

Ilustre Colegio Oficial de
Médicos de Teruel



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2015

Nº 7



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Joaquín Velilla Moliner (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Ana Cristina Utrillas Martínez (Servicio de Cir. General y Aparato Digestivo del Hospital Obispo Polanco)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Colaboración científica

Fray Luis de Granada y Juan de Arfe. Anatomistas del Renacimiento. F. Valle

5

Revisión científica

Mordedura por víboras. A. Martínez / M^a J. Borruel / L.J. Floria / M^a T. Espallargas / I. Burgués

9

Originales

Nuevos tratamientos en la Esclerosis Múltiple. A. González / L. Jarauta / J. Borrás / V. Caballero / F. Rodilla

Tratamiento de la Hepatitis C en la era de los nuevos antivirales. A. González / E. Garza / V. Caballero / F. Rodilla

Influencia de la vacunación antirrotaviral en la prevención de casos de gastroenteritis aguda en niños nacidos en el Sector Teruel entre los años 2011-2012. Á. Domingo

15

Notas Clínicas

Doctor, ¿otra apendicitis?. M^a J. Borruel / A. Martínez / A. Arturo Moreno / V. Estabén

Leishmaniasis visceral en pediatría. Revisión de nuestra casuística. T. Díaz / P. Sanz / V. Caballero / L. García / N. Martín / C. Castaño

Intoxicación con dosis inusualmente altas de Paracetamol. A. Díaz de Tuesta / L. Usieto / J. Velilla / D. Lahoz

Detección casual de un paraganglioma familiar en un niño afecto de acalasia. V. Caballero / P. Sanz / A. González / T. Ojuel

Estadío final de una enferma con CIA tipo Ostium Primum sin tratamiento quirúrgico. T. Ojuel / V. Caballero / M^a C. Valdovinos

Colgajo libre de músculo gracilis para reparación de eminencia tenar en paciente electrocutado. M^a P. Muniesa / M^a T. Espallargas / L. Javier Floria

Obstrucción completa de la carótida interna diagnosticada por oftalmólogo. María Pastor / T. Perales / N. Navarro

Cefalea hípica secundaria a malformación arteriovenosa cerebral. M. León / W. Pita / V. Suárez / C. Iannuzzelli

Enfisema periorbitario tras sonarse la nariz. C. Blanco / F. Rodero / F. J. Esteban / T. Díaz

37

Diagnóstico por imagen

Sepsis meningocócica. E. C. López / I. Coscollar / C. Castaño

Luxación temporomandibular bilateral secundaria a crisis comicial. E. C. López / V. Estabén / C. López

Tendón Peroneo accesorio en corredera retromaleolar: Conflicto de espacio. A propósito de un caso. M. P. Muniesa / M. Guillén / J. M. Villalba

Calcificación en "palomitas de maíz": Signo patognomónico de Hamartoma. T. Díaz / C. López / A. Martínez

77

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Celebración del Día de la Patrona

81

OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE LA CARÓTIDA INTERNA DIAGNOSTICADA POR OFTALMÓLOGO

Dra. Maria Pastor Espuig¹ / Dra. Trinidad Perales Quilez¹ / Dra. Nieves Navarro Casado^{1,2}

¹ FEA Oftalmología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Jefe de Servicio Oftalmología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El Síndrome isquémico ocular (SIO) es una vasculopatía retiniana degenerativa generalizada que ocurre en individuos con insuficiencia carotídea. Normalmente aparece en pacientes varones mayores de 50 años con una estenosis del sistema carotídeo mayor del 90%¹. En escasas ocasiones el único síntoma de la estenosis carotídea es la clínica oftalmológica. Es importante el conocimiento de esta patología para instaurar las medidas preventivas y establecer el diagnóstico porque puede preceder a enfermedades cardio y cerebrovasculares potencialmente mortales².

