



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/143 - Diplopía, diagnóstico diferencial en Atención Primaria

G. Izquierdo Enríquez<sup>a</sup>, C. Rodríguez Robles<sup>b</sup>, I. Prieto Checa<sup>c</sup>, A. Espejo González<sup>b</sup>, T. Martín de Rosales Cabrera<sup>a</sup>, R. Coleto Gutiérrez<sup>a</sup>, M.H. Cáceres Franco<sup>b</sup>, M. López de Santos Fernández<sup>b</sup>, M.P. Villanueva Morán<sup>d</sup> y R. Rodríguez Rodríguez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Zona Este. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Alpes. Zona Este. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. Zona Este. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años con antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico y hepatitis C de carácter autoinmune, que acude a nuestra consulta refiriendo visión doble binocular en los últimos días e intensa astenia de 2-3 meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. En la consulta se realiza exploración neurológica completa y se solicita analítica de sangre y orina. Se solicita interconsulta a Neurología para completar estudio. Previamente a la cita, acude de nuevo a nuestra consulta por intensa cefalea frontal que empeora progresivamente a lo largo del día y molestias para tragar, por lo que se deriva al Servicio de Urgencias, donde es ingresado en la planta de Neurología con la sospecha de enfermedad de motoneurona.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración neurológica completa no se objetivan datos de focalidad. No clara fatigabilidad ocular y fatigabilidad de hombros a los 4 minutos. Durante el ingreso hospitalario se solicita estudio de anticuerpos anticolinesterasa (Ab anti RACH) con resultado positivo; resonancia magnética craneal con gadolinio normal y electromiograma/jitter dentro de la normalidad. Se inicia tratamiento con piridostigmina, con buena respuesta al mismo.

**Juicio clínico:** Miastenia gravis.

**Diagnóstico diferencial:** Oftalmopatía tiroidea, lesiones estructurales, miastenia gravis, miositis orbitaria, botulismo, migraña oftalmopléjica, síndrome Eaton- Lambert.

**Comentario final:** La consulta en Atención Primaria por diplopía no es un motivo muy frecuente. Ante un caso de diplopía de aparición reciente, el médico debe tener cierta habilidad y conocimiento sobre ello para poder realizar una correcta orientación en la anamnesis y exploración física, así como ser capaz de discernir si presenta síntomas o signos de alarma que requieran una valoración de forma urgente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al. Harrison, principios de medicina interna. Ed. Mc Graw Hill, 16<sup>a</sup> ed. 2005: 2773-6.

2. Julián Jiménez A, et al. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Comité editorial CHT/SEMES, 3<sup>a</sup> edición 2010: 577-9.
3. Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6<sup>a</sup> ed. 2007: 154.
4. Uptodate. Bienfang, D.C. Overview of diplopia [sede web]. Apr, 2012.Uptodate. Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com/>