



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/883 - LAS COINCIDENCIAS, TAMBIÉN EXISTEN

C. Hernández Pantoja<sup>a</sup>, V. Gutiérrez Yáñez<sup>b</sup>, C. Estévez Bolaños<sup>c</sup> y R. Sierra Farinelli<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Titerroy. Lanzarote. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Titerroy. Lanzarote. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tías. Lanzarote. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Titerroy. Lanzarote.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 63 años, con antecedentes de dislipemia, DM-2 y asma. Tratamiento: metformina y simvastatina. Consulta a su médico de atención primaria (AP) por cuadro de 1 semana de evolución de dolor periorbitario derecho y frontal, que describe como descargas eléctricas o latigazos, de segundos de duración, muy intensos que no mejoran con AINEs. Horas previas a la consulta inicia de forma súbita diplopía de ojo derecho (OD) e hinchazón en la nariz. Ante la afectación de 2 pares craneales se remite a Urgencias Hospitalaria donde se realiza TAC craneal, valoración por Oftalmología normal y se remite preferente a Neurología. Se cita a revisión en 24 horas en AP, objetivándose tumefacción y vesículas en zona nasal, iniciándose valaciclovir por sospecha de herpes zoster. A los 15 días en valoración por Neurología se evidencia paresia facial derecha central y se inicia estudio por sospecha de mononeuropatía múltiple.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF inicial: funciones superiores normales. Pares craneales: normales. Sensibilidad y fuerza conservada. No disimetrías. Marcha normal. Romberg negativo. RCPs flexores. EF 2ª consulta: tumefacción eritematosa con vesículas en zona nasal. Limitación de la abducción de recto externo OD y ligera desviación de la comisura labial. TAC craneal: normal. RMN craneal: a nivel de la cápsula interna derecha, lesión hiperintensa, sugerente de ictus isquémico. Analítica con estudio de autoinmunidad y serología infecciosa: normal.

**Orientación diagnóstica:** 1) Herpes zóster con afectación rama maxilar del trigémino 2) Diplopía monocular por probable paresia VI par craneal derecho isquémico vs diabetes 3) Paresia facial derecha por ictus isquémico ACM derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Mononeuritis múltiple. ACV, diabetes, neuralgia trigémino.

**Comentario final:** En nuestro caso, se da una asociación infrecuente de la afectación de tres pares craneales (V, VI y VII), por etiologías diferentes en el transcurso de unos días. Desde AP es importante la sospecha diagnóstica y el seguimiento del paciente, así como una completa anamnesis y exploración física para orientar la búsqueda diagnóstica.

### Bibliografía

1. Bienfang DC. Overview of diplopia. UpToDate, 2018 [Consultado Abril 2018].

**Palabras clave:** ACV. Diplopía.