



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2342 - DETRÁS DE LA VISIÓN DOBLE

M. Martín Sosa¹, B. Ramírez Martínez², A. Gracia Perez de Algaba¹ y R. Aguilera Muñoz¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. ²Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 82 años con antecedentes de HTA, intervenida de fractura vertebral L1 y de CCR con bolsa de colostomía. Acudió a la consulta por cefalea de características tensionales junto con cervicalgia en septiembre 2018. Ya refería cefalea desde octubre 2017, un mes después de una intervención de columna, pero de forma paroxística, y durante los últimos meses, más continua, de características mixtas. Volvía a consultar por persistencia de cefalea, evidenciándose cifras tensionales mal controladas con reajuste de tratamiento. En diciembre 2018, comenzó con diplopía binocular brusca, por lo que consultó a oftalmólogo privado, descartando patología ocular y se derivó a Urgencias (Neurología) para descartar afectación del III par craneal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. PA 177/99 mmHg. Auscultaciones cardíaca y pulmonar normales. Exploración ocular: III par derecho afecto (parcialmente) en aducción y supravversión, no en infravversión, cierra el ojo por diplopía. Pupilas isocóricas normorreactivas. Sin ptosis ni edema palpebral. Nistagmo abductor del ojo izquierdo en mirada izquierda y del ojo derecho en menor amplitud. V par y resto normales. Arteria temporal superficial derecha con pulso menos intenso, indolora, sincrona. Sin papiledema, ni síndrome de Horner. Resto exploración neurológica normal. Analítica, incluyendo perfil hepático y tiroideo, normal con PCR (0,5) y VSG (5) normales. Glucosa 126 mg/dL, Na 130 mEq/L. Autoanticuerpos negativos (ANA, ANCA, ECA). TAC/RMN craneal: sin hallazgos agudos patológicos. Biopsia de la arteria temporal derecha: sin signos de vasculitis ni inflamación. Prueba empírica con corticoterapia: mejoría clínica.

Orientación diagnóstica: Arteritis de la temporal derecha.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional. Migraña. Cefalea en racimo. Neuropatía óptica isquémica (arterítica/no arterítica). Oftalmoplejía internuclear. Neuropatías autoinmunes (miastenia gravis) o tumorales.

Comentario final: Es fundamental hacer una buena anamnesis y exploración física, y pensar en diagnósticos más frecuentes e infrecuentes. Existen dificultades para establecer diagnósticos con síntomas/exploración inespecíficos. Es importante el seguimiento de los pacientes, por posible modificación, remisión o complicación de la patología inicial.

Bibliografía

1. Bibiano Guillén C. Manual de Urgencias, 3ª ed. Madrid: Grupo Saned; 2018. p. 1287-90.
2. Macaya A, Pozo Rosich P. Guías Diagnósticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología: Cefalea del adulto y niño en Urgencias. Madrid: Ediciones SEN; 2016. p. 45-55.

Palabras clave: Cefalea. Diplopía. Par craneal III.