

424/1558 - PARÁLISIS VI PAR CRANEAL

P. González Cuadrado¹, A. García-Puente García², F. Gómez García¹ y Á. Núñez Crespo¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años que acude a urgencias por diplopía binocular de 5 días de evolución sin otra focalidad neurológica. Exfumador desde hace más de 10 años. Antecedente de conjuntivitis irritativa de ojo izquierdo hace una semana tras introducción de un producto químico. Sin otros antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración enrojecimiento conjuntival izquierdo y parálisis del VI par craneal izquierdo, con diplopía horizontal con la versión del ojo hacia la izquierda, que desaparece al tapar un ojo. Resto de exploración sin hallazgos de interés. Se realiza analítica y TAC craneal, sin hallazgos de interés en el mismo. En la analítica se objetiva una hiperglucemia aislada (glucosa 345 mg/dL). Ante estos resultados se realiza interconsulta a neurología, quien cita para resonancia y consulta posterior. Como tratamiento se pauta insulina en urgencias, parche ocular alternante y ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas. Se deriva al paciente a endocrinología con analítica previa: hemoglobina glicosilada A1c (8,7%) y péptido C (dentro de valores de referencia).

Orientación diagnóstica: Diabetes mellitus de reciente diagnóstico con posible mononeuropatía de origen isquémico.

Diagnóstico diferencial: La parálisis unilateral del VI par es frecuentemente causada por isquemia microvascular. Sin embargo, el diagnóstico de mononeuropatía de origen isquémico como complicación diabetológica debe ser un diagnóstico de exclusión, debiéndose realizar una exploración neurológica completa y una resonancia magnética. Debemos descartar otras posibles causas como: meningitis tuberculosa o fúngica, la carcinomatosis meníngea, oftalmopatía tiroidea, sífilis, botulismo, encefalopatía de Wernicke, aneurisma, vasculitis, esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular pontino.

Comentario final: Ante una paresia aislada de par craneal debemos descartar patología de origen vascular y consultar con neurología, sin embargo es importante recordar que puede deberse a un debut diabetológico por lo que es imprescindible estudiarlo, evitando así retrasar el diagnóstico y sus futuras complicaciones.

Bibliografía

- Agarwal, A, Eisenberg A, Woods SK. A Common Cause of Cranial Nerve VI Palsy-Hidden in Plain Sight. JAMA Intl Med. 2016;176(8):1066-7.
- Lajmi H, Hmaied W, Ben Jalel W, Chelly Z, Ben Yakhlef A, Lajmi H, et al. Oculomotor palsy in diabetics. J Fr Ophtalmol. 2018;41(1):45-9.

Palabras clave: Diabetes. Mononeuropatía. Parálisis del abductor.