



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4086 - DOCTORA, VEO DOBLE

I. Saura García<sup>a</sup>, F. Parra Martínez<sup>b</sup>, M. Alcázar Artero<sup>c</sup>, M. García Chicano<sup>c</sup>, E. Fernández Quijada<sup>c</sup> y P. Andújar Brazal<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años, vive en zona rural. Acude a consulta por presentar visión doble binocular desde la tarde del día anterior. Refiere que dicha tarde se cae de la cama e intenta levantarse en varias ocasiones con inestabilidad. Posteriormente es capaz de levantarse e ir a la cocina sin necesidad de ayuda, pero al notar visión doble, decide acostarse y ver si durmiendo desaparece la sintomatología. Al despertarse al día siguiente y persistir la diplopía binocular multidirrecional decide consultarnos. Niega otra sintomatología. Como antecedentes es hipertensa. Tras realizar exploración física derivamos a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: pupilas mióticas reactivas, mirada horizontal a la derecha conservada, con restricción de recto externo izquierdo en la mirada a la izquierda. Clara limitación de la mirada vertical hacia arriba y abajo. Afectación músculo frontal sin debilidad en cierre palpebral bilateral y discreta desviación comisura bucal a la derecha. Fuerza, sensibilidad y reflejos normales. Resto de exploración normal. Analítica normal. ECG normal. Radiografía de tórax normal. TAC cerebral sin lesiones. RMN cerebral: Infarto talámico-mesencefálico derecho de evolución aguda/subaguda. Eco-doppler carótidas: leve ateromatosis carotídea bilateral sin estenosis significativas. Ecocardiograma normal.

**Juicio clínico:** Ictus isquémico profundo tálamo-mesencefálico derecho de probable etiología aterotrombótica.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus isquémico y hemorrágico, esclerosis múltiple, tumor cerebral, pseudotumor cerebri, trombosis del seno cavernoso, parálisis supranuclear progresiva, oftalmoplejía externa progresiva.

**Comentario final:** En Urgencias la paciente se mantiene estable y es ingresada en Neurología para completar estudio y valorar evolución. Durante el ingreso mejora la focalidad oculomotora y recupera el déficit focal frontal. La isquemia de la circulación posterior puede ser difícil de reconocer. Sin embargo, existen ciertos patrones clínicos característicos. Debido a que la circulación posterior irriga el tronco cerebral y la corteza occipital, los síntomas suelen ser mareos, diplopía, disartria, disfagia, alteraciones del campo visual,... Llama la atención en este caso la escasa noción de enfermedad de la paciente, que le hace consultar tarde, sin poder llevarse a cabo un protocolo

correcto de ictus.

## **Bibliografía**

1. Armario P, Pinto X, Soler C, Cardona P. Secondary prevention of ischemic non cardioembolic stroke. Clin Investig Arterioscler. 2015;27(6):287-300.

**Palabras clave:** Diplopía. Ictus. Neurología.