



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/606 - ¡DOCTORA, VEO DOBLE!

C. Molina Ruiz^a, M. Fernández Madueño^b y M. Navarro Hidalgo^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Jaén. ^bMédico de Familia. Facultativo Especialista Adjunto de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín. Jaén. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Posadas. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años sin alergias a fármacos con antecedentes de migraña y amaurosis fugax, fumadora de 3 cigarros/día. No toma tratamiento habitual. Acude a consulta por cefalea opresiva periorbitaria izquierda de varios días de evolución junto a fotofobia, no sonofobia, acompañada desde hace horas de diplopía binocular (horizontal). No fiebre. No vómitos. No otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/90. FC: 65. Sat O2: 95%. DTT: 95. BEG. COC. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Neurológico: PICNR. PPCCs normales. Exoftalmos ojo izquierdo. Fuerza y sensibilidad conservada en miembros superiores e inferiores. No nistagmo. No dismetría. Deambulación normal. Romberg negativo. No rigidez de nuca, no signos meníngeos. ACR: arrítmica, sin soplos. MVC con algún roncus. MMII: No edemas ni signos de TVP. ECG: FA a 120 lpm. TAC craneal: probable aneurisma arteria carótida interna izquierda en seno carotídeo. RMN craneal: proceso expansivo seno cavernoso izquierdo (meningioma vs angioma). SPECT cerebral: angioma seno cavernoso. Analítica y radiografía de tórax normales.

Orientación diagnóstica: Angioma seno cavernoso izquierdo. Paresia III par.

Diagnóstico diferencial: Mononeuropatía isquémica. ACV. Arteritis arteria temporal. Miastenia gravis. Oftalmoplejia internuclear o supranuclear. Síndrome base del cráneo.

Comentario final: Paciente con antecedentes de migraña comienza con crisis de migraña similar a previas hasta que aparece la diplopía al despertar como nuevo síntoma acompañante. Ante una diplopía lo primero que debemos pensar es la probable causa neurológica u oftalmológica de la misma en función de si ésta es binocular o monocular respectivamente. En este caso el origen de la diplopía es la causa neurológica.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Diplopía. Angioma cavernoso.