



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

## 413/153 - DIPLOPÍA EN PACIENTE DIABÉTICO

H. Mendes Moreira<sup>1</sup>, O. Iraqui-Houssaini Rato<sup>2</sup>, E. Suárez Jaquete<sup>3</sup>, C. Corugedo Ovies<sup>4</sup>, R. Sánchez Rodríguez<sup>4</sup>, M. García Estrada<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Área sanitaria IV-Oviedo. Asturias. <sup>2</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Siero-Sariego. Área sanitaria IV-Oviedo. Asturias. <sup>3</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero-Sariego. Área IV de Asturias. Oviedo. <sup>4</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Área sanitaria IV-Oviedo. Asturias. <sup>5</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo-Trubias Caldas. Área IV de Asturias. Oviedo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 82 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por diplopía con la mirada inferior en ojo derecho (OD) y pérdida de agudeza visual rápidamente progresiva de una semana de evolución. Dislipémico e hipertenso bien controlado. Diabético tipo II desde hace 35 años (con acarbosa, sinagliptina y meformina) con buen control glucémico (HbA1c 6,2%). EPOC. FA anticoagulada. Isquemia crónica grado IV con amputación primer dedo pie por úlcera perforante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Campimetría normal. Párpado derecho ligera ptosis y sutil midriasis con reflejo fotomotor discretamente disminuido derecho, pupila izquierda sin alteraciones. A la exploración neurológica se aprecia paresia de OD a la mirada a campos medios. No otra alteración de pares craneales ni pérdida de fuerza ni sensibilidad. Niega escotomas, miodesopsias, metamorfopsias u otra clínica oftalmológica. Nuestra primera sospecha es una microangiopatía diabética por mal control de su patología o larga evolución de la misma. Derivamos a servicio de urgencias hospitalarias ante la indicación de prueba de imagen para diagnóstico diferencial.

**Juicio clínico:** Paresia III nervio craneal derecho de probable etiología microangiopática.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial está directamente relacionado con la prueba de imagen, ya que dicha clínica se puede dar debido a una masa externa (tumoral, vascular...) que comprima dicho par craneal. Habría también que descartar causas infecciosas, MAV, trombosis sinusales o traumatismo.

**Comentario final:** Este caso resulta interesante para destacar la importancia de un buen control glucémico y de factores de riesgo cardiovascular, realizando controles periódicos en la consulta, así como la responsabilidad del especialista en medicina de familia y comunitaria de instar al paciente a un correcto registro y conocimiento de sus glucemias, de sus tratamientos y enfermedad y de sus complicaciones. En la propia consulta fuimos capaces de acotar la sospecha diagnóstica, con una buena anamnesis y exploración sobre todo neurológica, de entre todas las posibles causas de paresia del tercer par craneal, hasta que se confirmó el diagnóstico de sospecha, como una complicación directa de la diabetes (TAC normal).

### Bibliografía

Cano Cabo EM, et al. Diabetes Mellitus tipo 1. En: Llisterri Caro JL, Aicart Bort MD, Turégano Yedro M. Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al residente de medicina familiar y comunitaria. Resimecum. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: SEMERGEN 2018.

**Palabras clave:** Mononeuropatía. Paresia. Anamnesis.