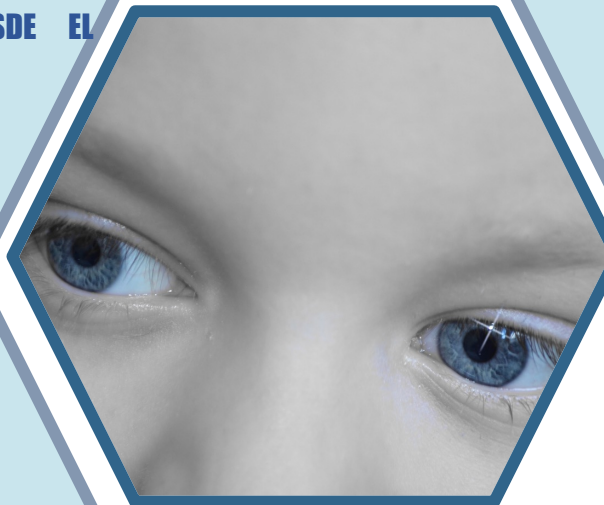


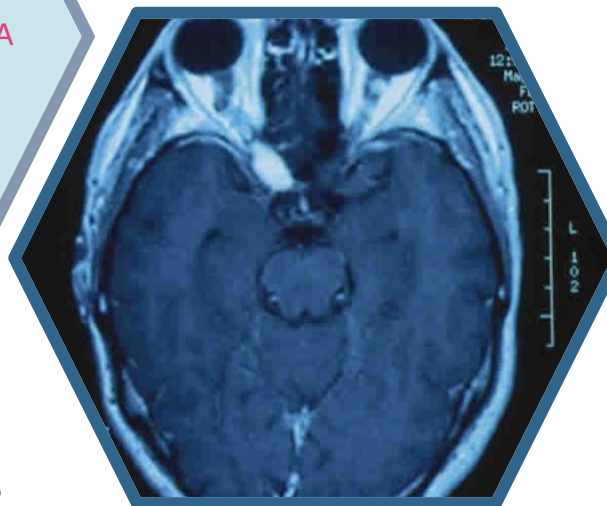
CURSO
actualización de
urgencias

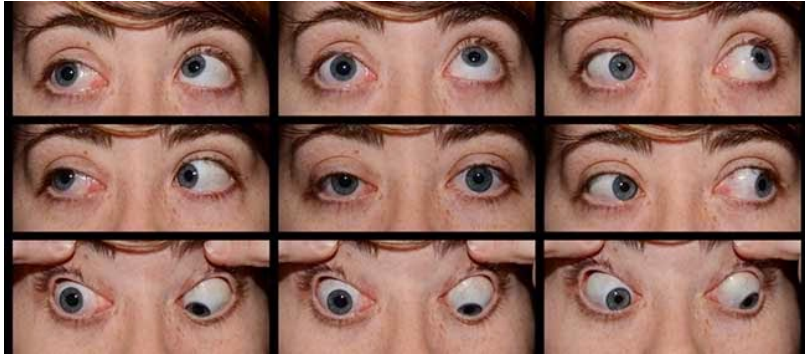
DOCTOR, VEO DOBLE
(DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DESDE EL
PUNTO DE VISTA CLÍNICO)



- BEATRIZ SANJURJO LAMELA
(MIR 3 MFYC)
- SONIA GAYOL HUERGA

**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**





Diplopia

La diplopia es la percepción de las imágenes en forma de **visión doble**. El inicio clínico es siempre **agudo** y alarmante para el paciente, por lo que es habitual su presentación en urgencias.

Aunque la mayoría de los casos de aparición aislada no suponen un problema de salud importante, en determinadas circunstancias pueden presagiar enfermedades graves e incluso de riesgo vital.

Una correcta evaluación permitirá orientar la naturaleza del proceso subyacente y la conveniencia de estudios complementarios, evitando a su vez procedimientos innecesarios.



ANAMNESIS



EXPLORACIÓN
FÍSICA



DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO

DOCTOR, VEO DOBLE

ANAMNESIS

1

MONOCULAR

Patología ocular, persiste a pesar de oclusión del ojo sano. Ej: errores refractivos.

2

BINOCULAR

Desaparece con la oclusión de cualquiera de los dos ojos. Preguntar si es **horizontal**, **vertical** o **torsional**.

5

PRESENCIA
DE FRCV

7

¿ACOMPAÑADO
DE DOLOR?

8

OTROS SÍNTOMAS
NEUROLÓGICOS:

Ptoxis, debilidad
facial, disfagia.

3

DIRECCIONALIDAD

Preguntar sobre la **posición** de la mirada en la que la diplopia **empeora**.

