



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3421 - CARIÑO, TE VEO DOBLE

F. Pérez Durán<sup>a</sup>, E. López Garzón<sup>b</sup>, Á. López Llerena<sup>c</sup> y N. Sotelo Kesti<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Hoyo Manzanares. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años que acude a la consulta refiriendo un cuadro de instauración abrupta consistente en sensación de inestabilidad sin claro giro de objetos ni cortejo vegetativo y diplopía. La paciente toma por cuenta propia 1 comprimido de dogmatil y tras continuar sintomática durante varias horas decide acudir a nuestra consulta. Dado la clínica que presenta, se deriva a Urgencias para valoración por Neurología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 153/67. FC: 53 lpm. SaO<sub>2</sub>: 97% basal. Buen estado general. Consciente y orientada. No alteraciones del lenguaje. Sin alteraciones en campimetría por confrontación. MOES: restricción de la aducción en ojo derecho asociada a leve restricción y nistagmo abductor de VI PC izquierdo. MOIs: anisocoria con miosis en OI con reactividad conservada. Resto de exploración normal. Hemograma: leucocitos  $5,91 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Hematías  $4,77 \times 10^6/\mu\text{L}$ . Hemoglobina 14 g/dL. Hematocrito 41,4%. VCM 86,80 fl. HCM 29,30 pg. Coagulación: normal. Bioquímica: glucosa 168 mg/dL. Creatinina 0,73 mg/dL. FG: 79. Resto normal. ECG: RS 56 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización. TAC cerebro: signos de atrofia córtico-subcortical difusa. Leucoaraiosis. Pequeños focos hipodensos en la región de los núcleos bilaterales compatibles con infartos lacunares.

**Orientación diagnóstica:** Oftalmoplejia internuclear derecha en el contexto de probable ictus isquémico de circulación vertebrobasilar de mecanismo lacunar aterosclerótico.

**Diagnóstico diferencial:** Parálisis del III par. Parkinsonismo. Miastenia gravis. Síndrome de Guillain-Barré.

**Comentario final:** La reducida ventana terapéutica actualmente disponible a los efectos de encarar el tratamiento trombolítico en los casos de isquemia cerebral determina que tanto la evaluación clínica como la realización de estudios complementarios deben cumplirse con prontitud. En este caso la paciente se encontraba fuera de ventana terapéutica ya que habían pasado 17 horas desde el inicio de los síntomas. Se ingresó en la unidad de ictus y se inició antiagregación con AAS 100 mg/día, donde evolucionó satisfactoriamente.

## Bibliografía

1. Frohman T. Internuclear ophthalmoparesis. UpToDate, 2018 [acceso 22 de julio de 2018].

**Palabras clave:** Oftalmoplejia internuclear. Infarto lacunar.