



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/220 - DE REPENTE VEO DOBLE

P. Morán Oliva¹, S. Basoco Lizana², E. Díaz García¹ y M. Montes Belloso³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Leganés. Madrid.²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Leganés. Madrid.³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, fumador activo y bebedor, que acude al centro de salud por cefalea frontal punzante asociada a sensación de mareo sin giro de objetos de 3 días de evolución, que asocia ese día diplopía horizontal. La cefalea remite parcialmente con analgésicos pero la diplopía es constante, con acentuación en la mirada hacia hemicampos derechos. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 144/79 mmHg FC: 64 lpm Auscultación: sin alteraciones MVC NRL: PINR, restricción en adducción del ojo izquierdo, asimetría en la supraversión en dicho ojo, diplopía horizontal en la mirada hacia hemicampo derecho. Marcha en tandem inestable, que mejora al tapar ojo izquierdo. Se decide derivar a Urgencias para completar el estudio. ECG: RS a 60 lpm, no alteraciones significativas. Analítica: bioquímica sin alteraciones (PCR 0,6 mg/dl), hemograma con Hb 13,5 g/dl, plaquetas 305 mil/?l, leucocitos 7,7 mil/?l (sin desviación izquierda). Rx de tórax: sin hallazgos de interés. TAC craneal: lesión extraaxial en seno cavernoso izquierdo de 26 mm de diámetro que en RMN afecta al lado izquierdo de la adenohipófisis y seno cavernoso izquierdo no específica, pudiendo corresponder bien con un adenoma hipofisario o con una lesión originada en el seno cavernoso.

Orientación diagnóstica: Diplopía binocular. Sospecha de síndrome de Tolosa Hunt.

Diagnóstico diferencial: Adenoma hipofisario, linfoma, aneurisma de la arteria carótida interna, metástasis.

Comentario final: Se trata de una enfermedad con baja prevalencia, causada por una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso y/o fisura orbitaria superior. Como médicos de Atención Primaria, es importante realizar una buena exploración y diagnóstico diferencial, ya que es importante que descartemos las patologías que presentan mayor gravedad. En nuestro caso, el paciente presentaba algunos de los síntomas que harían sospechar el síndrome de Tolosa Hunt, pero las pruebas de imagen de momento no permiten dar un diagnóstico preciso, además el paciente de momento presenta una respuesta parcial al tratamiento corticoideo, por lo que sería necesario ampliar el estudio.

Bibliografía

1. Aguirre DA, Zúñiga G, Barrera LI. Síndrome de Tolosa-Hunt: reporte de caso y revisión de la literatura. Acta Neurol Colomb. 2014;30(4):346-52.
2. Kenneth S. Tolosa-Hunt síndrome. UpToDate.

Palabras clave: Diplopía. Síndrome de Tolosa-Hunt.