Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):6

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/197 - DOCTORA, VEO DOBLE

I. Llimona Perea[a], M. Candón Ballester[b] e I. Perea Cejudo[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años, con antecedentes personales de DM tipo II, HTA y dislipemia. Acude a Urgencias Generales derivado por diplopía horizontal en la mirada extrema hacia la izquierda desde hace 2 días. Sin pérdida de agudeza visual.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normotenso. ACR normal, FC 80 lpm. Exploración neurológica: Consciente y orientado, no disartria ni alteraciones del lenguaje. PINLA. Motilidad ocular normal salvo discreta paresia de recto externo izquierdo. No presenta alteración de otros pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha normal, Romberg negativo. ROT presentes y simétricos. Analítica: hemograma normal, bioquímica normal salvo hiperglucemia. TAC cráneo: normal. Interconsulta con oftalmología. No pérdida de agudeza visual, Fondo de ojo: retinopatía diabética con exudados algodonosos. Tras interconsulta con Neurología se decide alta con recomendaciones y cita en consultas en un mes. Tratamiento: Hidroxil B1-6-12, 1 comp/12 horas un mes y control estrecho de glucemia. Se le cita además en la unidad de retina por parte de Oftalmología. En consulta de Neurología se revisa al paciente, objetivándose parálisis residual y citándolo para una RMN craneal, que resulta sin alteraciones.

Juicio clínico: Con todos los resultados de las pruebas complementarias anteriormente expuestas se establece el juicio clínico de: mononeuritis isquémica del VI par craneal izquierdo, siendo el mal control de la diabetes su principal causa.

Diagnóstico diferencial: Se plantearon otros diagnósticos diferenciales de patología intracraneal que pudieran explicar la sintomatología del paciente, como ictus, aneurismas cerebrales, LOEs, etc.

Comentario final: La diabetes mal controlada es causa importante de neuropatía, encontrándose entre otras localizaciones, la mononeuropatía del VI par craneal, relativamente frecuente. Los pacientes que sufren de esta afectación pueden beneficiarse de controles de glucemia estrictos, recuperándose en algunos de los casos.

Bibliografía

1. Dios PD, Hermida AO, Feijoo JF. Farreras-Rozman Medicina Interna. 2002.
2. Aguilar-Rebolledo F. Guía clínica “Neuropatía Diabética” para médicos. Plast & Rest Neurol.

2005;4:35-7.

Palabras clave: *Neuropatía diabética. Diplopía. Parálisis VI par.*

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