4

PROGRESIÓN
CLÍNICA DESDE EL
COMIENZO

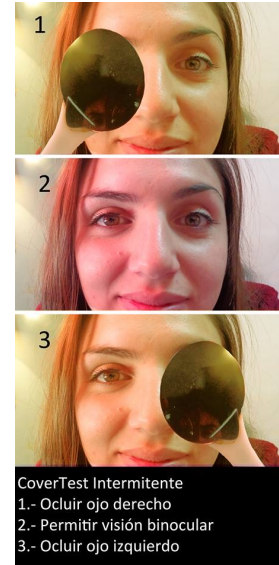
6

ANTECEDENTE
TRAUMÁTICO



AGUJERO ESTENOPEICO

En casos de diplopía **monocular**: su uso mejorará o eliminará el síntoma. En aquellos casos en los que no haya cambios deberá sospecharse un origen funcional.

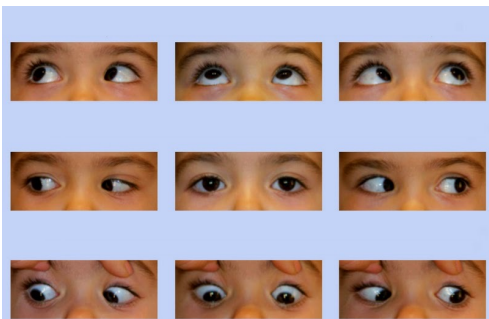


COVER TEST

La **oclusión alternante** de cada uno de los ojos cuando el paciente se fija en un objeto distante ocasionará un movimiento correctivo del ojo contralateral. Se pondrá de manifiesto una desalineación (**tropía**): exotropía, esotropía o hipertropía en función de la dirección del movimiento corrector. Debe realizarse **en todas las direcciones elementales** de la mirada.

RANGO DE MOTILIDAD OCULAR

Si existe **paresia** o restricción de suficiente importancia, el mero examen del movimiento de los ojos revelará la alteración. Explorar los movimientos coordinados de ambos globos oculares (**versiones**) y los de cada ojo por separado (**ducciones**).





PRUEBA DE HIRSCHBERG

Asimetría del reflejo lumínico en cada una de las córneas cuando el paciente se fija en una luz lejana. Valora el tipo de desalineación. Útil en pacientes poco colaboradores y en **pseudoestrabismos** (epicanto, hiperterlorismo).

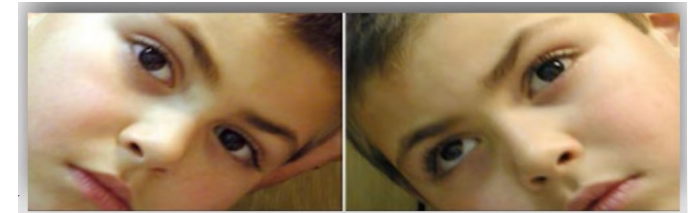
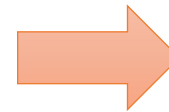


B



PRUEBA DE BIELCHOWSKY

Si en una diplopía torsional se sospecha lesión del IV par, la **inclinación cefálica ipsilesional agrava** el síntoma y el movimiento hacia el hombro **contralateral**, lo **disminuye**.

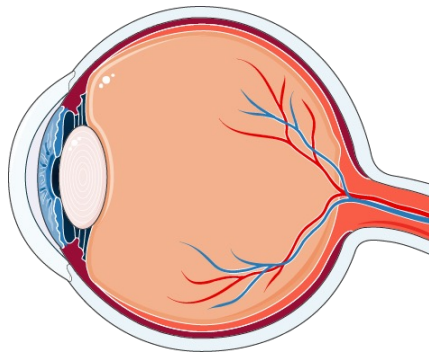


Test de Bielschowsky positivo:

Al inclinar la cabeza a un lado, el ojo del mismo lado hace un movimiento de elevación.

1. **PRUEBAS DE LABORATORIO:** Bioquímica, hemograma, hormonas tiroideas. Solicitar sobre todo si se sospecha etiología sistémica/inflamatoria.

2. **PRUEBAS DE IMAGEN:** TAC craneal si sospecha de aneurisma, tumor, hipertensión intracraneal, patología orgánica..etc.



- PARÁLISIS DEL III PAR:

El tercer par inerva los músculos: recto interno, inferior y superior. Oblicuo inferior. Elevador del párpado superior y esfínter del iris.

