Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2814

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1947 - DOCTORA, VEO DOBLE Y SE ME MUEVE LA ACERA

A. López López[1], M. Ruiz Ciudad[1], G. López Escobar[1] y R. García Coronel[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años que hace 8 años en relación con ejercicio por las tardes, veía doble durante 1-2 horas cediendo con el descanso. Mejoró con prismas pero ha vuelto a empeorar. Actualmente le ocurre con mínimo ejercicio con pérdida de equilibrio, marcha inestable e incapacidad para conducción y ver la televisión.

Exploración y pruebas complementarias: Agudeza visual = 1 en ambos ojos. No limitación en ninguna posición de la mirada. Estereopsia correcta. Fondo de ojo: papila con buena coloración, bordes nítidos. Mácula normal. Oftalmología: AV normal, no paresias ni parálisis muscular. Nistagmo en la mirada extrema, componente horizontal y rotatorio. Sin gafas endotropía-foria al cover test OD. Neurología: diplopía en todas las posiciones de la mirada monocular con ambos ojos. Asimetría de la hendidura palpebral, no fatigabilidad. Anticuerpos anti Ach y anti Musk negativos. Electromiograma: Normal. RMN. Pequeñas alteraciones de señal puntiformes, en sustancia blanca subcortical. Descartados lesión intracraneal y síndrome miasteniforme se continúa con la evaluación.

Orientación diagnóstica: Diplopía horizontal por una endotropía-foria 2 grados.

Diagnóstico diferencial: Binocular: parálisis oculomotora (III, IV o VI par) vascular, diabetes, aneurisma, neoplasia, infecciosa, oftalmopatía tiroidea, miastenia gravis o esclerosis múltiple. Monocular: defectos de refracción, cataratas, fármacos (más frecuente lacosamida y zonisamida), tumores o alteraciones psicógenas.

Comentario final: El 85% de las diplopías son binoculares, consecuencia de una parálisis adquirida de uno o más músculos oculares extrínsecos, siendo la parálisis del VI par craneal la causa más frecuente. El 15%, monocular, por errores de refracción frecuentemente. En caso de diplopía binocular, realizaremos campimetría por confrontación y exploración de las 9 posiciones de la mirada. La diplopía llega a constituir un 1,4% de las urgencias oftalmológicas, en las que médico tiene que realizar un diagnóstico diferencial acertado. El reconocimiento temprano de la endotropía y la rápida iniciación del tratamiento correctivo con prismas previene las complicaciones sensoriales y motoras, el desarrollo de la ambliopía y el deterioro de la alineación ocular. la mejoría con corrección contraindica la cirugía. Descartadas causas neurológicas se indicó corrección con prismas mejorando sintomatología.

Bibliografía

1. Cuixart Costa L, Gálvez Ruiz A, Serrano Borraz V. A partir de un síntoma, diplopía. AMF. 2009;5(3):154-8.

Palabras clave: Diplopía. Endoforia. Estrabismo.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.