



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1623 - DOCTORA, VEO DOBLE

A. Chuchón Alva^a, M. García Miranda^b, P. Barbero Barbero^c, V. Siles Jiménez^d, A. Ciocea^e y V. Ciocea^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Este. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur Oeste. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Burgohondo. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a consulta de Atención Primaria por diplopía de aparición brusca con empeoramiento progresivo de 12 horas. Niega cefalea, mareo, pérdida de agudeza visual u otra sintomatología. Tras explorarla, solicitamos analítica completa y estudio hormonal, y la derivamos al Urgencias hospitalarias para realización de pruebas de imagen específicas. Posteriormente, vuelve a nuestra consulta, recomendamos evitar esfuerzos, uso parche de oclusión ocular alternando cada 3 o 4 horas con respeto de la visión nocturna hasta ser evaluada en consultas de Endocrinología. Cursamos baja laboral porque la clínica dificultaba sus actividades cotidianas y laborales. Tras confirmarse el diagnóstico es derivada a Neurocirugía para estudio y tratamiento del aneurisma. Manteniendo la diplopía sin cambios y sin otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Alerta y orientada en las tres esferas. Auscultación cardiopulmonar normal. Se evidencia diplopía en la mirada binocular que desaparece al ocluir un ojo. Está ausente en la visión cercana, pero se agrava en la visión lejana. Motilidad ocular intrínseca normal. Motilidad ocular extrínseca con restricción en la abducción del ojo derecho con diplopía asociada. Pares craneales normales. Fondo de ojo normal, no déficit campimétrico ni neurológico. Analítica general con estudio hormonal (no déficit de cortisol basal, gonadotropinas compatibles con valores de menopausia). Ecocardiograma (normal). TAC (sugestivo de macroadenoma hipofisario), en consultas de Endocrinología solicitan RMN (aneurisma paraselar de la arteria carótida interna derecha supraclinoidea).

Juicio clínico: Aneurisma con compresión de seno cavernoso derecho.

Diagnóstico diferencial: Macroadenoma hipofisario, Parálisis de nervios oculomotores (III, IV, VI), debut de miastenia gravis, debut de esclerosis múltiple.

Comentario final: Este caso clínico refleja el gran reto diagnóstico que supone la Diplopía por su diversa etiología, que va desde un simple defecto refractivo hasta una patología intracraneal que puede amenazar la vida de nuestro paciente. Recordad su asociación con enfermedades sistémicas como miastenia gravis y esclerosis múltiple, además como efecto secundario de algunos fármacos.

La anamnesis y la exploración física son fundamentales para diferenciar entre descompensaciones de patologías oftalmológicas y causas agudas de origen neurológico que requieren un protocolo diagnóstico urgente.

Bibliografía

1. Jarrín Hernández E, Arranz-Márquez E, Ten MA. Protocolo diagnóstico de la diplopía. *Medicine* 2015;11(91):5458-61.

Palabras clave: Diplopía. Aneurisma.