



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1904 - Doctor, veo doble

N. Matamoros Contreras<sup>a</sup>, S. Sayago Gil<sup>b</sup>, D. Gómez Prieto<sup>c</sup>, Á.C. Escribano Tovar<sup>b</sup>, J. Moreno Lamela<sup>c</sup>, M. Valenzuela Cortés<sup>d</sup>, A. Márquez Martínez<sup>e</sup> y J.P. Moraga Galindo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Interno Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Interno Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz. <sup>f</sup>Médico Interno Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 63 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes y cardiopatía isquémica hace 8 años. Se encuentra en tratamiento domiciliario con fluvastatina, bisoprolol, metformina, ácido acetilsalicílico, trimetazidina y omeprazol. Acude a consultas de Atención Primaria en las horas de la mañana por presentar tras levantarse diplopía binocular junto con dolor en ojo derecho y fotofobia. Ausencia de secreciones, lagrimeo, cefalea u otra sintomatología acompañante. Derivamos a Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Mar para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. COC. Normohidratado y normoperfundido. Afebril y normotenso. A la auscultación cardíaca, tonos puros y rítmicos, sin auscultarse soplos. Auscultación pulmonar normal. No edemas en miembros inferiores. Exploración abdominal normal. A la exploración neurológica presenta movimientos oculares extrínsecos conservados y diplopía binocular, resto de pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas; ausencia de signos meníngeos; marcha y equilibrio normales. ECG: RS a 70 lpm sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax y TC craneal sin hallazgos de interés. Hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad. Se contacta con Oftalmólogo de guardia, que describe a la exploración del paciente discreta hiperacción del oblicuo inferior del ojo derecho, diplopía a la levoversión, que aumenta a la levo supra y signo de Bielchowsky positivo hacia la izquierda. Agudeza visual 2/3 en OD. Papila, mácula y retina sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Parálisis leve del IV par craneal derecho. Diplopía binocular.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial lo debemos hacer con la parálisis del III o VI pares craneales, y otros cuadros que puedan ocasionar diplopía vertical binocular o hipertropía como miastenia gravis, orbitopatía asociada al tiroides, fractura del piso de la órbita, lesiones ocupativas, tortícolis muscular de la fibrosis del esternocleidomastoideo o plagiocefalia.

**Comentario final:** En niños generalmente la parálisis del IV par craneal es congénita o traumática,

en adultos en la mayoría de las ocasiones es idiopática. Entre otras causas, puede deberse a traumatismos y en casos más raros a enfermedad microvascular isquémica (diabetes mellitus o hipertensión arterial subyacente), enfermedad desmielinizante, aneurismas, tumoraciones o arteritis de la temporal. Como signos clínicos podemos encontrar hiperfunción del oblicuo inferior ipsilateral, hipertropía que aumenta al inclinar la cabeza hacia el hombro del lado del ojo afectado, tortícolis, patrón en "V", exciclotorsión y Bielchowsky positivo. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, aunque también se ha estudiado tratar la parálisis con inyecciones repetidas de toxina botulínica. Los prismas en la mayoría de los casos son poco útiles debido a la incomitancia y a que no corrigen la ciclotropía, aunque sí pueden ser útiles en casos con desviaciones muy pequeñas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Alonso Alonso T, Galán A, Maciá C, Martín Nalda S. *Annals d'Oftalmologia* 2006;14(4):202-19.
2. Gómez de Liaño Sánchez P. *Parálisis oculomotoras: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Tecnimedia Editorial SL; 1999; 101-14.