



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2171 - DIPLOPÍA Y PTOSIS PALPEBRAL

D. Moreno Alcaide

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Ignacio. Vizcaya.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años que acude a la consulta por diplopía binocular y ptosis palpebral derecha de 5 días de evolución, que se mantiene estable desde el inicio de la clínica. Asocia cefalea leve en región periocular derecha. Como antecedentes personales destaca diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con sitagliptina/metformina 50/1.000 mg cada 12 horas, no es hipertensa, ni tiene hipercolesterolemia. Derivamos a urgencias para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, buen estado general. Tensión arterial 146/73 mmHg y frecuencia cardíaca 73 lpm. Afebril. Llamativa ptosis palpebral derecha. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Exploración neurológica: dudosa hiporreactividad pupilar derecha. Limitación de la motilidad ocular extrínseca excepto abducción ojo derecho. Resto de pares craneales normales. Fuerza muscular conservada y simétrica, sin alteraciones de la sensibilidad. No disimetría. Analítica: glucosa 152 mg/dL; hemoglobina glicosilada 7,6%; colesterol 159 mg/dL. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm, eje 30°. QRS estrecho sin alteraciones en la repolarización. Rx tórax: sin pinzamiento de senos costofrénicos. No condensaciones, ni infiltrados pulmonares. TAC craneal: atrofia cortico-subcortical. No se objetivan lesiones focales parenquimatosas ni signos de hemorragia. RM craneal y angio-cerebral: Moderada atrofia cerebral global. El estudio vascular cerebral no muestra estenosis, malformaciones ni aneurismas.

Orientación diagnóstica: Mononeuritis del III par completa microangiopática.

Diagnóstico diferencial: Mononeuritis III par, Accidente cerebro-vascular isquémico (ACV).

Comentario final: Este caso no es frecuente en consultas de atención primaria, ya que por la sintomatología de los pacientes suelen acudir directamente al servicio de urgencias; pero es importante conocer este cuadro por la importancia que tienen hoy en día los ACV. La mayoría de estos casos son autolimitados por lo que el tratamiento se basa en el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular y la diabetes. Si no se resolviera espontáneamente se puede utilizar la inyección de toxina botulínica o tratamiento quirúrgico. Se puso tratamiento con ácido acetilsalicílico y se recomendó utilizar parche ocular alternante, muestra evolución lentamente favorable. Se solicitó control ambulatorio en neurología y oftalmología.

Bibliografía

1. Morales Casado MI, López Ariztegui N, Garrido Robles JA. Diplopía, Nistagmus y pérdida visual. En: Julián Jiménez A. Manual de protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª ed. España: Grupo Saned; 2016; p. 627-32.

Palabras clave: Mononeuritis. Diabetes. Microangiopatía.