



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1522 - DOCTOR, NO PUEDO ABRIR EL PÁRPADO

M. Rodríguez Márquez<sup>a</sup>, C. Pérez Llanes<sup>b</sup>, A. Sánchez de Toro Gironés<sup>b</sup>, M. Moreno Alfaro<sup>c</sup>, B. Blanco Sánchez<sup>d</sup>, I. Asunción Sola<sup>d</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>e</sup>, J.F. Arenas Alcaraz<sup>f</sup> y J. Torrecilla Sequí<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Narejos. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años con ptosis palpebral ojo derecho de 10 días de evolución acompañada de cefalea hemicraneal derecha intermitente que le despierta del descanso nocturno, sin cortejo vegetativo. Afebril. Agudeza visual normal. Antecedentes personales: HTA (hipertensión arterial), accidente isquémico transitorio, hipotiroidismo, obesidad. No DM (diabetes mellitus), no procesos infecciosos aparentes. Tratamiento crónico: venlafaxina, levotitotoxina, cetirizina, parche de fentanilo, lormetazepam.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Consciente y orientada, lenguaje y habla normales, no alteraciones visuales, exploración pares craneales: alteración III par craneal (motilidad ocular extrínseca: limitación en la supraelevación unilateral + ptosis de OD), resto de pares craneales normal. No alteraciones motoras ni sensitivas en extremidades. Reflejos osteotendinosos presentes. Coordinación normal. Exceptuando la ptosis, resto de inspección de párpado normal. Analítica: glucosa 102, urea 52, creatinina 0,52, colesterol LDL 67, PCR 0,3. Hemograma: hematíes 4,1, hemoglobina 13,1, hematocrito 39,5, leucocitos 11.570 (9.150N 1.320L): plaquetas 305.000. Coagulación normal). ECG: RS a 97 lpm con eje izquierdo sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: parénquima sin condensaciones ni masas ocupantes. TAC craneal: no se aprecian lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas intra- ni extraaxiales. Sin evidencia de alteraciones en la densidad del parénquima cerebral, cerebeloso ni del troncoencéfalo. No se observan desplazamientos de estructuras anatómicas que sugieran lesiones ocupantes de espacio.

**Juicio clínico:** Ptosis palpebral isquémica parcial.

**Diagnóstico diferencial:** Ptosis aponeurótica, parálisis isquémica del III par craneal, Tumor de Pancoast, hemorragia subaracnoidea, miastenia gravis, cefalea en racimos, intoxicación por opioides, alteraciones endocrinas y vasculares. Descartamos tumor de Pancoast al no haber ocupación del vértice pulmonar en la radiografía de tórax ni síndrome constitucional. Queda descartada la hemorragia subaracnoidea al no presentarse de manera brusca, sin focalidad

neurológica y TAC craneal normal. miastenia gravis se descarta pues su forma de presentación ocular más frecuente es ptosis palpebral más diplopía. No se puede descartar alteración aponeurótica palpebral ya que es una alteración ligada intrínsecamente a la edad; así como cefalea en racimos (cefalea hemicraneal de predominio nocturno de carácter punzante, junto a ptosis, lagrimeo y cortejo vegetativo que en nuestro caso no presenta); e intoxicación por opioides y/o interacción con benzodiazepinas al estar en tratamiento con fentanilo y lormetazepam. Por otro lado, una de la causa frecuente de alteración del III pc es la DM estando nuestra paciente en los límites de la normalidad de glucosa.

**Comentario final:** A favor del diagnóstico contamos con los antecedentes de HTA y eje desviado a izquierda, pudiendo provocar microinfartos cerebrales, lacunares y microaneurismas cursando con esta sintomatología sin ser apreciables en TAC; además de los antecedentes de AIT. Pruebas a realizar RM Y Doppler de troncos supraórticos y observar evolución (70% de isquemia de III pc se recupera espontáneamente).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Arrayán Carpio P. Características clínicas y manejo de las parálisis oculomotoras de 0 a 17 años atendidos en el ISN desde 1997 a 2001 [Internet]. Lima: SISBIB; 2002. [actualizado 2007; citado 22 jun 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/arrayan\\_c\\_p/cap1.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/arrayan_c_p/cap1.htm)
2. Fontinele e Silva J, Barbosa Mde P. Small cell carcinoma in Pancoast Syndrome. J Brass Pneumol [Internet]. 2009 [citado Feb 2009];35(2):190-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19287924>