

# Urgencias oftalmológicas en patología sistémica

## Urgencias oftalmológicas de enfermedades sistémicas

Á. Fonollosa. Unidad de Uveítis, Servicio de oftalmología del Hospital General Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

Correspondencia: Álex Fonollosa. Paseo Maragall 184, 4º 1ª, cp: 08031 Barcelona.

E-mail: 36427afc@comb.es

### Introducción

El servicio de urgencias oftalmológicas, sobre todo en hospitales de tercer nivel, atiende en muchas ocasiones pacientes que presentan alteraciones oculares que se deben no a enfermedades puramente oftalmológicas si no a trastornos sistémicos que repercuten en el ojo o sus anejos. En algunos casos el diagnóstico de la enfermedad ocular implica una actuación urgente, diagnóstica o terapéutica, en relación al proceso sistémico. Son estos casos los que explicaremos a continuación.

El objetivo del capítulo no es describir detalladamente las características de las enfermedades sistémicas ni las manifestaciones oftalmológicas y su tratamiento (esto se aborda en otros capítulos) sino poner énfasis en aquellas situaciones que requieran una actuación de urgencia en relación al proceso sistémico asociado.

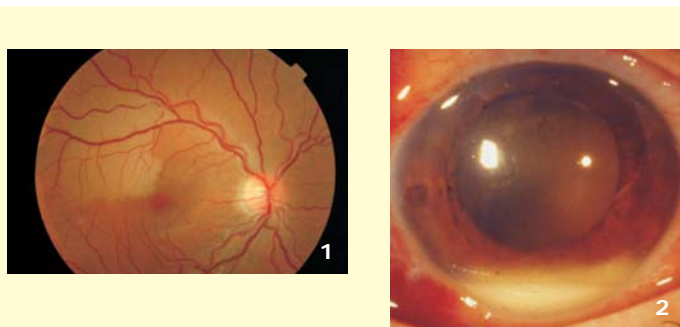


Figura 1. Infarto retiniano por oclusión de arteria temporal superior

Figura 2. Hipopión debido a endoftalmitis endógena

### Clasificación

Hemos clasificado las enfermedades desde un punto de vista etiológico en trastornos vasculares retinianos, trastornos endocrinológicos, patología infecciosa y trastornos neurooftalmológicos:

#### Trastornos vasculares retinianos y coroideos

##### Oclusiones arteriales

- *Manifestaciones oftalmológicas:* Los pacientes con oclusión arterial retiniana, bien sea de arteria central (ACR), de rama o cilioretiniana, refieren pérdida de agudeza visual (AV) aguda e indolora. Típicamente presentan infarto retiniano, mancha rojo cereza (en oclusiones de ACR) y a veces es posible observar émbolos (Figura 1).
- *Abordaje diagnóstico:* Las dos causas más importantes de oclusión arterial son la patología estructural cardíaca (fibrilación auricular, valvulopatías) y la arteriosclerosis carotídea, es decir patología embolígena<sup>1,2</sup>. Pensamos que una actuación urgente está justificada por el riesgo de accidente vascular cerebral. Solicitemos dos pruebas diagnósticas en urgencias: ecografía doppler carotídea y electrocardiograma. Así mismo implicaremos al neurólogo en el manejo del paciente.

##### Retinopatía y coroidopatía hipertensivas

- *Manifestaciones oftalmológicas:* Los casos de coroidopatía hipertensiva se presentan habitualmente en pacientes jóvenes con hipertensión (HTA) aguda (preeclampsia, crisis hipertensiva debido a feocromocitoma) que refieren pérdida de AV o escotomas. Típicamente en el fondo de ojo se aprecian múltiples desprendimientos de retina serosos bilaterales<sup>3</sup>. Los pacientes con retinopatía hipertensiva suelen padecer HTA crónica. El signo que implica gravedad y urgencia por riesgo de encefalopatía e insuficiencia renal es el edema de papila<sup>4</sup>.
- *Manejo terapéutico:* Estos pacientes requieren un control inmediato de la HTA y debemos consultar al servicio de medicina interna en urgencias.

#### Trastornos endocrinológicos

##### Diabetes Mellitus

Aunque no es frecuente, en algunas ocasiones acuden a urgencias pacientes en general jóvenes, sin antecedentes, con visión borrosa bilateral aguda, con exploración oftalmológica normal y al solicitar una analítica se aprecia una glucemia muy elevada, entorno a 400 mg/dL. Es preciso consultar con el servicio de medicina interna para ingresar al paciente e insulinarlo y evitar así el desarrollo de un coma diabético.

### Hipertiroidismo

Una complicación potencialmente letal y que requiere ingreso en cuidados intensivos es la crisis o tormenta tiroidea<sup>5</sup>. A las típicas manifestaciones de exoftalmos, oftalmoplejía, quemosis e hiperemia conjuntivales se añaden: hiperpirexia, agitación, irritabilidad, nerviosismo y agitación intensa, psicosis, taquicardias y arritmias. Hoy en día la tasa de mortalidad se sitúa entre el 20 y el 50%.

### Enfermedades infecciosas

#### Endoftalmitis endógena

- *Manifestaciones oftalmológicas:* El paciente, habitualmente con factores de riesgo como neoplasias, cirugía abdominal, adicto a drogas por vía parenteral, refiere disminución de AV y en la exploración destaca la presencia de uveítis anterior con hipopion, vitritis y focos de coriorretinitis (Figura 2).
- *Manejo diagnóstico:* Estos pacientes deben manejarse en urgencias puesto que la endoftalmitis implica diseminación hematógena y por tanto riesgo de sepsis y muerte. Podemos contribuir de manera decisiva al diagnóstico etiológico de la infección mediante la toma de muestra vítrea con vitrectomo portátil (en el mismo acto trataremos la infección intraocular mediante inyecciones intravítreas de vancomicina y ceftazidima). Además consultaremos con medicina interna que valorará el foco de infección (pielonefritis, endocarditis, colitis, etc.), solicitará las

exploraciones complementarias necesarias e instaurará el tratamiento adecuado.

### Trastornos neurooftalmológicos

El motivo de consulta más común es la diplopía y en la inmensa mayoría de los casos se debe a una paresia o parálisis idiopática o isquémica de un nervio craneal. Hay situaciones que nos deben hacer sospechar que algo más grave, como ictus o tumores, está ocurriendo y consultar de urgencia con los neurólogos: la afectación de varios nervios craneales, la focalidad neurológica y la midriasis en el contexto de la parálisis del III nervio craneal, muy sugestivo de aneurisma de la arteria comunicante posterior.

### Bibliografía

1. Sharma S, Naqvi A, Sharma SM, *et al.* for RECO. Transthoracic echocardiographic findings in patients with acute retinal arterial obstruction. *Arch Ophthalmol* 1996; 114:1189-92
2. Shah HG, Brown GC, Goldberg RE. Digital subtraction carotid angiography and retinal arterial obstruction. *Ophthalmology* 1985; 92:68-72.
3. Hayreh SS, Servais GE, Virdi PS. Fundus lesions in malignant hypertension. VI. Hypertensive choroidopathy. *Ophthalmology* 1986; 93: 1383-1400
4. Hayreh SS, Servais GE, Virdi PS. Fundus lesions in malignant hypertension. V. Hypertensive optic neuropathy. *Ophthalmology* 1986; 93: 74-87
5. Corrales Hernández JJ. *Enfermedades del tiroides*. En: Medicina Interna Rodés-Guardia. Barcelona: Ed Masson 2004, 2ª edición.