



## 242/2088 - ¡DOCTOR VEO DOBLE! ¿CON UN OJO O CON LOS DOS?

M. Mené Llorente<sup>a</sup>, A. de Cruz Benayas<sup>b</sup>, A. Hidalgo Rodríguez<sup>c</sup>, J. Aguirre Rodríguez<sup>b</sup>, C. Fignani Molina<sup>d</sup> y D. Martín Enguix<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. <sup>c</sup>Médico Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud. La Chana. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años que acude al Centro de Salud por “visión doble” desde hace 4 días, iniciada de forma brusca, sin cefalea, vómitos u otra clínica acompañante. Como antecedente personal, sólo destaca HTA de 10 años de evolución, en tratamiento con eprosartan y torasemida, habitualmente bien controlada.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA en consulta: 175/95. Destaca una diplopía binocular horizontal intensificada al mirar a izquierda, con desviación medial del ojo izquierdo en posición neutra. Pupilas isocóricas, normorreactivas, sin nistagmo ni otros signos de focalidad neurológica asociados. Sospechando afectación del VI par craneal (PC) tras exploración neurooftalmológica, derivamos a Servicio de Urgencias para realización de pruebas de imagen que descarten un proceso estructural, evidenciándose en un TAC/angio-TC cerebral una “lesión de 17 × 20 mm, compatible con un aneurisma gigante fusiforme de arteria carótida izquierda” (ACI), realizándose embolización endovascular con colocación de stent.

**Juicio clínico:** Aneurisma gigante fusiforme ACI intracavernosa.

**Diagnóstico diferencial:** Las causas de diplopía son numerosas. Es de vital importancia discernir desde Atención Primaria (AP) qué signos apuntan hacia una lesión urgente, para orientar un diagnóstico diferencial de situaciones potencialmente mortales e instaurar tratamiento precoz según etiología. Dentro de la exploración, es imprescindible valorar algunas características. La primera: ¿es monocular o binocular? La diplopía monocular (15% de los casos aproximadamente), obedece generalmente a un proceso ocular (error de refracción, catarata...), de mucha menor gravedad. La binocular (85%), suele responder a problemática neuromuscular, pudiendo ser el primer síntoma de una condición mucho más grave (esclerosis múltiple, miastenia gravis, accidente cerebrovascular, etc.). Otro signo importante es identificar alteración pupilar unilateral, por repercusión de las fibras parasimpáticas acompañando al III PC, cuya causa más frecuente es una lesión compresiva (típicamente aneurisma o tumor). Finalmente, la existencia de alteraciones del globo ocular, de su motricidad, o de otros PC.

**Comentario final:** En nuestro caso, la diplopía por debilidad del recto externo izquierdo y esotropía, eran consecuencia de la compresión por un aneurisma, probablemente en relación con su HTA, uno de los FRCV que debemos controlar de manera firme desde AP.

## **Bibliografía**

1. Comer RM. 2007.
2. Lavin P. 2016.
3. Bienfang DC. 2016.
4. Bienfang Don C. Overview of diplopia. UpToDate, 2017. Disponible en:  
[https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/overview-of-diplopia?source=search\\_result&search=diplopia&selectedTitle=1~150](https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/overview-of-diplopia?source=search_result&search=diplopia&selectedTitle=1~150)

**Palabras clave:** Diplopía. Aneurisma carótida. Intracavernoso.