Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):49

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2541 - DOCTORA, VEO DOBLE SI NO ME TAPO ESTE OJO

A. Rascón García[a], L. Gardeñes Morón[a], M. Rey Seoane[b], N. Vicente Menas[b], E. Cifuentes Mora[c], C. Moliner Molins[a], J. Barbera Viala[a], J.M. Gardeñes Morón[d] y E. Bartolozzi[e]

[a]Médico de Familia; [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Enfermera. EAP El Castell-Castelldefels I. Barcelona. [d]Médico de Familia. EAP Sant Martí 10-J. Barcelona. [e]Médico de Familia. EAP Ramon Turró. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años acude a consulta tapándose un ojo para evitar diplopía que presenta desde hace seis días. Niega otra sintomatología. Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus de 5 años de evolución. Hipoacusia. Tratamiento farmacológico: atenolol/hidroclorotiazida, metformina, glicazida, gemfibrozilo.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 147/74. Auscultación cardiorespiratoria normal. No soplos en troncos supraaórticos. Pulsos temporales presentes. No exoftalmos ni enoftalmos. Exploración neurológica: orientado temporal y espacialmente. Pupilas isocóricas normoreactivas. No alteraciones en motilidad palpebral. Discreta limitación de abducción ojo derecho. No limitación para ascenso ni descenso de la mirada. Diplopía binocular con desdoblamiento horizontal con la abducción de ojo derecho. El resto de exploración neurológica es normal. Se remite a urgencias de hospital: análisis sanguíneo normal excepto Glucemia: 180 mg/dl. TAC craneal: normal,

Juicio clínico: La exploración neurológica evidencia una parálisis aislada del VI par craneal. Un inicio súbito diferencia una causa idiopática de una parálisis por un tumor o miastenia gravis. El mal control en la diabetes es un factor predisponente. Ante la estabilidad neurológica en las últimas 48 horas, se derivó a domicilio con diagnóstico de neuropatía isquémica del VI par craneal y tratamiento antiagregante. Se controló posteriormente en consultas de Neurología, mejoró hasta quedar asintomático en 3 meses.

Diagnóstico diferencial: Causas de diplopía horizontal: oftalmoplegia internuclear, miastenia gravis, oftalmopatía tiroidea, migraña oftalmopléjica, síndrome de Wernicke, miositis orbital, síndrome de Tolosa-Hunt, síndrome de Guillain-Barré, botulismo, lesiones estructurales, arteritis de células gigantes.

Comentario final: Ante un caso de diplopía, la afectación de un único par craneal junto con la estabilidad y mejora con el tiempo casi siempre indica un proceso benigno. La presencia de cefalea severa de inicio súbito exigiría valoración urgente.

Bibliografía

1. Brazis PW. Isolated palsies of cranial nerves III, IV, and VI. Semin Neurol. 2009;29:14-28.
2. Patel SV, Holmes JM, Hodge DO, Burke JP. Diabetes and hypertension in isolated sixth nerve palsy: a population-based study. Ophthalmology. 2005;112:760.

Palabras clave: *Diplopía. Parálisis sexto par craneal. Diabetes mellitus.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.