Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1523

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2276 - UNA PTOSIS POR EXCESO DE DULCE

M. Catalán Montero[a], J. Mazuecos Fernández[b], J. Moreno Fernández[c], P. Martínez Arias[d], E. Pérez Valle[c] y S. López Aguilera[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por ptosis izquierda y diplopía de 48 horas de evolución. Como antecedentes personales el paciente presenta diabetes mellitus tipo 2 (buen control con última Hb glicada de 6,7), HTA y dislipemia, no fumador ni otros antecedentes de interés. Acude a consulta refiriendo “sospecha de padecer una conjuntivitis” porque desde hace tres días presenta caída del párpado izquierdo junto con visión doble. Niega la presencia de legaña, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño o dolor. No refiere cefalea ni otra focalidad neurótica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen sin hallazgos. Neurológico: Consciente y orientado. Pares craneales: no déficit campimétrico, pupilas isocóricas y normorreactivas. Ojo izquierdo: movimientos oculares con restricción de recto superior e interno con ptosis izquierda. Resto de la exploración neurológica normal. Se solicita analítica con Hb glicada y derivamos a Urgencias para la realización de CT craneal de forma urgente que fue normal.

Juicio clínico: Paresia completa del III par izquierdo sin afectación pupilar de 48 horas de evolución en paciente con FRCV.

Diagnóstico diferencial: Secundario a factores de riesgo cardiovascular como la diabetes, traumatismo craneoencefálico, tumores intracraneales, aneurisma, accidente cerebrovascular.

Comentario final: La diabetes es una de las causas más frecuentes de la paresia del III par. Ante un paciente con estas características es fundamental los antecedentes, la sospecha clínica y la exploración dividiéndolos en dos grupos: paresia III par más patología neurológica o traumática vs paresia III par sin etiología evidente. En estos últimos la urgencia vital que hay que descartar es que se trate de un aneurisma que junto con la paresia en la mayoría de los casos aparecerá dolor con afectación pupilar. En caso de que no tenga una afectación pupilar es más probable que se trate de una etiología microvascular. A nuestro paciente se le atribuyó la paresia a los factores de riesgo cardiovascular (principalmente DM). Presentó una buena evolución con recuperación completa a los 6 meses aproximadamente.

Bibliografía

1. Gállego J, Herrera M, Navarro M.C. Manifestaciones oftalmológicas de la enfermedad cardiovascular. An Sist Sanit Navar. 2008;31(Supl. 3):111-26.

Palabras clave: Nervio oculomotor. Diabetes mellitus. Blefaroptosis.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.