

## 424/1947 - DOCTORA, VEO DOBLE Y SE ME MUEVE LA ACERA

A. López López<sup>1</sup>, M. Ruiz Ciudad<sup>1</sup>, G. López Escobar<sup>1</sup> y R. García Coronel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Carranque. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años que hace 8 años en relación con ejercicio por las tardes, veía doble durante 1-2 horas cediendo con el descanso. Mejoró con prismas pero ha vuelto a empeorar. Actualmente le ocurre con mínimo ejercicio con pérdida de equilibrio, marcha inestable e incapacidad para conducción y ver la televisión.

**Exploración y pruebas complementarias:** Agudeza visual = 1 en ambos ojos. No limitación en ninguna posición de la mirada. Estereopsis correcta. Fondo de ojo: papila con buena coloración, bordes nítidos. Mácula normal. Oftalmología: AV normal, no paresias ni parálisis muscular. Nistagmo en la mirada extrema, componente horizontal y rotatorio. Sin gafas endotropía-foria al cover test OD. Neurología: diplopía en todas las posiciones de la mirada monocular con ambos ojos. Asimetría de la hendidura palpebral, no fatigabilidad. Anticuerpos anti Ach y anti Musk negativos. Electromiograma: Normal. RMN. Pequeñas alteraciones de señal puntiformes, en sustancia blanca subcortical. Descartados lesión intracraneal y síndrome miasteniforme se continúa con la evaluación.

**Orientación diagnóstica:** Diplopía horizontal por una endotropía-foria 2 grados.

**Diagnóstico diferencial:** Binocular: parálisis oculomotora (III, IV o VI par) vascular, diabetes, aneurisma, neoplasia, infecciosa, oftalmopatía tiroidea, miastenia gravis o esclerosis múltiple. Monocular: defectos de refracción, cataratas, fármacos (más frecuente lacosamida y zonisamida), tumores o alteraciones psicogénas.

**Comentario final:** El 85% de las diplopías son binoculares, consecuencia de una parálisis adquirida de uno o más músculos oculares extrínsecos, siendo la parálisis del VI par craneal la causa más frecuente. El 15%, monocular, por errores de refracción frecuentemente. En caso de diplopía binocular, realizaremos campimetria por confrontación y exploración de las 9 posiciones de la mirada. La diplopía llega a constituir un 1,4% de las urgencias oftalmológicas, en las que médico tiene que realizar un diagnóstico diferencial acertado. El reconocimiento temprano de la endotropía y la rápida iniciación del tratamiento correctivo con prismas previene las complicaciones sensoriales y motoras, el desarrollo de la ambliopía y el deterioro de la alineación ocular. la mejoría con corrección contraindica la cirugía. Descartadas causas neurológicas se indicó corrección con prismas mejorando sintomatología.

### Bibliografía

- Cuixart Costa L, Gálvez Ruiz A, Serrano Borraz V. A partir de un síntoma, diplopía. AMF. 2009;5(3):154-8.

**Palabras clave:** Diplopía. Endoforia. Estrabismo.