



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1023 - ¿Y POR QUÉ VEO DOBLE?

S. Álvarez Mesuro^a, P. Silva Gamarra^b, E. Rivera Mayoral^c, M. Vargas-Machuca Cabañero^d, E. Sánchez Serrano^a e I. Gutiérrez Sánchez^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 49 años. Antecedentes: hipercolesterolemia tratada con estatinas, y cirugía en dos ocasiones de pterigion recidivante en ambos ojos (AO). Consulta por diplopía binocular horizontal en posición primaria de 2 días de evolución, que progresa hasta la dextroversión. Empeoramiento vespertino y con visión lejana. El primer día tuvo cefalea frontal leve que remitió con ácido acetilsalicílico, sin otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, tensión arterial: 115/75, auscultación cardiopulmonar normal. Consciente y orientado. Lenguaje normal. No disartrias, praxias ni agnosias. Pupilas normales. Pterigion nasal ojo derecho (OD). Restricción de abducción (VI par) OD, con resto de movimientos oculares externos normales. Agudeza visual normal. Fondo de ojo normal. Fue derivado e ingresado para estudio etiológico, con analítica completa, perfil tiroideo, estudio de autoinmunidad, anticuerpos antireceptor-acetilcolina, serologías, TAC, RM cerebral y estudio de líquido cefalorraquídeo normales.

Juicio clínico: Monoparesia del VI par craneal derecho de etiología idiopática.

Diagnóstico diferencial: Traumatismo. Vascular (factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes). Tumoral. Infecciosa (meningitis, tuberculosis). Inflamatoria. Tóxico-metabólica. Esclerosis múltiple. Arteritis de la temporal. Síndrome de Guillain-Barré.

Comentario final: La diplopía binocular es la que se percibe sólo cuando ambos ojos están abiertos, y desaparece al ocluir uno. La más frecuente es la del VI par, que inerva al músculo recto lateral, limitando la mirada lateral externa, y que empeora en la visión lejana (en el caso del IV par empeora con la visión de cerca). Las parálisis benignas idiopáticas del VI par son más típicas de adultos jóvenes y se resuelven espontáneamente. El tratamiento consiste en: oclusión ocular, ejercicios, uso de prismas, toxina botulínica (que es más efectiva si se usa en los primeros 3 meses), y si en 6-12 meses no se ha recuperado tratamiento quirúrgico del músculo antagonista. En este caso se planteó la posibilidad de tratamiento con toxina botulínica, pero el cuadro evolucionó hacia la resolución total espontánea sólo con oclusión y ejercicios.

Bibliografía

1. Ruiz de Adana Pérez, R. Guía Fistera de Diplopía (9-12-2016).

2. Grant T. Liu, Nicholas J. Volpe, Steven L. Galetta. Neuro-Ophthalmology: Diagnosis and Management, Chapter 15, 491-550.

Palabras clave: Diplopía. Parálisis. Ocular.