



Clínica cotidiana

En caso de diplopía referida siempre hay que estar atentos

Jorge Luis Orihuela de la Cal*, Diana Leticia Mateos Comín, Arminda Castro Vega, Cristina Nieves Robaina Yáñez

Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana. Las Palmas de Gran Canaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de agosto de 2022

Aceptado el 30 de abril de 2024

On-line el 29 de mayo de 2024

Palabras clave:

Diplopía

Esclerosis múltiple

Sistema nervioso central

Keywords:

Diplopia

Multiple sclerosis

Central nervous system

R E S U M E N

La diplopía es un síntoma que nunca debe ser infravalorado. Es necesario el estudio de quien lo padezca, pues podrá ser consecuencia de enfermedades relevantes.

Una de las enfermedades que puede cursar con diplopía binocular es la esclerosis múltiple autoinmune, entidad de causa desconocida, más prevalente en mujeres jóvenes (más del 75 % de los casos), caracterizada por placas desmielinizadas de la sustancia blanca en el sistema nervioso central. En ella participan factores ambientales y genéticos que provocan una alteración en la respuesta inmunológica.

Se presenta un caso clínico atendido en Urgencias de un centro de salud docente. El paciente sufría visión doble binocular asociada a hemiparesia derecha autolimitada y disartria referida. Fue realizado abordaje médico-enfermera, con participación del residente de medicina familiar. Se analizaron los diagnósticos diferenciales y los criterios de derivación para indicar su traslado urgente al hospital, donde se llevó a cabo el diagnóstico definitivo.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

In case of referred diplopia, you should always be vigilant

A B S T R A C T

Diplopia is a symptom that should never be underestimated; it is necessary to study of who suffers from it as it may be a consequence of relevant diseases.

One of the pathologies that can occur with binocular diplopia is autoimmune multiple sclerosis, entity of unknown cause, more prevalent in young women (more than 75% of cases), characterized by demyelinated plaques of white matter in the central nervous system. Environmental and genetic factors participate that cause an alteration in the immune response.

A clinical case is presented, attended in the emergency room of a teaching health center. He was affected by double binocular vision associated with self-limited hemiparesis of the right side of the body and referred dysarthria. A doctor-nurse approach was carried out, with the participation of the family resident intern, analyzing the differential diagnoses

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeorihu1969@gmail.com (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.023>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

and referral criteria to indicate their urgent transfer to the hospital, where the definitive diagnosis was made.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

Varón de 37 años de edad, que acude a Urgencias refiriendo visión doble de varias horas de evolución, acompañada por debilidad muscular en el hemicuerpo derecho y alteraciones intermitentes al hablar, que le generan angustia y preocupación. Niega dolor y síndrome constitucional. No tiene hábitos tóxicos.

Se realiza la valoración por parte de enfermería. Es relevante el componente ansioso y la tensión arterial de 140/90 mmHg. Está afebril. Se detectan signos y síntomas de alarma que pueden indicar anomalías del sistema nervioso y constituyen criterios de derivación (diplopía, hemiparesia en hemicuerpo derecho y disartria referida). Se le asigna nivel de atención II emergencia (la atención médica no debe tardar más de 10 minutos), según Drago-AP del Servicio Canario de Salud¹.

Queda realizado el Plan de Cuidados por Enfermería², que debe ser cumplido mientras el paciente se encuentre en Urgencias (tabla 1).

A continuación, se procede a la evaluación médica conjunta entre el tutor y el médico interno residente. Se resaltan los antecedentes personales recogidos en su historia clínica electrónica: neuritis óptica retrobulbar izquierda dos años antes, en seguimiento por Oftalmología; cuadro de hipoestesia lumbar izquierda que correspondía a las metámeras L1-L2, más entumecimiento autolimitado de las 4 extremidades unos meses atrás.

Queda constatada durante el examen físico la diplopía horizontal bilateral, que desaparece al cerrar uno de los ojos, sin alteración pupilar; fuerza muscular 4/5 en extremidades derechas; maniobra de Barré y Mínganzini positiva: el miembro superior derecho prona y desciende levemente; el miembro inferior derecho cae con respecto al contralateral normal; prueba de prensión alterada: el lado afectado se vence mejor; abducción del meñique de Alter: el meñique de la mano derecha tiende a separarse; tono y trofismo conservados; reflejos osteotendinosos normales; no disartria constatada ni meningismo.

Necesita apoyo emocional y terapia sublingual con alprazolam (0,25 mg).

Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, glioblastoma, aneurisma cerebral, hemanjioma cavernoso...

Teniendo en cuenta su historial previo, los síntomas referidos y la valoración clínica actual, se remite de forma urgente al hospital, con diagnóstico de diplopía binocular de causa orgánica (a descartar enfermedad cerebrovascular o brote de enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central).

Una vez en el hospital, se realizan pruebas complementarias.

