



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/9 - Actuación en Urgencias ante una diplopía, ptosis palpebral y midriasis monocular

E.M. Romero Rodríguez^a, F. Leiva Cepas^b y J. Cuevas Cruces^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. ^bMédico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Dislipemia con buen control, en tratamiento con simvastatina. No antecedentes médicos y quirúrgicos interés. Mujer de 52 años que consulta por dolor periorbitario derecho, tipo punzante, de 4 días de evolución. El mismo día que acude a Urgencias presenta ptosis palpebral y anisocoria, con midriasis y estrabismo convergente del ojo afecto. Días previos había tomado AINEs, sin mejoría de la clínica, motivo por el cual consulta en nuestro Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Exploración neurológica: No signos de meningismo. Ptosis palpebral. Anisocoria con midriasis ojo derecho. Reflejo pupilar conservado. Parálisis del III par craneal. Resto de pares craneales normales. Fuerza, tono y sensibilidad conservada en miembros superiores e inferiores. Romberg negativo. ACR: tonos rítmicos, sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible. No doloroso a la palpación. No masas ni megalias.. No signos de irritación peritoneal. Se solicita hemograma, bioquímica y coagulación: con valores dentro de la normalidad. TAC craneal: sin hallazgos patológicos. Interconsulta a Neurología: se decide Ingreso para completar estudio de parálisis de III par, diplopía, ptosis palpebral y midriasis. AngioRMN: aneurisma comunicante posterior derecha 8,4 × 4,3 × 3,7 mm, procediendo a embolizar.

Juicio clínico: Aneurisma comunicante posterior derecha.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, miastenia gravis, pseudotumor cerebri, infarto microvascular, aneurisma carótida interna o comunicante posterior, cefalea oftalmopléjica, meningitis tuberculosa, trombosis seno cavernoso, parálisis supranuclear progresiva.

Comentario final: El aneurisma de la arteria comunicante posterior es el segundo aneurisma más común en el círculo de Willis. Aunque su forma de presentación típica la constituyen síntomas y signos derivados de su ruptura y consiguiente hemorragia, casi el 70% de los aneurismas sintomáticos sin ruptura cursan con parálisis del III par y su localización más frecuente es el origen de la arteria comunicante posterior, por lo que su diagnóstico precoz adquiere especial importancia en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck J, Rohde S, Berkefeld J, Seifert V, Raabe A. Size and location of ruptured and unruptured intracranial aneurysms measured by 3-dimensional rotational angiography. *Surg Neurol.* 2006;65(1):18-25.
2. Ng P, Khangure MS, Phatouros CC, Bynevelt M, ApSimon H, McAuliffe W. Endovascular treatment of intracranial aneurysms with Guglielmi detachable coils: analysis of midterm angiographic and clinical outcomes. *Stroke.* 2002;33:210-7.