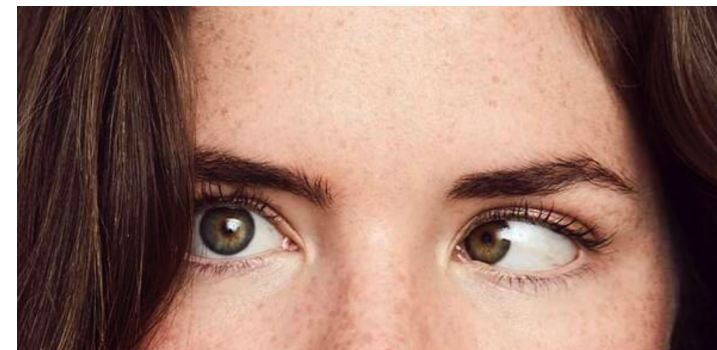
Parálisis completa: **ptosis**, **dilatación pupilar** y **desviación** del ojo afectado **hacia el exterior**. El paciente es incapaz de mirar hacia arriba, hacia abajo o adentro.

- **Con** dilatación pupilar: sugiere lesión por compresión (tumoración o un aneurisma del polígono de Willis).
- **Sin** afectación pupilar: no siempre es identificable. La mayor parte de los casos es consecuencia del infarto **microvascular** del nervio. Factores de riesgo: diabetes, la hipertensión y las enfermedades vasculares. En general, se observa recuperación espontánea en **6-12 semanas**.



- PARÁLISIS DEL IV PAR:

- Inerva los músculos: oblicuos superiores contralaterales.
- Se produce la desviación del ojo afectado hacia **arriba** y hacia el **interior**. El paciente presenta **imposibilidad** para **mirar hacia abajo**.
- Causas:
 - **Idiopáticas:** más frecuentes; se recuperan espontáneamente en unos meses.
 - **Traumáticas:** el patético tiene una especial tendencia a lesionarse después de traumatismos craneales cerrados.
 - **Congénitas:** el paciente corrige la visión doble con la inclinación de la cabeza, hasta que llega un momento en el que no es capaz de compensar.



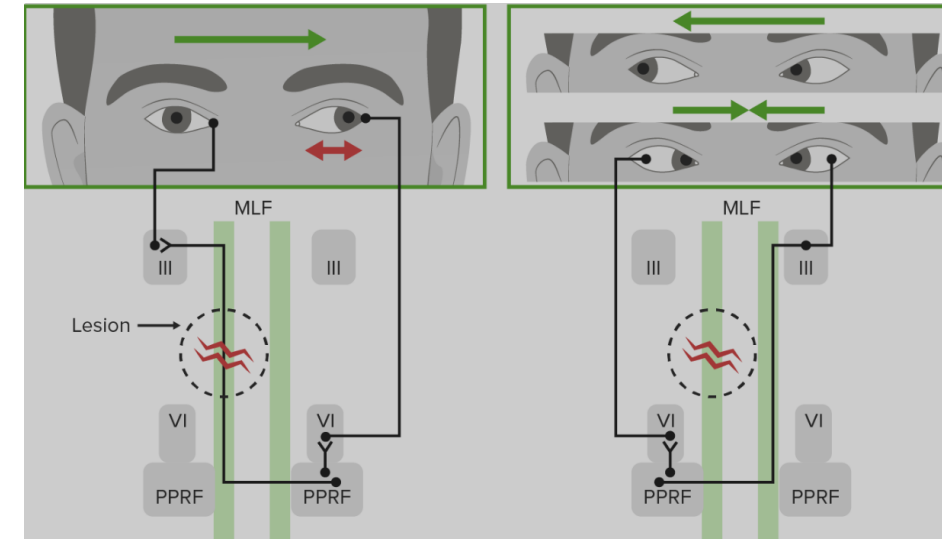
- PARÁLISIS DEL VI PAR:

- Es la parálisis oculomotora **más frecuente**.
- Inerva: el recto externo, que se encarga de llevar la mirada hacia la región temporal.
- Se produce la **desviación** del ojo afectado **hacia el interior**, hacia la nariz. El paciente presenta imposibilidad para la mirada lateral externa.
- Causas:
 - La mayor parte son por **infartos microvasculares** (diabetes mellitus o hipertensión arterial). Recuperación espontánea en 6-12 semanas, si no debe de ser revisado en busca de otra causa (p.ej.: causa tumoral o esclerosis múltiple).



- OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR:

- Se debe a la lesión del **fascículo longitudinal medial** que comunica el **VI** par craneal de un lado con el **III** par contralateral.
- Se produce parálisis de pares motores oculares y de la mirada conjugada de ambos ojos.
- **Causas** más frecuentes: **esclerosis múltiple** en jóvenes e **infarto de tronco** en gente de edad avanzada.
- Se produce **déficit de aducción de un ojo con nistagmo horizontal del contralateral**. Por ejemplo, un enfermo con oftalmoplejía internuclear izquierda:
 - En la **posición primaria** de la mirada, los ojos tienen un aspecto **normal**.
 - La mirada horizontal hacia la izquierda está intacta.
 - Al intentar dirigir la mirada **horizontal a la derecha**, el ojo derecho no aduce y el **izquierdo**, que sí abduce, presenta **nistagmo horizontal**.



