



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/67 - ¿AHORA, CUÁNTOS DEDOS VES?

A. Cayuela López^a, P. Mesequer García^b, R. de Mena Poveda^c, J. Caballero Cánovas^c, A. Zaragoza Ripoll^d y M. Caballero Sánchez^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas, diabético tipo 2, en tratamiento con xigduo sin controles estrictos, dislipemia en tratamiento con atorvastatina, fumador de 4 puros al día, sin otros antecedentes de interés, acude a urgencias del hospital por visión doble. El paciente refiere desde hace 6 días, cefalea leve frontal con sensación de embotamiento, que no se modifica con las posturas ni los movimientos. Hace 3 días, presenta visión doble en la mirada a la derecha, que desaparece al cerrar un ojo y que empeora en la visión lejana, que se autolimita al pestañear. Al día siguiente, empeoramiento del cuadro que se ha hecho permanente en el día de hoy. No refiere fiebre, ni déficit motor, ni del lenguaje. No dolor ocular.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 147/84 mmHg. Frecuencia cardiaca: 71 lpm. Afebril. Exploración neurológica: consciente y orientado en las 3 esferas. No alteración del lenguaje. Pares craneales: pupilas isocóricas y normorreactivas, Campimetría por confrontación normal. Diplopía que empeora en la mirada a la derecha. Limitación para la abducción del ojo derecho. Cover test: endotropía. AV preservada en ambos ojos. No discromatopsia. FO normal. BM: 5/5 en las 4 extremidades. Reflejos osteotendinosos ++/++++ de manera simétrica. Sensibilidad: Normal. Coordinación: Normal. Marcha no explorada. No rigidez de nuca. Analítica normal con glucemia 129, PCR < 0,06 y radiografía de tórax sin hallazgos significativos. TC craneal: sin evidencia de patología aguda intracraneal. Interconsulta con oftalmología: fondo de ojo normal, cuadro compatible con paresia Recto externo ojo derecho de probable causa isquémica.

Juicio clínico: Diplopía horizontal. Mononeuropatía del VI par craneal derecho de probable etiología isquémica.

Diagnóstico diferencial: Traumatismo. Infarto cerebral. Aneurismas cerebrales, Infarto microvascular. Infecciones (como meningitis o sinusitis). Esclerosis múltiple. Tumores cerebrales.

Comentario final: Se trata de un paciente de 55 años, con múltiples factores de riesgo vascular, que presenta diplopía aguda de instauración algo progresiva. A la exploración presenta una limitación del VI pc derecho, el TC craneal es normal y es valorado por OFT de guardia, con FO y exploración oftalmológica normal. Se inicia antiagregación y se deriva a Consulta de

Neurooftalmología. Con este caso me gustaría recalcar la importancia del control de los pacientes, en este caso de la diabetes y dislipemia, unas patologías muy prevalentes, ya que podemos reducir el riesgo de sufrir neuropatías mejorando el control de sus factores de riesgo vascular desde atención primaria con una atención más continuada.

Bibliografía

1. Rucker JC, Thurtell MJ. Cranial neuropathies. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice, 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier;2016.
2. Baloh RW. Neuro-ophthalmology. En: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine, 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.
3. Jensen U, Ulmer S, Tietke M, Jansen O. Double vision. Differentials please! The British Journal of Radiology. 2009;82:173-4.

Palabras clave: Diplopía. Mononeuropatías. Nervio abducens.