

## 347/2396 - VISIÓN BORROSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN ICTUS VERTEBROBASILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A. Chuchón Alva<sup>a</sup>, V. Ciocea<sup>b</sup>, M. García Miranda<sup>c</sup> y A. Ciocea<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Suroeste. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Burgohondo. Ávila. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila. <sup>d</sup>Médico de Área. Centro de Salud Fontiveros. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, HTA y accidente isquémico transitorio hace 4 meses. Hábito tabáquico (10 cigarrillos/día) y enólico (dos cervezas/día). En tratamiento con Adiro, metformina, carvedilol y simvastatina con incumplimiento terapéutico. Acude a nuestra consulta por visión borrosa binocular desde hace 5 días “como si viera a través de las lágrimas o de un cristal”. Sin otra clínica oftalmológica. Afebril. No alteración del lenguaje ni de la marcha. No cefalea ni traumatismo previo. Ante una oftalmoplejia internuclear y debido al elevado riesgo cardiovascular del paciente decidimos derivarlo al Servicio hospitalario para realizar pruebas complementarias específicas. Tras confirmar Ictus vertebrobasilar fue ingresado en Neurología durante 6 días con leve mejoría de la oftalmoplejia internuclear. Fue dado de alta con clopidogrel, ramipril y atorvastatina. Actualmente en seguimiento en consultas de Medicina Interna y de Atención Primaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Alerta y orientado. Lenguaje normal. Agudeza visual normal. Nistagmus oscilatorio rotacional en ambos ojos. Limitación aducción de ojo derecho. Fondo de ojo bilateral bajo midriasis normal. Resto de pares craneales normales. No rigidez de nuca. Campimetría por confrontación normal. Reflejos, fuerza, sensibilidad y marcha normales. Auscultación cardiopulmonar normal. En consulta presenta electrocardiograma normal. Analítica reciente (hipercolesterolemia y resto de estudio normal). TAC craneal y RM craneal (normales), angioRM (ictus vertebrobasilar isquémico aterotrombótico. Estenosis arteria vertebral izquierda). Ecocardiograma sin cambios. Holter normal.

**Orientación diagnóstica:** Ictus vertebrobasilar isquémico aterotrombótico.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebrovascular. Esclerosis múltiple. Neurosífilis. Neoplasia cerebral. Trastornos nutricionales.

**Comentario final:** Las alteraciones de los movimientos oculares son comúnmente signos de patología del sistema nervioso central. Ante el nistagmus debemos indagar sobre su etiología y características (velocidad, frecuencia y dirección). La oftalmoplejia internuclear es habitualmente causada por esclerosis múltiple en jóvenes y por Accidente cerebrovascular en ancianos. La exploración neurológica es un pilar fundamental en Atención Primaria, debemos realizarla de manera sistemática para localizar la lesión, dar un diagnóstico diferencial adecuado y hacer una correcta derivación a Neurología.

### Bibliografía

1. Lee AG. Some forms of nystagmus can be challenging to localize. *Ophthalmology Times*. 1999;24:7-14.
2. García S, Muñoz L, Hormeño RM. Ictus y otras emergencias. *Formación Médica continuada en Atención Primaria*. 2016;23(9):40-50.

**Palabras clave:** Visión borrosa. Nistagmus. Ictus vertebrobasilar.