PALABRAS CLAVE

Isquemia, Retina, Enfermedad cardiovascular, Enfermedad cerebrovascular, Estenosis, Carótida

ABSTRACT

The ocular ischemic syndrome (OSI) is a degenerative vascular condition that occurs in patients with severe carotid artery occlusive disease. It usually occurs in men over 50 years with carotid stenosis greater than 90% (1). Ocular signs and symptoms may be the first manifestations of carotid artery disease. Recognize this syndrome is important for adopt appropriate therapeutic options aiming at primary prevention of myocardial and cerebral infarction (2).

KEY WORDS

Ischemia, Retina, Cardiovasculars disease, Cerebrovascular disease, Carotid, Stenosis

INTRODUCCIÓN

La circulación retiniana es la única que puede ser visualizada in vivo y de forma directa sin necesidad de procesos invasivos. Esta característica de la retina explica que el fondo del ojo sea una pieza clave del diagnóstico en las enfermedades arterioscleróticas. La primera rama de la carótida interna es la arteria oftálmica, por esto la enfermedad arteriosclerótica carotídea puede traducirse en signos y síntomas oftalmológicos (amaurosis fugax, obstrucción de la arteria central de la retina y SIO) que es muy importante conocer ya que constituyen el anuncio de un ictus o la posibilidad de riesgo coronario futuro². Presentamos un caso de SIO como única manifestación de enfermedad oclusiva carotídea.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 70 años que consulta al Servicio de Oftalmología por disminución de visión en su ojo izquierdo progresiva e indolora desde hacía 2 años. El paciente recibía tratamiento para la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, además estaba pendiente de pruebas pre-anestésicas para la cirugía de un tumor renal.

En la exploración oftalmológica se observó una agudeza visual en ojo derecho de 0'8 y de 0'3 en su ojo izquierdo, siendo el resto del polo anterior y presión intraocular normal. En el fondo de ojo del ojo izquierdo se observaron hemorragias puntiformes en periferia media, arrosamiento y aumento del calibre de las venas con estrechamiento de las arterias. No había tortuosidad venosa, neovasos, ni exudados lipídicos o algodinosos que lo diferenciaban de la retinopatía diabética (Fig. 1).

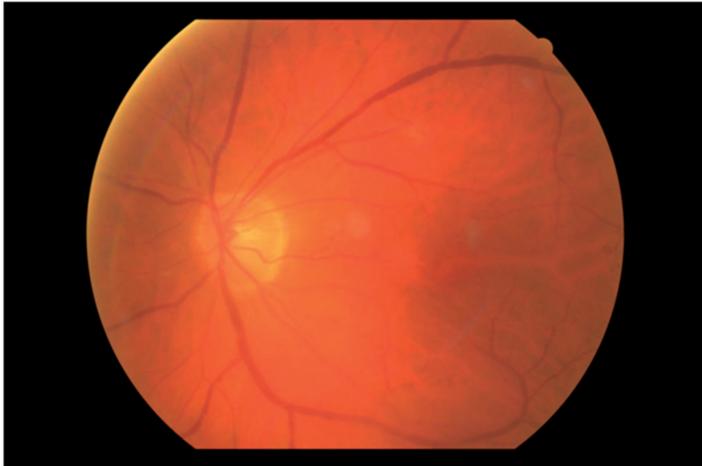


Fig. 1. Estrechamiento arteriolar y aumento del calibre de las venas. Hemorragias puntiformes dispersas en periferia media.

Se le realizó una angiografía con fluoresceína que puso de manifiesto un retraso del llenado arterial con insuficiencia de llenado venoso y amplias áreas de isquemia sobretodo en la periferia (Fig. 2). En la fase tardía del angiograma aparece una tinción intensa de los vasos retinianos, sobre todo las arteriolas, y de la papila (Fig. 3). Este hallazgo se observa en más del 80% de los pacientes con SIO³.

Ante la sospecha de SIO se solicitó una ecografía-doppler carotídea que diagnosticó una oclusión completa de la carótida interna izquierda que se confirmó con angio-TAC (Fig. 4).

