondo de ojo para descartar una cefalea de tipo secundario a hipertensión intracraneal, neoplasias, infecciones o alteraciones vasculares.

HISTORIA CLÍNICA

Niña de 6 años sin antecedentes previos relevantes, es remitida por su pediatra al servicio de oftalmología. Acude por visión borrosa y cefalea holocraneal ocasional de predominio matutino desde hace aproximadamente un mes. La madre refiere buen estado general de la niña, afebril en todo momento.

EXPLORACIÓN

AV sc: 0.96/0.96

Rx subjetiva:

OD: +1.00/-0.75/40° AVcc: 1.0

OI: +1.00/-0.75/155° AVcc: 1.0

AR bajo ciclopejía:

OD: +3.50/-0.50/40°

OI: +3.75/-0.50/160°

MOI y MOE normales. PPC HLN. Ortotropía. Neumotonometría: 11/12 mmHg.

Biomicroscopía: Polo anterior normal.

Fondo de ojo (FO) AO: máculas sin alteraciones. Papilas pequeñas, pletóricas. OD: borde nasal y superior borrados. OI: bordes borrados 360°, 2 hemorragias puntiformes en haz papilomacular.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Retinografía y ecografía ocular: papilas sobreelevadas. Se descarta la presencia de drusas del nervio óptico.

Cirrus HD-OCT (Carl ZeissMeditec) de nervio óptico: espesor medio de capa de fibras : 132/ 157 micras (alto).

Campimetría Humphrey HFA-II (Carl ZeissMeditec) estrategia detección cc-120°: defectos campimétricos aislados inespecíficos sin significación patológica.

DIAGNÓSTICO

Papiledema bilateral (parcial OD y completo OI) en paciente hipermetrope con cefalea de larga evolución sugerente de patología de sistema nervioso central (SNC).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Remitida a urgencias pediátricas, se decide su ingreso hospitalario, durante el cual presenta febrícula, recurrencia de su cefalea, náuseas y vómitos.

TC craneal normal. Analítica sin alteraciones significativas.

Punción lumbar: presión intracraneal 29.5 mmHg (elevada).

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Hipertensión intracraneal (HITC) benigna. Se inicia tratamiento con acetazolamida.

En los 18 meses posteriores a su primera visita, se ha hecho un seguimiento neurológico y oftalmológico incluyendo OCT y campimetría. Además se ha prescrito una gafa para tareas en visión próxima. El tratamiento oral fue suspendido 12 meses posteriores a su inicio por mejoría clínica de la paciente.

En la actualidad, a pesar de una mejoría inicial de la sintomatología, existe un empeoramiento objetivado mediante FO y OCT. En seguimiento junto con el servicio de neuropediatría.

CONCLUSIÓN

La HITC benigna es una de las causas más frecuente de papiledema. Con frecuencia se acompaña de cefaleas, pérdidas de visión transitoria o sensación de visión borrosa.

El optometrista debe tener en cuenta esta patología, ya que forma parte del servicio de atención primaria sanitaria, y puede favorecer su diagnóstico precoz prestando especial atención a síntomas o signos clave y cefaleas que no remitan o mejoren con corrección.