



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2312 - ¿PUEDE SER QUE VEA DOBLE?

C. Pérez Manso^a, I. Beika Zugazaga^b, D. Mongil Ruiz^a y A. Eguíluz Méndez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algorta-Bidezabal. Bizkaia.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plentzia. Bizkaia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Górliz. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años con AP de fumador (IA 48 a-p), HTA y DLP en tratamiento, C isquémica con 5 stents, litiasis renal y colecistectomía. Acude por diplopía binocular en la mirada vertical de instauración brusca de 1 semana de evolución; visión doble al mirar hacia abajo y a la derecha. Dificultad en el enfoque visual, especialmente por la noche. No dolor ocular. Cefalea holocraneal leve. No otra focalidad. Sensación de inestabilidad con los giros cefálicos. No fiebre ni clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Afebril. CyC: no IY. No soplos carotídeos. AC: rítmico, sin soplos. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos. EN: consciente y orientado. Lenguaje y funciones superiores conservadas. No rigidez nuchal. PICNR. MOEs conservados, no nistagmos, diplopía vertical. Campimetría sin alteraciones. Resto de PC, BM, sensibilidad, coordinación, ROT y marcha normales. Oftalmología y Neurología: OI/OD. Cover+. Diplopía vertical que empeora en dextroversión e infraversión con Bielschowsky + a la izquierda. Mejora en levoversión y superversión. FO AO: papilas de bordes nítidos, mácula normal. No ptosis, anisocoria ni fatigabilidad ocular. ECG sinusal y analítica con bq, PCR, VSG, hematimetría y coagulación anodinas. TAC cerebral: microangiopatía crónica, lacunar crónico en cápsula externa izquierda. No lesiones agudas.

Orientación diagnóstica: Paresia incompleta del IV par (OS izquierdo) de probable etiología microangiopática.

Diagnóstico diferencial: Oftalmoplejía internuclear anterior (EM). Parálisis de III, IV o VI par. Enfermedades de los músculos oculares: miositis, miopatías, enfermedad orbitaria. Enfermedades de la unión neuromuscular: miastenia.

Comentario final: Paciente de 62 años que acude por diplopía, valorado por MAP, oftalmología y neurología con diagnóstico de paresia incompleta del IV par izquierdo de posible etiología microangiopática. Se decide mantener antiagregación con Adiro 100, se recomienda cese del hábito tabáquico y oclusión alternante de ojo. El paciente dejó de fumar. Valorado por Oftalmología pautó toxina botulínica que no se llegó a administrar por mejoría clínica 15 días después. En consulta de Neurología analítica con ACRA y Musk negativos. RM y angioRM con lesiones glióticas residuales

por microangiopatía en ambos hemisferios. Se mantiene antiagregación crónica y control estrecho de FRCV.

Bibliografía

1. Zarranz JJ. Neurología, 5ª ed.

Palabras clave: Diplopía. IV par craneal.