En el plano oftalmológico el paciente recibió tratamiento con láser argón en varias sesiones para fotocoagular las áreas isquémicas de la retina. La agudeza visual no ha mejorado. Fue



Fig. 3. Fases tardías de la angiografía. Destaca la isquemia importante de predominio en periferia, tinción de vasos sanguíneos y, la hiperfluorescencia de la papila.



Fig. 2. Angiografía con fluoresceína. Fase intermedia. Se observan los numerosos microaneurismas dispersos y la falta de llenado de la vena temporal superior.

referido al Servicio de Neurología que le añadió a su tratamiento habitual ácido acetilsalicílico 100 mg al día.

DISCUSIÓN

El SIO es una situación importante que puede confundirse con otras entidades oculares como la retinopatía diabética y la obstrucción no isquémica de la vena central de la retina con las que comparte factores de riesgo y etiologías⁴.



Fig. 4. Angio-TAC. Se observa Oclusión completa de la arteria carótida interna desde la bifurcación, con placas gruesas adyacentes calcificadas, sin visualizar flujo distal en región cervical izquierda.

Su diagnóstico puede pasar por alto por lo que requiere un alto índice de sospecha y el empleo de los medios auxiliares (imágenes) apropiados así como la interacción con otras especialidades médicas, en nuestro caso con el Servicio de Radiología y Neurología.

La edad media de presentación es de 65 años en pacientes que además presentan diabetes mellitus (56%), hipertensión arterial sistémica (50%), enfermedad coronaria (38%), infarto cerebral previo o ataque isquémico transitorio (31%)¹. En pacientes más jóvenes de deben investigar otras causas como arteritis de células gigantes, síndrome de arco aórtico y arteritis de Takayasu⁵.

La endarterectomía parece ser el tratamiento definitivo del SIO al tratar la enfermedad obstructiva carotídea responsable del mismo

pero, desafortunadamente, es infectiva cuando hay un 100 % de obstrucción⁷.

La mortalidad asciende a un 40% en los siguientes 5 años del diagnóstico, siendo la causa más frecuente el infarto agudo de miocardio, seguido del accidente cerebro-vascular⁷. Es por ello que el diagnóstico oftalmológico y la rápida referencia de este tipo de pacientes de alto riesgo es crucial para incrementar su supervivencia.

En nuestro caso, nos queda la duda de que hubiera pasado si el paciente hubiera sido intervenido del tumor renal, previo al diagnóstico de obstrucción carótida interna. Este hecho pone de manifiesto la importancia del fondo de ojo para el diagnóstico de enfermedades vasculares, siendo como en nuestro caso, la manifestación oftalmológica la única que presentaba el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendrinos E, Machinis TG, Pournaras CJ. Ocular ischemic syndrome. *Surv Ophthalmol.* 2010;55:2-34
2. Gállego J, Herrera M, Navarro MC. Manifestaciones oftalmológicas de la enfermedad cerebrovascular. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2008; 31 (Supl. 3): 111-126.
3. Brown GC, Magargal LE. The ocular ischemic syndrome. Clinical, fluorescein angiographic and carotid angiographic features. *Int Ophthalmology.* 1988;11:239-51
4. Graue F. Enfermedades vasculares de la retina En: Ruiz-Moreno JM, Arias- Barquet L. *Manual de Retina SERV.* Barcelona: Elsevier, 2013. P. 17-20
5. Casson RJ, Fleming FK, Shaikh A, et al. Bilateral ocular ischemic syndrome secondary to giant cell arteritis. *Arch Ophthalmol.* 2001;119:306-307
6. Muñoa Prado J, Serrano Lozano J, Cossío Zazueta A, et al. Manifestaciones oftalmológicas en la enfermedad carotídea. *Revista mexicana de angiología.* Vol. 34, Núm. 2 Abril-Junio 2006 pp 56-62
7. Silvalingam A, Brown GC, Magargal LE, Menduke H. The ocular ischemic syndrome. II. Mortality and systemic morbidity. *Int Ophthalmol.* 1989;13:187-91.