



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-101 - LAS DISTINTAS CARAS DE LA DIABETES

J.M. Ruano García y C. de la Torre Solís

CS Torre del Mar.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años, poco frecuentador, NAMC. AP: obesidad. hígado graso, fumador de 1 paquete/día desde hace más de 20 años y bebedor de 3-4 cervezas día, sin otros FRCV. AF: hermana y padre con estrabismo. En julio de 2015, Consulta por sensación de visión doble desde hacía dos días, que progresivamente había ido en aumento y que empeoraba al mirar al frente y hacia la izquierda; asociada a ligera cefalea desde el ojo izquierdo hacia zona occipital. Sin otra sintomatología acompañante. A la exploración presentaba una parálisis completa del VI par craneal del ojo izquierdo, con el resto de la exploración neurológica y detallada por aparatos normal. Redactamos un P10 y derivamos al paciente a urgencias de nuestro hospital. Describimos en el informe nuestra sospecha de la posibilidad de ser una parálisis debida a causas isquémicas microvasculares, debido a los antecedentes previamente descritos de nuestro paciente. Desde urgencias de nuestro hospital, se derivó al paciente para su ingreso en neurología de Carlos de Haya. Durante el ingreso, la evolución del paciente fue favorable, sin incidencias, salvo una ligera tendencia a la hiperglucemia; tratándose durante su estancia con corticoides iv. Se dio de alta con el diagnóstico de paresia del recto externo izquierdo por probable lesión isquémica subaguda, con atorvastatina 40 mg y AAS 100 mg. Después del ingreso vino a consulta y empezamos un tratamiento con metformina de 850 mg 1 comp/12h, respetamos anterior medicación, pedimos un control analítico e incidimos en la necesidad del paciente de perder peso y dejar de fumar. El 30 de septiembre consultó de nuevo en urgencias por visión doble, pero asociada esta vez a disminución de la hendidura palpebral y paresia del III par craneal izquierdo, se le pautó pomada de eritromicina, colirio y prednisona. Mejoró levemente la clínica. En octubre de 2015 acudió a consultas de neurología a recoger los resultados de la RNM con contraste y se le dió de Alta de su servicio con el diagnóstico de paresia de VI y posteriormente III par de OI de probable origen diabético, junto con lesión hipodensa periventricular y subcortical frontal derecha de probable origen isquémico; indicándose control por nosotros en la consulta de primaria. Actualmente está asintomático con buenos controles glucémicos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica, analíticas, 2 TAC craneales, RNM craneal.

Juicio clínico: Paresia de VI y posteriormente III par de OI como consecuencia de debut diabético.

Diagnóstico diferencial: Paresia de VI y III par craneal de causa isquémica, oncológica (glioma) y/o metabólica.

Comentario final: Es fundamental, en nuestra labor como médicos de Atención Primaria controlar los distintos factores de riesgo cardiovascular y tener en cuenta siempre la Diabetes como entidad nosológica

estrella en nuestra práctica diaria, considerando todas sus posibles presentaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education. 2015;38:1-92.
2. Sánchez Rodríguez Á. Protocolos Diabetes Mellitus tipo 2. Sociedad Española de Medicina Interna. 2010;6:101-20.