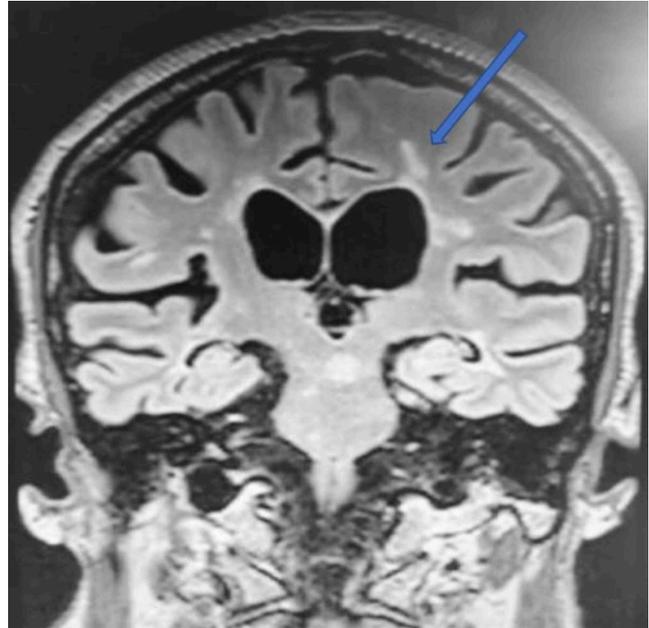


Figura 1 – RMN.

La analítica es normal.

La tomografía axial computarizada descarta patología vascular y tumoral. Se sugiere la realización de resonancia magnética nuclear (RMN).

Queda ingresado en el Servicio de Neurología. Tras 24 horas de evolución, el episodio de hemiparesia derecha remite espontáneamente.

En la RMN se observan múltiples lesiones como placas (esclerosis) desmielinizantes, hipertensas, bilaterales, sin edema periférico; sistema ventricular supra e infratentorial normal; surcos corticales conservados (figura 1).

Estudio de líquido cefalorraquídeo: presencia de anticuerpos (bandas oligoclonales que no fueron detectadas en la sangre) e IgG y proteínas elevadas.

Potenciales evocados normales.

Según los criterios diagnósticos de McDonald 2017³, que están basados en valoraciones clínicas, de laboratorio y RMN, el juicio clínico definitivo es de esclerosis múltiple autoinmune (EMA).

No existe un tratamiento exacto, éste debe enfocarse conforme a los brotes (glucocorticoides), como modificador de la enfermedad (interferón beta, anticuerpos monoclonales), sintomático y rehabilitador. El pronóstico no puede elaborarse ya que la patología varía en cada enfermo^{4,5}.

Tabla 1 – Plan de cuidados*
NANDA-I: [00085] DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA Relacionado con disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular manifestado por movimientos descoordinados.
NOC: [0918] Atención al lado afectado NOC: [0914] Estado neurológico: función sensitiva/motora medular
NIC: [2760] Manejo de la desatención unilateral NIC: [2620] Monitorización neurológica
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura. • Supervisar y ayudar en los traslados y la deambulaci3n. • Controlar la presencia de trastornos visuales. • Vigilar el tama1o, forma, simetría y la reactividad de la pupila. • Monitorizar los m3sculos extraoculares y las característic3s de la mirada. • Monitorizar el seguimiento del movimiento de un objeto delante de sus ojos. • Monitorizar el tono muscular, movimiento motor, la marcha y la propiocepci3n, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente. • Monitorizar la fuerza de agarre, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente. • Monitorizar los signos vitales (temperatura, presi3n arterial, pulso, respiraciones). • Notificar al m3dico los cambios en el estado del paciente.
NANDA-I: [00146] ANSIEDAD Relacionado con estresores manifestado por expresa angustia.
NOC: [1402] Autocontrol de la ansiedad. NIC: [5820] Disminuci3n de la ansiedad.
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que aporte seguridad. • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Proporcionar informaci3n objetiva respecto del diagn3stico, tratamiento y pron3stico. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Animar la manifestaci3n de sentimientos, percepciones y miedos.
NANDA-I: [00038] RIESGO DE TRAUMATISMO FÍSICO Relacionado con visi3n inadecuada no resuelta y debilidad.
NOC: [1909] Conducta de prevenci3n de caídas. NIC: [6490] Prevenci3n de caídas.
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar d3ficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. • Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables. • Identificar las característic3s del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
*Plan de Cuidados seg3n la taxonomías NANDA International (NANDA-I), la Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

Comentario

La diplopía es una sensaci3n desagradable que afecta la cotidianidad de quien la padece. Significa una percepci3n doble (o m3s) de un mismo objeto. Siempre es necesario encontrar el factor desencadenante. Se clasifica en:

- Monocular, cuando est3 afectada alguna estructura del sistema ocular (c3rnea, cristalino, retina o trastornos refractivos).
- Binocular, por lesiones en el sistema nervioso (parálisis de pares craneales, alteraci3n de la motilidad ocular o neuromuscular)⁶.

