

NO TODO ES GLAUCOMA

1.- Dr. Wilver Santiago Chambi Garcia: santiagootchambigarcia@gmail.com

2.- Dra. Tamar Gomez Villegas: thagovi@hotmail.com

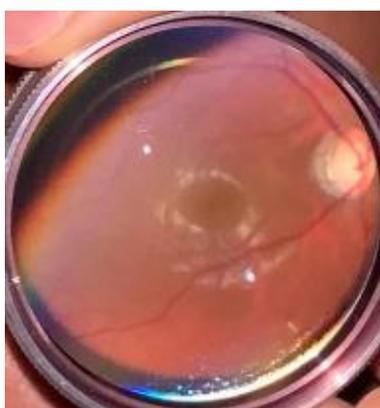
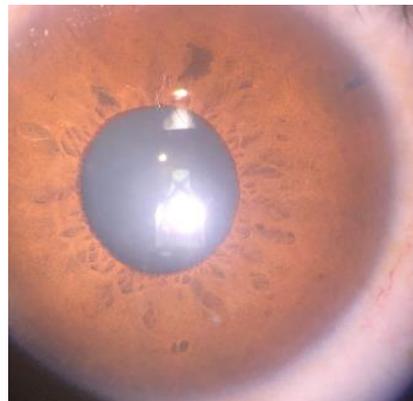
1. Médico residente, 2. Médica Adscrita Departamento de Neurooftalmología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, CDMX.

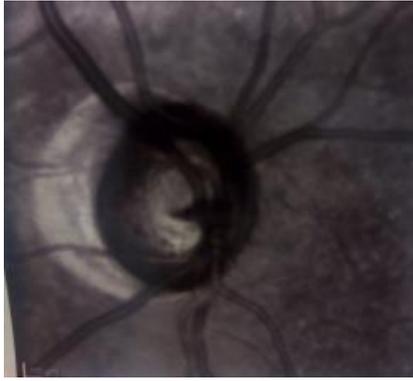
Se presenta el caso de un paciente masculino 39 años, refiere cuadro clínico de 6 años de evolución caracterizado por disminución progresiva, no dolorosa, de agudeza visual en ambos ojos, acude a Centro oftalmológico privado donde se le llega al Diagnóstico de Glaucoma Primario de ángulo abierto bilateral y es tratado con Hipotensor ocular tópico (no recuerda). Acude a su Seguro Social y es sometido a procedimiento de Iridotomía bilateral. En tratamiento actual: Travoprost cada noche ojo derecho y Dorzolamida cada 8 horas en ojo derecho.

Acude a nuestra institución encontrando lo siguiente:

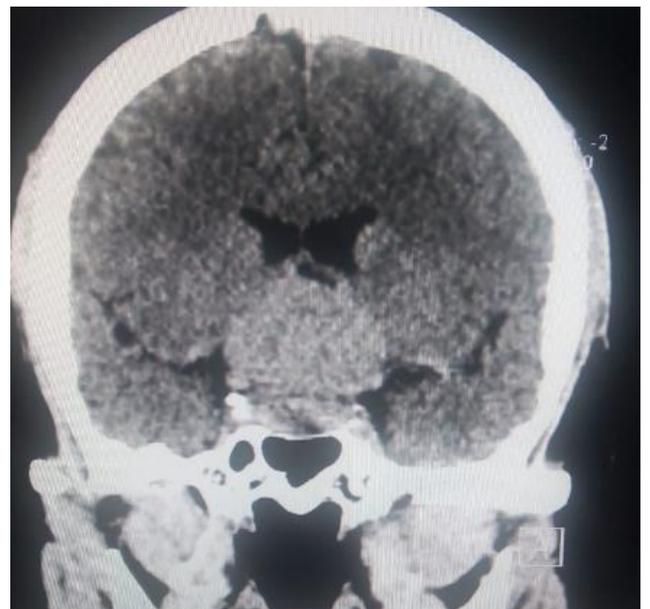
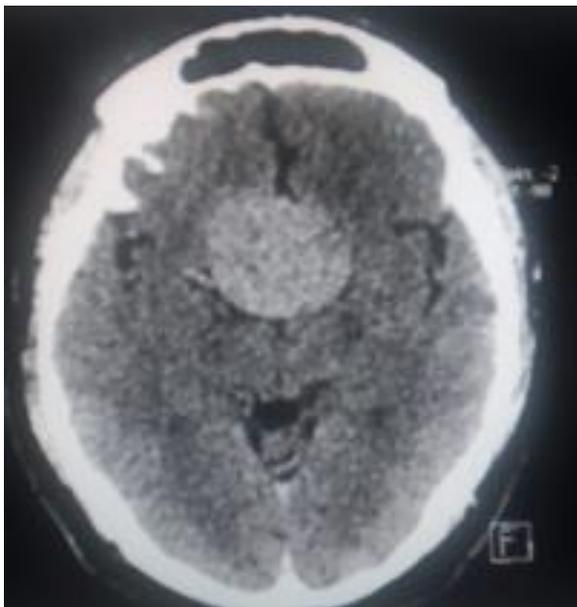
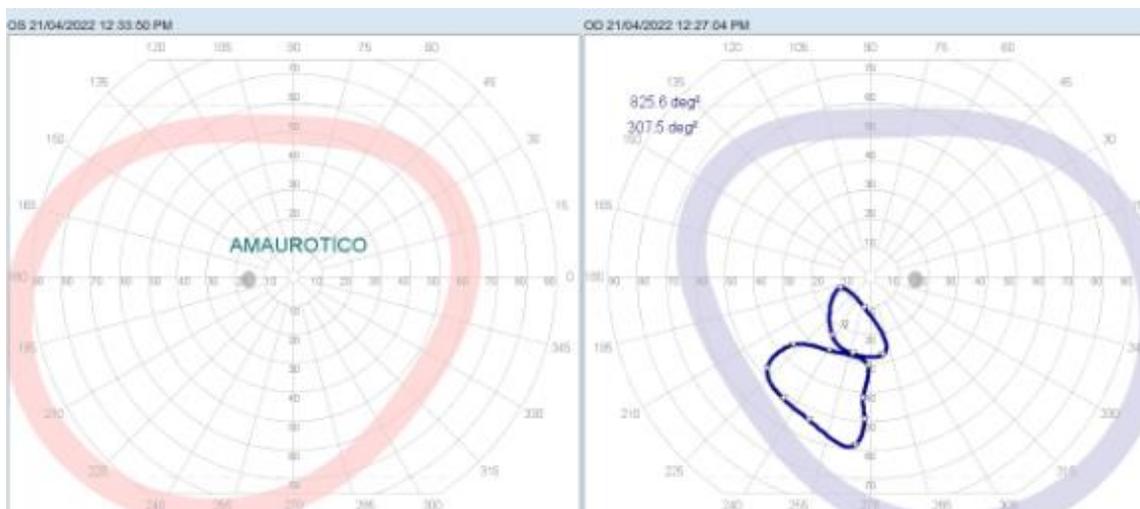
OD		OI
PL	Agudeza Visual	NPL
15 <u>mmHg</u>	PIO	15 mmHg

Pupila derecha con reducción significativa de la respuesta fotomotora, pupila izquierda arreflectica.





Se realiza campo visual cinético que muestra dos islas de visión nasales inferiores en el ojo derecho



La tomografía computada de cráneo en corte axial y coronal muestra una lesión ocupante de espacio en región selar compatible con Adenoma de Hipófisis.

El diagnóstico neurooftalmológico final en este caso es de síndrome quiasmático por Adenoma de hipófisis.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL CASO:

Los siguientes puntos son importantes en el análisis y abordaje diagnóstico del caso:

- 1.- Paciente joven con evidente reducción de agudeza visual a pesar recibir tratamiento tópico hipotensor e Iridotomía
- 2.- Las características oftalmoscópicas de las papilas ópticas del paciente no concuerdan con las de un paciente con Glaucoma
- 3.- La discordancia del anillo neuroretiniano con la agudeza visual.
- 4.- Los hallazgos en campimetría: se observa un respeto de la línea vertical en el ojo derecho, con islas nasales inferiores, lo cual es altamente sugestivo de compresión quiasmática crónica.

Es frecuente motivo de consulta en un centro de referencia nacional como el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía la neuropatía óptica de origen no glaucomatoso que el Oftalmólogo confunde y trata como Glaucoma. Consideramos se debe prestar atención a la clínica completa del paciente para evitar errores diagnósticos y retardo terapéutico.

Bibliografía:

1. Levin LA. Topical Diagnosis in Chiasmal and Retrochiasmal Diagnosis, Walsh Hoyts Clinical Neuro Ophthalmology,. Vol I, 2005, (4), 503-10.