



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3600 - MIRAR DOS VECES, PUEDE ACLARARNOS EL PAISAJE

A. Pérez de Armas<sup>a</sup>, P. Ramos Darias<sup>b</sup> y F. Cuevas Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 63 años de edad, exfumadora y con los antecedentes médicos de carcinoma in situ de cérvix en 2003 y cáncer de mama pT2N0M0 en 2011, ambos en remisión completa. Acude a consulta por visión doble de 3 días de evolución, binocular y de predominio vespertino.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 150/97 mmHg. FC: 82 lpm. Afebril. ACP normal. Neurológico: visión doble binocular en la mirada neutra. Oculomotores, fuerza, sensibilidad, marcha, cerebelo: normal.

**Orientación diagnóstica:** Se remite al hospital de referencia para TC craneal y ampliar estudios complementarios por diplopía de probable origen neurológico. Se realiza TC de cráneo normal e ingreso en neurología. RM craneal, RM hipófisis, Doppler TSA y eje carotídeo, punción lumbar normales. Estudio oftalmológico: catarata incipiente. Hemograma, bioquímica y serologías normales. Es dada de alta con antiagregación con AAS por diplopía de probable origen microvascular. En consultas externas se obtienen anticuerpos antimúsculo estriado positivos catalogándose como posible miastenia gravis MGFA-I. TC tórax/abdomen obteniéndose imágenes sugestivas de recidiva tumoral. Se amplía estadiaje con PET/TC describiéndose además de múltiples lesiones hipermetabólicas óseas, subcutáneas, ganglionares y pulmonares, una imagen hipermetabólica a la derecha de la silla turca que desciende por el lateral del clivus y otra en la pared posterior de la órbita izquierda que justificarían la clínica inicial de la paciente.

**Diagnóstico diferencial:** Parálisis III, IV o VI par craneal. Miastenia. Miopatías. Oftalmoplejia internuclear anterior. Esclerosis múltiple.

**Comentario final:** La diplopía supone un motivo de consulta relativamente frecuente en Atención Primaria. Hasta el 85% son binoculares y su etiología es eminentemente neurológica. Debemos realizar, además de una anamnesis dirigida, que nos pueda orientar hacia causas como la miastenia y que incluya antecedentes previos y fármacos, una exploración física completa que incluya la valoración de los nervios oculomotores. Las metástasis hipofisarias suponen el 4% de los tumores de la glándula pituitaria, las principales causas son el cáncer de mama (39%) y el cáncer de pulmón (30%) y la clínica de debut consta de cefalea, diplopía y diabetes insípida.

## **Bibliografía**

1. Ruiz de Adana Pérez R. Guía Diplopía. Fisterra.
2. Astudillo-Calle MA, et al. Metástasis en la hipófisis de cáncer primario de mama. Revista de Endocrinología. 2013;21:171-4.

**Palabras clave:** Diplopía. Silla turca. Metástasis.