M3s del 80 % del total de los casos presenta diplopía binocular (referida cuando los ojos est3n abiertos y deja de existir

cuando se cierra uno de ellos)⁶⁻⁷, que siempre debe ser derivada, lo que incluye los casos que se acompa1en de ataxia, alteraciones de la degluci3n o del habla, e incontinencia de esfínteres, vértigo y cefalea, dolor ocular, antecedentes de traumatismo craneal u ocular... Una persona que sufre diplopía muestra afectaci3n en las diferentes esferas de la vida, las que intervienen en el desarrollo del ser humano, desde el aspecto físico, al psíquico hasta lo social; o sea, cualquier actividad de la vida diaria⁷⁻⁸.

Genera disconfort ante tareas cotidianas, como intentar leer un libro (las palabras se agolpan en cada p3gina), o el hecho de intentar colocar la llave en la cerradura (su percepci3n est3 distorsionada), lo mismo al vaciar agua en un recipiente que se ve doble (se teme derramar el líquido), incluso existen riesgos de caídas al subir o bajar escaleras o del autobús, entre otros. Estas situaciones ocasionan inquietud y frustraci3n. Múltiples son los testimonios que pueden conseguirse entre los afectados por diplopía, que llegan a conmover a quienes les rodean⁷⁻⁹.

Entre las causas de esta forma clínica de diplopía, se encuentran las producidas por afectación neuromuscular, como ocurre en la EMA. Es una enfermedad autoinmune de etiología incierta, motivo relevante de discapacidad a los 20-30 años, con repercusión socioeconómica y familiar. Puede manifestarse hasta 5 años antes del diagnóstico. Debuta de manera diferente en cada persona, con clínica variada en forma de brotes (síntomas súbitos que constituyen crisis de la enfermedad aún no diagnosticada o ya conocida); algunos llegan a remitir completamente o no. La duración de estos es variable y pueden ser recurrentes o progresivos. Incluyen alteraciones visuales (diplopía, neuritis óptica o visión borrosa), rigidez o espasmos musculares, afectación del lenguaje, equilibrio, coordinación, sensibilidad y marcha, debilidad muscular, fatiga o hemiparesia, problemas urinarios y digestivos, labilidad afectiva, deterioro cognitivo, etc.³⁻⁵.

Su evolución tiende a empeorar al superar la cuarta década de vida (se produce progresión rápida en ciertos enfermos). El debut, la clínica y el pronóstico son diferentes en cada paciente. La sintomatología dependerá de la ubicación y extensión de las placas desmielinizadas. Es importante que el afectado y sus familiares puedan vivir con la mejor calidad posible³⁻⁶.

El médico y enfermero de cabecera intervendrá activamente en el control de factores de riesgo cardiovascular, promoción y prevención sanitaria, más seguimiento domiciliario de los casos, cuando proceda.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Informático de Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (Drago-AP) del Servicio Canario de Salud [Internet]. Balance de Actividad SCS 2011-2014. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/996d33e2-09d6-11e5-9e16-d107cd1682ec/8_SistemasInformacion2011_2014.pdf
2. NNNConsult [Internet]. Elsevier [citado 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
3. Wexler M, Silva P. Guidelines for MS diagnosis: McDonald Criteria [Internet]. Multiple Sclerosis News Today; April 2022. Disponible en: <https://multiplesclerosisnewstoday.com/ms-diagnosis-mcdonald-criteria/>
4. Swanson JW. Enfermedad desmielinizante: ¿Qué puedes hacer? [Internet]. Rochester, Minnesota: Mayo Clinic Press; April 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/multiple-sclerosis/expert-answers/demyelinating-disease>
5. Atlas de la Esclerosis Múltiple. Mapa mundial de EM: las conclusiones epidemiológicas más importantes. 3ª ed. [Internet]. MS international federation Sept 2020]. Disponible en: <https://www.msif.org/wp-content/uploads/2020/10/Atlas-Epidemiology-report-Sept-2020-Final-ES.pdf>
6. Ruiz R. Guía clínica de diplopía. Fisterra [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diplopia/>
7. Ruiz Mitjana L. Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental. [Internet]. Barcelona. Disponible en: <https://psicologiamente.com>
8. García JL, De la Rúa A. Diplopía: la enfermedad que te parte la vida en dos. El País [Internet]. Madrid; 27 de mayo de 2018. Disponible en: https://elpais.com/politica/2018/05/21/diario_de_espana/1526923081_829812.html
9. Diplopía, hablo de vivir viendo doble [Internet]. Hablandoconhache. 2021. Recuperado a partir de: <http://www.hablandoconhache.com/diplopia-hablo-de-vivir-viendo-doble/>