



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/143 - DIPLOPÍA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

G. Izquierdo Enríquez^a, C. Rodríguez Robles^b, I. Prieto Checa^c, A. Espejo González^b, T. Martín de Rosales Cabrera^a, R. Coletto Gutiérrez^a, M.H. Cáceres Franco^b, M. López de Santos Fernández^b, M.P. Villanueva Morán^d y R. Rodríguez Rodríguez^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Zona. Zona Este. Madrid. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Alpes. Zona Este. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. Zona Este. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años con antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico y hepatitis C de carácter autoinmune, que acude a nuestra consulta refiriendo visión doble binocular en los últimos días e intensa astenia de 2-3 meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. En la consulta se realiza exploración neurológica completa y se solicita analítica de sangre y orina. Se solicita interconsulta a Neurología para completar estudio. Previamente a la cita, acude de nuevo a nuestra consulta por intensa cefalea frontal que empeora progresivamente a lo largo del día y molestias para tragar, por lo que se deriva al Servicio de Urgencias, donde es ingresado en la planta de Neurología con la sospecha de enfermedad de motoneurona.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración neurológica completa no se objetivan datos de focalidad. No clara fatigabilidad ocular y fatigabilidad de hombros a los 4 minutos. Durante el ingreso hospitalario se solicita estudio de anticuerpos anticolinesterasa (Ab anti RACH) con resultado positivo; resonancia magnética craneal con gadolinio normal y electromiograma/jitter dentro de la normalidad. Se inicia tratamiento con piridostigmina, con buena respuesta al mismo.

Juicio clínico: Miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial: Oftalmopatía tiroidea, lesiones estructurales, miastenia gravis, miositis orbitaria, botulismo, migraña oftalmopléjica, síndrome Eaton- Lambert.

Comentario final: La consulta en Atención Primaria por diplopía no es un motivo muy frecuente. Ante un caso de diplopía de aparición reciente, el médico debe tener cierta habilidad y conocimiento sobre ello para poder realizar una correcta orientación en la anamnesis y exploración física, así como ser capaz de discernir si presenta síntomas o signos de alarma que requieran una valoración de forma urgente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al. Harrison, principios de medicina interna. Ed. Mc Graw Hill,

16ª ed. 2005: 2773-6.

2. Julián Jiménez A. et al. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Comité editorial CHT/SEMES, 3ª edición 2010: 577-9.

3. Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª ed. 2007: 154.

4. Uptodate. Bienfang, D.C. Overview of diplopia [sede web]. Apr, 2012. Uptodate. Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com/>