



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/326 - ¡DOCTORA, VEO DOBLE!

R. López Sánchez^a, A. Azagra Calero^b, S. Pini^c, J. Parra Jordán^d, L. Gómez Ruiz^e y E. Abreut Olsen^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acude al Centro de Salud niña de 16 años sin antecedentes personales de interés, refiriendo aparición de forma brusca de visión doble de 3 horas de evolución. No recuerda antecedente traumático, ni cuadro catarral previo. Cuenta a su vez un episodio similar autolimitado hace una semana por el que no consultó. Describe sensación de mareo, pero no náuseas ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Siendo las constantes y la exploración física normal, detectamos en la exploración neurológica: pupilas isocóricas, normorreactivas, nistagmus horizontal más marcado en ojo izquierdo (OI), limitación parcial para la abducción del OI, diplopia horizontal al forzar la mirada lateral hacia la izquierda. En reposo OI situado mirando hacia canto interno. Agudeza visual conservada en ambos ojos. Tras una exploración exhaustiva derivamos a Urgencias hospitalarias para valoración por Oftalmología/Neurología. Allí se decide su ingreso en Neurología para realizar estudio analítico y de imagen. Analítica: bioquímica (con PCR) y hemograma normal. Serología: VHS 1/2 negativa IgM e IgG, virus Epstein-Barr positiva IgG, M. pneumoniae positiva IgM e IgG. TAC y RMN rigurosamente normal. Dada la mejoría progresiva del cuadro, la paciente es dada de alta con parche oclusivo en ojo derecho y seguimiento en consultas externas de Neurología.

Juicio clínico: Paresia VI par izquierdo, probable origen infeccioso.

Diagnóstico diferencial: Parálisis VI par de origen infeccioso, vascular, migraña oftalmopléjica, enfermedades desmielinizantes, metabólica, traumático o neoplásico.

Comentario final: La parálisis del VI par es la parálisis adquirida más común de los nervios motores oculares. La forma adquirida es más frecuente que la congénita. Hay una entidad conocida como parálisis benigna del VI par, que sugiere la etiología viral como desencadenante (mononeuropatía craneana post o para infecciosa). Se sospecha en inicios súbitos, sin ninguna clínica neurológica acompañante, y todos los estudios son normales excepto datos positivos en serología o leucocitosis en hemograma. Remite de forma espontánea y sin secuelas. Puede ser recidivante.

Bibliografía

1. Alfie D, Pastrana SD. Parálisis del motor ocular externo en Pediatría. Arch Argent Pediatr. 2010;98(2):120.