



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

387/57 - QUÉ TIPO DE DIPLOPÍA PARA UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. Valdor Cerro¹, D. Simarro Díaz², S. López Santos³, I. Sánchez Martín⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Torrelavega. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 23 años que acude a su MAP por visión doble y mareo desde hace dos semanas. Refiere ver doble principalmente con la mirada extrema lo que impide hacer sus actividades habituales, junto con sensación de inestabilidad sin giro de los objetos a su alrededor. No fiebre. No refiere ninguna otra clínica cuando es preguntada en la anamnesis. Antecedentes personales: Fumadora social de unos 3-4 cig/día. Consumo OH fines de semana. No enfermedades previas. Tratamiento habitual con ACO (Loette). Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada en las tres esferas. Eupneica en reposo. Normocoloración cutánea y de mucosas. Normohidratada. FIS conservadas. Cabeza y cuello: No se palpan adenopatías regionales. No aumento de PVY. Tórax: AC rítmica, sin soplos. AP murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. No doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. RHA presentes. Puñopercusión renal negativa. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y normorreactivas. Diplopía binocular (refiere una única imagen cuando se ocluye un ojo, y dos imágenes con ambos ojos descubiertos). Pares craneales normales. Nistagmus horizonto-rotatorio que bate hacia la derecha y no se agota. Fuerza y sensibilidad conservada. Claudicación hacia la derecha. Reflejos conservados. Dada la alteración en la exploración neurológica se deriva a la paciente al servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana para valoración. Bioquímica: glucosa 72, creatinina 0,7. TSH 1,2. Resto normal. Hemograma: normal. TAC craneal: Sin alteraciones. Se realiza volante de interconsulta preferente a Neurología.

Juicio clínico: Diplopía binocular de probable causa neurológica a estudio. Tras realizar RM por parte del servicio de Neurología del Hospital, se observaron varias lesiones hiperintensas en T1 en médula, retrobulbar y región parietal derecha, sugestivas de EM. Por lo tanto, se concluye primer brote de esclerosis múltiple. Tratamiento con bolo de corticoides IV.

Diagnóstico diferencial: En primer lugar, hay que distinguir entre diplopía monocular (visión doble en un solo ojo) y diplopía binocular. Monocular: causas principalmente oftalmológicas. Por ejemplo, cataratas, síndrome de ojo seco, alteraciones de la retina y cornea, defectos de refracción... Binocular. La visión doble afecta a ambos ojos a la vez. Trastornos de los nervios oculomotores (DM, HTA; tumores). Alteraciones de la musculatura extraocular. Trastornos del SNC: EM. Traumatismos. Enfermedades tiroideas.

Comentario final: Es muy importante diferenciar los tipos de diplopía para hacer un buen diagnóstico diferencial y orientar el problema del paciente. Hay que explorar la visión por separado ocluyendo ambos

ojos de manera alternante, y después explorar la mirada conjugada. Sin olvidar, exploración neurológica completa.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna. Vol 2, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Domínguez Moreno R, et al. Esclerosis Múltiple: revisión de la literatura médica. 2012;55(5).