Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1755

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1717 - DOCTORA, LA VEO DOBLE

C. Naranjo Muñoz[a], A.M. Moreno Rodríguez[a], M. Pérez Eslava[b] y J. Naranjo Muñoz[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Zahara de los Atunes. Cádiz. [c]Médico Residente de 1er año de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 63 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor moderado de inicio súbito a nivel orbitario del ojo derecho y sensación de cuerpo extraño desde hace dos horas. Acompañado de diplopía que se intensifica al mirar hacia abajo. No traumatismo previo en área orbitaria, no cefalea ni clínica neurológica asociada. No otra sintomatología acompañante. Con la realización del cover test, la diplopía desaparece. Se decide derivar al servicio de urgencias, donde se realizan pruebas complementarias de laboratorio e imagen y se valora por el servicio de Oftalmología y de Neurología con posterior seguimiento. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 mal controlada desde hace años, HTA, dislipemia, gota, cardiopatía isquémica hace 8 años y bursitis prerotuliana.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Afebril y eupneico en reposo. Cover test: diplopía binocular. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y reactivas a la luz y acomodación. Aunque los movimientos oculares parecen conservados, se aprecia una muy discreta desviación del ojo derecho en reposo hacia arriba. Diplopía vertical, que aumenta al mirar hacia abajo. Resto normal. El resto de la exploración por aparatos y sistemas anodina. Analítica con hemograma y bioquímica normal. ECG, Rx tórax y TAC craneal normales. RMN cerebral: focos de aspecto isquémico lacunar en fase crónica. Discretos signos de atrofia de predominio cerebeloso bilateral. Fondo de ojo y OCT macular sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Neuropatía IV par craneal derecho de carácter isquémico.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis, miopatía, neoplasia, aneurisma con efecto masa, diplopía asociada a migraña, arteritis de la temporal.

Comentario final: Se le indicó oclusión ocular en días alternos del ojo afecto si diplopía muy sintomática, AAS 300 mg/24h y control riguroso de factores de riesgo cardiovasculares, evitando el sedentarismo y el sobrepeso. El paciente evolucionó favorablemente, con resolución completa del cuadro a los tres meses. La diplopía puede ser monocular (25%) o binocular (75%), siendo la causa más frecuente de esta última la parálisis oculomotora. El IV par puede afectarse por múltiples causas (congénita, traumática, vascular, idiopática...), siendo una de las causas más frecuentes la vascular, sobretodo en pacientes diabéticos con factores de riesgo cardiovasculares asociados. La

mayor parte de las parálisis aisladas del nervio se recuperan espontáneamente en unos meses. La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en concienciar a médicos y pacientes sobre la importancia de un control riguroso de los factores de riesgo cardiovasculares para la prevención de enfermedades y de sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisterra Atención Primaria en la Red. Guía Clínica Diplopia. [Fecha de la última revisión: 20/04/2011]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diplopia/

2. Nazerian P, Vanni S, Tarocchi C, et al. Causes of diplopía in the emergency department:diagnostic accuracy of clinical assessment and of head computed tomography. European Journal of Emergency Medicine. 2014;21:118-24.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.