- **MIASTENIA GRAVIS:** Esta enfermedad es una causa fundamental de diplopia. Al igual que la **ptosis** que también se produce como síntoma de la misma, suele ser intermitente y variable; varía desde una leve visión borrosa hasta una diplopía severa. Las **pupilas** se conservan siempre íntegras y normalmente la clínica **empeora a medida** que **avanza el día**. Muchos enfermos padecen una forma ocular pura.
- **OFTALMOPATÍA TIROIDEA:** restricción de movilidad de la **musculatura extraocular** que preferentemente afecta al recto **inferior**, recto **interno** y recto **superior**, en este orden. La diplopia es más marcada en la dirección opuesta al movimiento que realiza el mismo. La limitación en la **elevación** en uno o ambos ojos es el defecto **más común** en estos pacientes. Un exoftalmos o una retracción palpebral pueden ser indicativos de oftalmopatía de Graves.

- PARÁLISIS COMBINADAS:

- Lesiones **orbitarias**:
 - Oftalmoplejía dolorosa aguda: cursa con proptosis, edema palpebral y dolor.
 - Trombosis de venas orbitarias.
 - Celulitis orbitaria.
 - Mucormicosis (en diabéticos).
 - Pseudotumor orbitario.
 - Arteritis de células gigantes.
- Lesiones en **hendidura esfenoidal/seno cavernoso**:
 - Síndrome de Tolosa-Hunt: es una oftalmoplejía, generalmente unilateral, debida a una inflamación granulomatosa no específica del seno cavernoso. Cursa con dolor ocular por afectación de la 1ª rama del trigémino con **oftalmoplejía completa**, afectación **pupilar**, y **trastorno sensitivo** por afectación del nervio oftálmico.
 - Aneurismas intracavernosos o tumores.

- FÁRMACOS QUE ASOCIAN DIPLOPIA:

- Muy frecuentes: **Lacosamida. Zonisamida.**
- Frecuentes: Eslicarbazepina. Gabapentina. Perampanel. Pregabalina. Sildenafil. Temozolomida. Topiramato. Toxina botulínica.
- Poco frecuentes: Adalimumab. Amlodipino. Bortezomib. Capecitabina. Lamotrigina. Levetiracetam. Pravastatina.
- Raros: Ciprofloxacino. Dextrometorfano. Sertralina. Telitromicina. Voriconazol.



ALGORITMO DIAGNÓSTICO

P
E
D
I
R

T
C

C
R
A
N
E
A
L

DIPLOPIA

COVER TEST

BINOCULAR
(IC NEURO)

MONOCULAR

PARESIA
OCULOMOTORES

PTOSIS PALPEBRAL

AGUJERO
ESTENOPEICO

OFTALMOPLEJIA
INTERNUCLEAR

VI PAR

IV PAR

III PAR

EMPEORA CON
REPETICIÓN:
MIASTENIA GRAVIS

¿DESAPARECE LA
DIPLOPIA?

JOVEN: EM

- HTIC
- DM/HTA

- TRAUMATISMOS
-DM/HTA

¿MIDRIASIS?

SI: IC OFT.

NO

EDAD AVANZADA:
ICTUS TRONCO

SI: ANEURISMA DE
A. COMUNICANTE
POSTERIOR

NO: SI FRCV PENSAR
EN PC ISQUÉMICO

DESCARTAR TUMOR
OCCIPITAL. PEDIR TC
CRANEAL

- **Tratamiento en urgencias** (una vez valorado por el especialista correspondiente, descartando patología urgente/emergente):

- Oclusión ocular alternando un ojo cada día.
- Complejo vitamínico B (B12, B6, B1)?.
- Si hay criterios de **gravedad**: ingreso o derivar a consulta de neurología en breve plazo.
- Resto derivar a consultas externas a ritmo normal.

- Protocolo diagnóstico de la diplopía en urgencias. R. Gordo Mañasa,* , L.A. Lozano García-Carob, C.I. Jacob García-Asenjob y J. Tejeiro Martínez. Servicio de Medicina Interna. bUnidad de Cefaleas y Enfermedades Sistémicas. cUnidad de Epilepsia. Sección de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.
- Diplopia. Olivia Sanz Martínez. Hospital Universitario de Sagunto.
- Parálisis incompleta del tercer par craneal. E. Lima Rodríguez y J. Calvo Romero. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Badajoz. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.
- Guía de actuación en urgencias. M.J Vázquez Lima. J. R. Casal Codesido.
- Guía Clínica Diplopia Fisterra. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diplopia/>.

CURSO
actualización
de urgencias

1ª
edición

DOCTOR, VEO DOBLE

16/16

¡GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN!