



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2273 - Veo doble, doctor

J.A. Castiñeiras Moracho<sup>a</sup>, O. Guta<sup>b</sup>, M.I. Pagola Lorz<sup>c</sup>, P. Peleato Iñarreda<sup>a</sup>, J.J. Ballesteros Pérez<sup>d</sup>, F.J. Juárez Barillas<sup>a</sup>, M.Á. Pérez Gutiérrez<sup>e</sup> y M.I. Llamas Blasco<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Navarra. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela-Este. Navarra. <sup>c</sup>Médico Especialista en Neurología; <sup>e</sup>Médico de Familia y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Navarra. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela-Oeste. Navarra.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 43 años de edad que refiere presentar desde hace 2 horas aproximadamente cuadro de diplopía binocular a la visión lejana que además, asocia a la aparición de cefalea hemicraneal derecha de fuerte intensidad, acompañada de lagrimeo, náuseas y vómitos en días precedentes y que había conseguido mitigar con la toma de AINEs, hoy preocupado porque “no puede conducir en este estado” decide visitarnos a consulta.

**Exploración y pruebas complementarias:** El paciente se encuentra consciente en tiempo y espacio, neurológicamente estable y sin anomalías, arterias temporales normales, exploración oftalmológica sin patología reseñable, pupilas normoreactivas isocóricas y normoreactivas, pero a la realización de optotipos presenta diplopía a la media distancia, sobre todo a la verticalidad de la mirada en ambos ojos constatando paresia de los pares IV y VI por lo que se decide derivación urgente a Neurología para posible ingreso y estudio. Durante el ingreso en neurología se constata la paresia completa del IV y VI par craneal e incompleta para el III par craneal del ojo derecho, se realiza Analítica de Sangre y TC que no demuestra patología por lo que se decide realización de punción lumbar con cultivo y serología del LCR y RMN que resultaron normales. El paciente permanece ingresado durante 3 días con mejora paulatina de la diplopía tras tratamiento con corticoides, dándose de alta, 10 días después el paciente es reevaluado presentando una visión sin diplopía. El paciente volvió a presentar en meses posteriores casos de cefaleas de similares características que fueron tratadas eficazmente con el uso de terapia corticoidea.

**Juicio clínico:** Migraña oftalmopléjica.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor intracraneal. Fístula carotido-cavernosa. Esclerosis múltiple. Vasculitis. Miastenia gravis. Síndrome Tolosa-Hunt. Migraña oftalmopléjica.

**Comentario final:** La migraña oftalmopléjica es una rara patología normalmente más vista en niños y adultos jóvenes caracterizada por repetidos ataques de parálisis de 1 o más pares oculares acompañada de dolor hemicraneal ipsilateral. Su diagnóstico sigue unos criterios establecidos por la IHS: al menos 2 ataques, cefalea unilateral acompañada de paresia de uno o más pares oculomotores, lesiones orbitales paraselares o de fosa posterior excluidas y los síntomas no son capaces de ser explicados por otras causas.

**Palabras clave:** Diplopía. Migraña. Oftalmoplejia.