



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3584 - DIPLOPÍA BINOCULAR EN PACIENTE JOVEN

M. López Gómez^a, S. López García^b, G. López Martos^c y J. Vizán Caravaca^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almanjáyjar. Granada.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^cMédico

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. ^dMédico

Residente de 3^{er} año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años sin antecedentes familiares ni personales de interés. Negaba hábitos tóxicos y no realizaba ningún tratamiento habitual. Acudió a consulta habitual de su médico de Atención Primaria por visión borrosa y diplopía binocular de 48 horas de duración.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, hemodinámicamente estable con constantes en rango de normalidad. La auscultación y exploración abdominal así como extremidades resultó anodina. En la exploración neurológica únicamente llamaba la atención la diplopía binocular en todas las posiciones de la mirada, que corregía con la oclusión alternante, sin nistagmo, sin anisocoria, sin negligencias en la motórica ocular y con fondo de ojo sin alteraciones. En vista de la clínica y los hallazgos en la exploración, se decidió derivar al paciente al hospital para realización de una batería pruebas complementarias (analítica, orina, gasometría y TAC craneal) que resultaron completamente normales. Dada esta situación y la alta sospecha de enfermedad desmielinizante, se realizó RMN cervical y cerebral con contraste que objetivó focos dispersos hiperintensos en T2 en cordón medular cervical y a nivel supratentorial. Finalmente el paciente fue ingresado en Neurología para realizar el estudio completo mediante analítica con autoinmunidad, estudio de líquido cefalorraquídeo y potenciales evocados, siendo finalmente diagnosticado de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple.

Orientación diagnóstica: Primer brote de esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Neurolupus, neurosarcoidosis, síndrome antifosfolípido, ictus, sífilis, enfermedad de Lyme, leucoencefalopatía multifocal progresiva, leucodistrofia, síndromes paraneoplásicos, mielitis transversa, tumores primarios o secundarios cerebrales...

Comentario final: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante capaz de debutar con un sinnúmero de síntomas neurológicos pero hasta en un 20-25% comienza con trastornos visuales. Se trata de una enfermedad de curso crónico y etiología desconocida que afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes. Su historia natural comprende brotes y remisiones, por lo que su diagnóstico para el personal sanitario puede ser difícil y frustrante. Por consiguiente, el médico debe juntar la historia, el examen neurológico, las pruebas de diagnóstico y la exclusión de las posibles similitudes con la EM antes de hacer un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. Multiple sclerosis. *New Engl J Med.* 2018;378(2):169-80.

Palabras clave: Diplopía. Esclerosis múltiple.