

424/113 - ACTUACIÓN FRENTE A UNA DIPLOPIA POCO SUGERENTE

S. Serrano Porta¹, J. Melero Abellán², P. Madrigal Laguía³ y M. Segura Samper²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Murcia.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años con cefalea retroorbitaria y maxilar, que impide el sueño y lo interrumpe desde hace 30 días, refiriendo diplopia desde hace 5 días en mirada lateral derecha con sensación de mareo y distérmica no termometrada. No asocia otra sintomatología ni tiene antecedentes médico-quirúrgicos. Natural de Marruecos. Vive en España desde hace 1 año.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normohidratado y normocoloreado. Consciente y orientado en persona, espacio y tiempo. Eupneico en reposo. Limitación de VI par derecho, con diplopía en mirada lateral derecha. Resto de exploración neurológica dentro de la normalidad. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Análisis de sangre normal. Tomografía computarizada craneal: dudosa hipodensidad en lóbulo temporal derecho, cortico-subcortical, adyacente al polo, que requiere estudio con resonancia magnética programada para confirmar el hallazgo y filiarlo. Resto normal.

Orientación diagnóstica: Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se contacta con Neurólogo de guardia para valoración, quien ingresa a su cargo para posterior estudio. En planta se realiza serología siendo herpes simplex IgG tipo 1 e IgM (I+II) positivos; Mycoplasma pneumoniae IgM positivo. En posterior resonancia magnética con contraste intravenoso no se evidencian hallazgos patológicos. Se realiza interconsulta urgente a Oftalmología, valorándose en el examen de ambos fondos oculares una papila hiperémica, de bordes no sobreelevados y sin borramiento vascular, con sospecha de inicio de pseudopapiledema. Ante dichos hallazgos se plantea al paciente realizar punción lumbar para descartar hipertensión intracraneal, quien lo rechaza a pesar de advertirle en diferentes ocasiones de las posibles complicaciones.

Diagnóstico diferencial: Parálisis de VI par craneal debido a infarto, tumor, hemorragia, malformación vascular, esclerosis múltiple o infección.

Comentario final: La parálisis de uno de los nervios oculomotores, por mínima que sea y a pesar de ser en un paciente sin antecedentes de interés, nos debe poner sobre aviso de cara a derivar a otro nivel asistencial. En este caso las pruebas no pueden realizarse ambulatoriamente por la emergencia en descartar complicaciones agudas.

Bibliografía

- Horton JC. Trastornos de los ojos. En: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson J, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 224-

Palabras clave: Diplopía. Papiledema. Cefalea.