



PRACTICA CLINICA

OJO ROJO. A PROPOSITO DE DOS CASOS...

INTRODUCCION

El ojo rojo engloba a una gran variedad de procesos que se caracterizan por producir un enrojecimiento de la superficie anterior del ojo, constituyendo el problema ocular más frecuente en atención primaria¹.

Estos procesos van desde patologías tan banales como las conjuntivitis, el hiposfagma o la queratitis, hasta otros como las uveítis, glaucoma o fistulas carótido-cavernosas que deben ser derivados al oftalmólogo.

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO 1

AUTORES:

Susana Forcada Bagant* M^a José Monedero Mar^f*
*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
C.S. Rafalafena Castellón

El caso que presentamos es el de una mujer de 50 años de edad, que acude a nuestra consulta. Es de origen chino y presenta dificultad importante para expresarse en castellano. Refiere tener desde hace dos meses sensación pulsátil en el ojo izquierdo y ojo rojo (estaba siendo tratada con diversos colirios, catalogada su patología de conjuntivitis). Estos síntomas habían ido empeorando, resultando actualmente muy limitante para la paciente. Como antecedente de interés sufrió un traumatismo craneal hacía cinco meses en su país, del cual fue intervenida quirúrgicamente a nivel de la zona parieto-temporal izquierda.

A la exploración se observa ingurgitación de los vasos conjuntivales en "cabeza de medusa", discreto edema palpebral y proptosis leve. A la auscultación del ojo se aprecia un soplo ocular grado VI/VI irradiado al ojo contralateral, auscultándose asimismo un soplo carotídeo de intensidad algo menor. A la palpación ocular y temporal izquierda se objetiva pulsación de la zona.

Ante la sospecha de una fístula carótido-cavernosa probablemente secundaria al traumatismo

previo, se remite a la paciente para estudio neurológico, solicitándose desde ese servicio un angioTAC que confirma el diagnóstico. Actualmente la paciente ya ha sido intervenida quirúrgicamente mediante embolización de la fístula y se encuentra asintomática.

La fístula carótido-cavernosa es una comunicación anómala entre el seno cavernoso y el sistema de la arteria carótida intracavernosa. Esta comunicación ocurre en el 75% de los casos como consecuencia de un traumatismo^{2,6} sobre todo en pacientes jóvenes. El resto de casos tiene lugar de forma espontánea (hipertensión arterial, ateromatosis). También se han descrito casos yatrogénicos secundarios a cirugía transesfenoidal o del seno etmoidal^{3,7}.

La clínica es con más frecuencia de aparición progresiva, presentando sobre todo síntomas oculares. El diagnóstico es fundamentalmente clínico aunque precisa de la confirmación radiológica mediante angiografía cerebral. Su tratamiento es en pocos casos conservador mediante el masaje carotídeo, siendo en la mayoría de las fistulas quirúrgico con técnicas de embolización^{3,5,7}.

DESCRIPCION CASO CLINICO 2

AUTORES:

Cecilia Ruiz Jiménez* Cristina Romany Pastor*
*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Mujer de 48 años que acude a la consulta por presentar ojo rojo derecho de horas de evolución con intenso dolor ocular, disminución de la agudeza visual, lagrimeo y fotofobia. Sin traumatismo previo. Sin antecedentes familiares ni personales de interés.

A la exploración: Inyección ciliar, miosis, no secreciones, no apreciación digital de aumento de presión intraocular, sin tinción corneal con fluoresceína.

Tras la exploración se sospecha de Uveítis anterior, por lo que remitimos al oftalmólogo.

Quien tras la exploración con lámpara de hendidura y fondo de ojo confirma el diagnóstico y solicita pruebas para filiar la etiología y descartar



PATOLOGIA	DOLOR	INYECCIÓN CILIAR	EXUDADO	PUPILA	TONO OCULAR	AGUDEZA VISUAL	AUSCULTACIÓN OCULAR
HIPOSFAGMA	NO	NO	NO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	-
CONJUNTIVITIS	NO	NO	SI++	NORMAL	NORMAL	NORMAL	-
QUERATITIS	SI+	SI	NO	NORMAL	NORMAL	BAJA	-
UVEÍTIS	SI++	SI	NO	MIOSIS	VARIABLE	BAJA	-
GLAUCOMA	SI+++	SI	NO	MIDRIASIS	ALTO+++	BAJA	-
FÍSTULA C-C	SI+++	SI	NO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	SOPLO

Tabla 1

patología sistémica reumatológica o infecciosa. Se le solicita: Autoanticuerpos, HLA-B27, Mantoux y radiografías de tórax y sacroilíacas.

