

347/392 - EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: ORDEN Y DISCIPLINA

M. Romero Mayo^a, F. Pastor Paredes^a, R. García García^b y A. Romero Romero^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores. Granada. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Zubia. Granada. ^cUnidad de Gestión Clínica Gran Capitán. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años con AP de hemiparesia izquierda residual, DM2 insulinodependiente y HTA refractaria. Acude a por visión doble asociado a dolor intenso en hemicara izquierda sobre todo en sien y en CAE ipsilateral con sensación de arenilla en ojo ipsilateral. Describe visión doble binocular de predominio horizontal, aunque a veces también vertical. Niega secreción ocular, perdida de agudeza visual. No fiebre. No mareo. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. No disartria. Buen control de cifras TA y glucemias en domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 138/72 mmHg. FC 69 lpm. Sat 98%. Glu 105. A la inspección observamos lesiones vesiculosa en distintos estadios en párpado izquierdo y región frontal ipsilateral. Exploración neurológica: consciente y orientado en tiempo, espacio y personal. Lenguaje y habla preservados. PINLA. Campimetría por confrontación normal. Limitación en la mirada horizontal, lateral de ambos ojos (compromiso de ambos rectos externos). PPCC preservados salvo hipoestesia en hemicara (secuelar a Ictus previo), déficit motor y sensitivo en hemicuerpo izquierdo (secuelar a Ictus previo). No dismetrías. No signos cerebelosos. Valoración oftalmológica: Lesiones de aspecto herpético en párpado superior y zona frontal izquierda, borde palpebral inferior libre de vesículas. Fluotest negativo. Fondo de ojo: normal.

Orientación diagnóstica: Diplopía binocular. Herpes zóster V1 izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico o hemorrágico, miastenia gravis, encefalitis infecciosa, lupus, LOE cerebral, enfermedad de graves, neuritis óptica.

Comentario final: Se deriva a Urgencias hospitalarias para valoración especializada. Descartando patología isquémica aguda cerebral, se decide ingreso en Neurología para proseguir estudio con buena evolución en tratamiento farmacológico con aciclovir. La diplopía no es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria. Sin embargo, es fundamental que el médico sea capaz de realizar una correcta anamnesis y exploración física con habilidad para explorar los músculos oculares, siendo capaz de discernir si presenta síntomas o signos de alarma que requieran una valoración de forma urgente.

Bibliografía

1. Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 6^a ed. 2007.

2. Bienfang DC. Overview of diplopia. UpToDate, 2012.

Palabras clave: Diplopía. Herpes zóster. Exploración neurológica.