



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-352 - ¿Seguro que tiene una parálisis del VI par craneal?

M.P. Villanueva Morán, M.P. Serrano Simarro, G. Izquierdo Enríquez, R. Rodríguez Rodríguez, R. Coleto Gutiérrez y D. Sánchez-Migallón Moreno

Hospital Ramón y Cajal.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. El paciente presentó un episodio de cardiopatía isquémica crónica que se trató mediante cateterismo cardíaco en 2007. Acude a nuestras consultas de Atención Primaria por episodio de ptosis bilateral de 3 días de evolución que comenzó inicialmente en el ojo derecho y posteriormente se hizo bilateral. El paciente había sido valorado hacía dos meses en el Servicio de Urgencias tras presentar diplopía horizontal binocular de forma aguda que fue diagnosticada de Parálisis del VI par craneal. Tras dicho episodio se infiltró toxina botulínica a nivel ocular. En consultas de Atención Primaria realizamos exploración del paciente con toma de constantes. TA 148/73 mmHg; FC 72 lpm; SatO₂ 96%. Neurológicamente se encuentra consciente y orientado en las tres esferas. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. No dismetría ni disdiadococinesia. ROT normales. No rigidez nucal. A nivel ocular: OD: parálisis en la abducción, conservando aducción. OI: ptosis palpebral bilateral, más marcada en dicho ojo. Restricción completa para la abducción y la aducción. Limitación bilateral prácticamente completa en ambas miradas verticales. Los movimientos oculares no se modifican con el ejercicio. Ante esta exploración y los antecedentes descritos, decidimos enviar al servicio de Urgencias para valoración. En el Servicio de Urgencias, se realizan las siguientes pruebas: Bioquímica: sin alteraciones. Hemograma: leve anemia microcítica (Hb 11,7; VCM 73). B12 y ácido fólico sin alteraciones. VSG 62, PCR 9. TSH, T4 y T3 sin alteraciones. Anticuerpos antireceptor de acetilcolina pendiente. TAC craneal: sin alteraciones. TAC torácico: calcificación extensa arterias coronarias. Bandas cicatriciales en LII y LID. No timoma. RMN craneal: sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 66 lpm, PR normal, QRS ancho con morfología de bloqueo completo de rama derecha. Alteraciones secundarias de la repolarización. Test de estimulación repetitiva: este estudio neurofisiológico muestra signos de una alteración de la transmisión neuromuscular a nivel de la placa motora. Se establece el diagnóstico de miastenia gravis ocular y se inicia tratamiento con piridostigmina (Mestinón) 1 comprimido cada ocho horas e ingresa a cargo de neurología. Persiste restricción completa de los movimientos horizontales, pese a lo cual se decide no iniciar tratamiento corticoideo debido a su antecedente de diabetes y la ausencia de síntomas miasténicos generalizados. En todo este contexto, no se pudo descartar que exista además una lesión del VI par craneal isquémica.