



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

194/7 - Diplopía binocular vertical postraumática: reporte de un caso

M.J. Conesa Espejo^a, A. Martínez Más^b, C. Sánchez Pérez^a, J. Mroz^c, M. Boksan^d y M. García Aroca^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 4^o año. Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años consulta a su médico de atención primaria por diplopía tras traumatismo ocular. Antecedente personal: usa corrección óptica para visión cercana. Refiere esta mañana caída accidental, tropezando y golpeándose en región nasal y malar derecha. Refiere visión doble viendo un objeto encima de otro desapareciendo con la oclusión ocular. En la exploración física destaca hematoma malar y palpebral derecha, diplopía vertical que se incrementa en mirada superior y en mirada lateral derecha sin paresias con un fondo de ojo normal compatible con proceso restrictivo de músculo recto inferior frente a contusión inflamatoria. Se administra tratamiento analgésico y se remite a Urgencias para valoración por oftalmólogo. En Urgencias es valorado por oftalmólogo que solicita TAC craneal con cortes coronales para descartar fractura suelo orbitario con atrapamiento del recto inferior. Finalmente se confirma dicho diagnóstico y se contacta con Cirujano Maxilofacial que indica ingreso para vigilar evolución y valorar tipo de cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, frecuencia cardiaca: 81 latidos/minuto, saturación de oxígeno: 98%, tensión arterial: 160/90. Buen estado general. Glasgow 15/15. Exploración ojo derecho (OD): examen segmento anterior OD: Párpados: equimosis en región malar y palpebral inferior. No crepitación ni signos de enfisema subcutáneo. No se observa enoftalmos. Hemorragia subconjuntival inferior. Córnea transparente, fluoresceína negativa. Cámara anterior; normal, pupila isocórica y normorreactiva. Tonometría ocular digital normal. Tensión OD: 20. Fondo ojo derecho: Papila: coloración, límites, tamaño y excavación normal. Mácula normal. Árbol vascular normal. Parénquima y retina periférica normal. Motilidad ocular: diplopía vertical en posición primaria de la mirada que se incrementa en mirada superior y en mirada lateral derecha y que desaparece con la oclusión ocular. Analítica sangre: normal. Radiografía orbitaria y huesos propios de la nariz: normal. TAC craneal con cortes coronales: Fractura con hundimiento de 5 mm del suelo de la órbita derecha, que engancha las fibras inferiores del músculo recto inferior que se muestra edematoso. Hemoseno maxilar ipsilateral asociado.

Juicio clínico: Fractura-hundimiento del suelo de órbita derecha (blow-out), con atrapamiento de músculo recto inferior. Hemoseno maxilar ipsilateral.

Diagnóstico diferencial: Contusión inflamatoria. Miastenia grave. Tumores intracraneales. Aneurisma arteria carótida interna.

Comentario final: Diplopía, consiste en la visión doble. Es más frecuente la binocular. Entre las causas más frecuentes encontramos patología vascular, postraumática, tumoral y miopáticas. Los traumatismos oculares con fracturas orbitarias se pueden manifestar como limitación de movimientos oculares y diplopía, enoftalmos/exoftalmos, asimetría facial, equimosis, dolor, hiper/hipoanestesia infraorbitaria, enfisema orbitario, diplopía por compromiso muscular (sección, atrapamiento) como nuestro caso. La actitud diagnóstica será diferenciar diplopía monocular de binocular mediante cover test. Si la diplopía desaparece tras oclusión ocular se trata de diplopía binocular. Posteriormente realizar una historia clínica y exploración física sistemática y solicitar pruebas de imagen (radiografía frontal/perfil, TAC) y derivar al oftalmólogo/cirujano maxilofacial que valoraran la técnica quirúrgica más adecuada previa terapia analgésica y antiinflamatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webb LA. Manual de urgencias oftalmológicas: diagnóstico y tratamiento, 2ª ed. Madrid: Elsevier España, 2005.