

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA

ID: 1510

Glaucoma de ángulo cerrado secundario a cristalino intumesciente

➤ Autores: [Silvia María Martínez Sánchez¹](#), [Nuria Parres Sempere¹](#), [M Luisa Duran García¹](#), [María Bosch Vidal¹](#)

¹Hospital del Vinalopo.

Se presenta un caso clínico interesante, ya que, es algo que no sucede habitualmente, sobre todo por la edad del paciente.

varón de 27 años de edad, sin enfermedades de interés, ni tratamiento habitual. Acudió a urgencias del hospital por presentar virus estomacal con fiebre elevada, vómitos y diarreas continuadas, por ello, se le ingresó y se le hicieron pruebas, analíticas y se le dio tratamiento para la mejora de los síntomas.

Al tercer día de estancia en el hospital, perdió la visión repentinamente.

REALIZARON INTERCONSULTA A OFTALMOLOGÍA

Cuando el paciente acudió a la consulta presentaba una refracción en OD -6,50 y OI -5,25 -0,50 80 y una tensión ocular (PIO) medida con tonómetro de aire de 52/55, goldman 45/47

Se le comprobó la Agudeza visual (AV) que era de 0,05 ao sin corrección, su AV corregida en gafa de prueba era de unidad en ao.

Tras mirarle en la lámpara de hendidura se le vio que tenía una cámara anterior (CA) muy estrecha con protrusión iridiana secundaria a cristalino intumesciente, de probable origen metabólico (glucemia), con miopización aguda por

aumento del índice de refracción. No opacidad de medios, no tyndall.

EL TRATAMIENTO QUE SE LE REALIZÓ

colirio pilocarpina (para miosis pupilar) y tras eso iridotomías YAG profilácticas sin incidencias. Tto *Maxidex* 5 veces día, pilocarpina c8h, cusimolol c12h, 1 comprimido de *Edemox* c8h y en planta *Manitol* 20% 2 ampollas de 250ml en 2h.

REVISIÓN AL DÍA SIGUIENTE

Continuaba con miopía muy alta, abombamiento del cristalino e iridotomías semitransparentes.

PIO 26/25

AV 0,05 ao sin corrección, corregido unidad.

Se le ampliaron las iridotomías.

Continuar con mismo tratamiento.

En la siguiente revisión el paciente continuaba con misma miopía, CA más amplia, persistía cristalino intumesciente y transparente y PIO normal. Tras 14 días, su refracción era de -0,25 en ao, con AV sc 1,0 y con PIO 18/16 sin tratamiento. BMC Iridotomías bien, CA buena profundidad y cristalino transparente sin intumescencia residual. Se le dio el alta.



Sesión 5



Viernes, 13
de abril



17:30 h a 17:45 h



Terminal 21



CONCLUSIÓN

El cristalino aporta el 30% del poder dióptrico del ojo, el incremento del poder refractivo (miopización) de este obedece a la inhibición del metabolismo glucolítico y la consecuente acumulación de agua y glucosa en su interior.

Las causas de un glaucoma agudo bilateral con bloqueo pupilar y miopización secundaria son

muy variadas, entre ellas cabe destacar la de origen metabólico (hipoglucemia, hiperglucemia, galactosemia, hipocalcemia...), uso de fármacos como el *Topiramato* (antiepiléptico) y la ingesta de anfetaminas (el paciente negó tomarlas).

En este caso y tras descartar estas causas se quedó en un origen idiopático de momento.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

