



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1074 - DIPLOPÍA que acaba en fibrinólisis

R.M. Anillo Gallardo<sup>a</sup>, C. Naranjo Muñoz<sup>b</sup>, M.A. Delgado Rodríguez<sup>a</sup>, C. Guijo Roldán<sup>c</sup>, F.M. Giraldo Abadín<sup>a</sup> y M.R. Garratón Juliá<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto Puntales. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 59 años, fumador de 10 cig/día, HTA, DM, Trastorno bipolar bien controlado por Psiquiatría. Acude al servicio de Urgencias porque mientras viajaba en coche comienza con malestar general, diplopía y sudoración profusa. En la sala de espera vomita y se realiza despistaje de ictus con NIHSS bajo, pero sobre las 8 comienza con somnolencia, por lo que pasa a Observación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Comienza con discreta disartria, fallos en la orientación temporoespacial, aunque sabe su dirección, el año y el mes en que se encuentra. Anisocoria con pupila derecha fija, de unos 5 mm y pupila izquierda a 3 mm. Paresia de recto interno de ojo izquierdo y limitación a la mirada binocular. Sin paresia facial. Babinski negativo, hiporreflexia general. Balance motor 5/5. Proptosis ocular bilateral. Tonos cardiacos rítmicos, a unos 70 lpm. Sin soplos cardiacocervicales. Pulmonar, anodino, abdomen anodino. MMII sin edemas. AngioTAC sin hallazgos significativos, solo discreta calcificación de arteria vertebral izquierda/basilar. Pendiente de ECO carotídea y angioTAC de troncos supraaórticos.

**Juicio clínico:** Ictus isquémico agudo vertebrobasilar en progresión.

**Diagnóstico diferencial:** Aneurisma de carótida interna, AIT vertebrobasilar, trombosis del seno cavernoso, infarto microvascular.

**Comentario final:** Como clínicos en Atención Primaria conviene recordar que entre los principales diagnósticos diferenciales de la diplopía, sobre todo cuando nos hallamos ante un paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular será el posible accidente cerebrovascular. Atendiendo a la afectación de los distintos pares craneales, recordar que las causas más frecuentes de afectación del III par craneal son la DM mal controlada, el accidente isquémico cerebral y el aneurisma con efecto masa. Si se trata de un IV pc las causas congénitas y traumáticas las que prevalecen. El VI p.c también se considera complicación microvascular de la DM, así como la HTA y la aterosclerosis también pueden ser causa de trastorno de dicho par craneal.

## Bibliografía

1. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Alvarez-Sabín J en nombre del Comité de Redacción ad hoc

del Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Ictus. Tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Neurología. 2002;17(Supl 3): 3-12.

**Palabras clave:** *Diplopía. Accidente cerebrovascular. Anisocoria. Vertebrobasilar.*