La uveítis anterior es la inflamación del segmento anterior de la úvea, compuesto por el iris y el cuerpo ciliar. La etiología en la mayoría de las ocasiones es desconocida. Y suele ser un episodio unilateral y aislado en la vida⁹.

En este caso clínico, así ocurrió. Además, todas las pruebas fueron negativas por lo que se diagnosticó de uveítis anterior aguda idiopática.

Las uveítis que sí recidivan, el 50% ocurren en portadores de antígeno de histocompatibilidad HLAB-27, con la posibilidad de desarrollar en un futuro una espondilitis anquilopoyética y con menos frecuencia, enfermedad de Reiter, enfermedad de Crohn o artropatía psoriásica⁹.

Cerca del 15% de uveítis anterior está asociada a espondilitis anquilopoyética y un 40% de los pacientes con artritis reumáticas sufren ataques recurrentes de uveítis aguda¹⁰.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL^{1,4,5,8}

Ver tabla 1

DISCUSION

La uveítis anterior y más aún, la fístula carótido-cavernosa son patologías que se presentan con escasa frecuencia, y esta frecuencia es menor si la analizamos desde las consultas de atención primaria.

Detectar casos como estos en nuestra consulta resulta realmente interesante, tanto en el estudio como en la revisión bibliográfica.

Las conclusiones más importantes que se derivan de ello son las siguientes:

- la anamnesis y exploración clínica siguen siendo los instrumentos “pilares” fundamentales en atención primaria
- un signo clínico común, como es el “ojo rojo” puede enmascarar una patología de gravedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Rilo Beltrán A. Patología oftálmica. En: Martín Zurro.A, Cano Pérez S.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt; 1999.p.1490-1491
2. Hmamouchi B, Rakaa A, Alhyene I, Bouderkha MA, Abassi O. [Post-traumatic carotid-cavernous fistula] Ann Fr Anesth Reanim. 2001 May;20(5):494-7. French. PMID:11419245 [PubMed - indexed for MEDLINE]
3. Eneth Torres MD, Federico Trejos MD, Rafael Barraquer MD Jaime Campello MD. Fístula cardiocavernosa de bajo flujo. Centro de oftalmología Barraquer. Barcelona. En línea [Http://www.co-barraquer.es/esp/varcc010.htm]
4. Bhatti MT, Peters KR. A red eye and then a really red eye. Surv Ophthalmol. 2003 Mar-Apr;48(2):224-9. PMID: 12686306 [PubMed indexed for MEDLINE]
5. Yang D, He Q, Zou Y, Xu M. Diagnosis and treatment of traumatic carotid cavernous fistula. Chin J Traumatol. 2002 Apr;5(2):112-4. PMID: 11904074 [PubMed indexed for MEDLINE]
6. Heymans O, Nelissen X, Gilon Y, Damme HV, Flandroy P. [Vascular complications after cranio-facial trauma] Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2002 Nov;103(5):281-7. French. PMID: 12461463 [PubMed indexed for MEDLINE]
7. Fontenla J R, Martínez Mañas R, Morales M, García Fructuoso G. Fístula carotidocavernosa de bajo débito. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. En línea [http://www.nexusediciones.com/np/ao 1995 5 3 006.htm]
8. Liñán López M, López López C, Escribá Baeza M, Gallego Montalbán JA, Ortega Torres N, Candel Fábregas J. Ojo Rojo. Diagnóstico diferencial desde Atención Primaria. Medicina de Familia (And) 2003; 3: 191-194
9. Díaz Llopis M, Navea Tejerina A. Uveítis. En: Menezo Rozalén J.L, Onrubia Fuertes J.E, Harto Castaño M.A. Principios de Patología y Farmacología Ocular. Valencia: Onrubia Fuertes 1993.p.199-210
10. Uveítis y endoftalmítis. En: Kanski J.J. Oftalmología Clínica. Madrid: Harcourt, 2000.p. 2-28