

**DIPLOPIA****Dra. Olivia Sanz Martínez**

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

La diplopía es una alteración de la percepción de las imágenes en forma de visión doble. Puede ser mono o binocular: para distinguirlas realizaremos el *cover test* que consiste en la oclusión de un ojo y ver si la diplopía persiste. Si desaparece, nos encontramos ante una diplopía binocular y si persiste, se trata de una diplopía monocular.

**ETIOLOGÍA**

- **Diplopía monocular (25%):**
  - Defectos de refracción no corregidos (p. ej., astigmatismo elevado).
  - Alteraciones corneales (p. ej.: queratocono, pterigion).
  - Alteraciones cristaliniánas (p. ej.: cataratas, subluxaciones).
  - Tumoraciones del lóbulo occipital.
  - Trastornos psicógenos o de simulación.
  - Efecto adverso o toxicidad de fármacos (p.ej.: anticomiciales).
- **Diplopía binocular (75%):**
  - Trastornos de nervios oculomotores:
    - III par: por diabetes mellitus mal controlada, accidente isquémico cerebral, aneurisma con efecto masa.
    - IV par: de causa congénita, traumática, idiopática.
    - VI par: por diabetes mellitus mal controlada, hipertensión arterial, arteriosclerosis.
  - Causas infecciosas (p. ej.: meningitis), neoplásicas o el aumento de la presión intracraneal.
  - Trastornos de la musculatura extraocular: miastenia gravis, oftalmopatía tiroidea, miositis orbitaria, estrabismos descompensados, arteritis de la temporal, etc.
  - Trastornos del sistema óptico: errores de refracción no corregidos, trastornos corneales (p. Ej. microcórnea), iatrogenia (p. ej.: postcirugía de cataratas), etc.
  - Trastornos de las vías centrales: oftalmoplejía internuclear, cuya causa más común es la esclerosis múltiple.
  - Otras: trastornos psicógenos, simuladores, etc.

**ANAMNESIS**

- **Modo de aparición:** si la presentación es súbita, debe hacernos pensar en un origen isquémico o en una mononeuropatía diabética. Si la presentación es insidiosa, nos orientaría más hacia una patología sistémica como la esclerosis múltiple.
- **Fluctuación:** que la diplopía empeore a medida que avanza el día es característico de la miastenia gravis.
- **Enfermedades previas.** Factores de riesgo cardiovascular.
- **Traumatismo previo en el área orbitaria:** la parálisis traumática del IV par, puede ocurrir con un traumatismo relativamente leve (no asociado a pérdida de conocimiento o fractura craneal).
- **Hipertiroidismo:** diplopía en relación con oftalmopatía de Graves.
- **Cirugía oftalmológica previa.**
- **Toma de fármacos:** la toma de carbamazepina por ejemplo puede estar en relación con la diplopía.
- **Presencia de dolor:** si existe dolor y según la localización e intensidad del mismo, podremos orientar el origen de la diplopía (p.ej., miopatía, neoplasia, aneurisma con efecto masa, diplopía asociada a migraña...).
- **Síntomas acompañantes:** especialmente clínica neurológica o deficiencias en el campo visual.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Se debe realizar una **exploración física completa**, con una **exploración neurológica exhaustiva**. Además, existen maniobras específicas:

**DIPLOPIA MONOCULAR**

Habría que usar un agujero estenopecico (una pantalla opaca con un agujero pequeño en el centro que corrige los defectos de ametropía. En caso de no tenerlo, podremos utilizar una cartulina con un orificio central de 1 a 3 mm de diámetro).

- Si la diplopía desaparece con el agujero estenopecico, esta es de origen oftalmológico, generalmente causada por defectos de la refracción.
- Si no desaparece, estamos ante una diplopía monocular de origen no oftalmológico. La causa más probable será la psicógena o la simulación, aunque para establecer este diagnóstico, antes habrá que realizar pruebas de imagen para descartar una neoplasia occipital.

**DIPLOPÍA BINOCULAR**

- Campimetría por confrontación.
- Exploración de las nueve posiciones de la mirada: Arriba (derecha, centro e izquierda), recta (derecha, centro e izquierda) y abajo (derecha, centro e izquierda). En el estrabismo apreciamos desviación de la simetría ocular en todas las posiciones, mientras que en las parálisis de algún par craneal solo se produce en algunas.

**CRITERIOS DE GRAVEDAD**

- Lesiones asociadas.
- Afectación pupilar.
- Dolor intenso.
- Afectación del nivel de conciencia.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

- **Pruebas de laboratorio:** hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas; si se sospecha etiología sistémica o infecciosa/inflamatoria.
- **Pruebas de imagen:** TAC craneal si sospecha de aneurisma, tumor, hipertensión intracraneal, patología orgánica, etc.

**TRATAMIENTO EN URGENCIAS**

- Oclusión ocular alternando un ojo cada día.
- Complejo vitamínico B (B12, B6, B1): 1 comprimido cada 8 horas durante 1 – 3 meses.
- Si hay criterios de gravedad valorar ingreso o derivar a consulta de neurología en breve plazo.
- Resto derivar a consultas externas por vía normal.

**CAUSAS CARACTERÍSTICAS****PARÁLISIS DEL III PAR**

El tercer par inerva los músculos:

- Rectos interno, inferior y superior. Oblicuo inferior.
- Elevador del párpado superior.
- Esfínter del iris.

La parálisis completa del nervio motor ocular común se caracteriza por ptosis, dilatación pupilar y desviación del ojo afectado hacia el exterior. El paciente es incapaz de mirar hacia arriba hacia abajo o adentro. La presentación de una parálisis del nervio:

- **Con dilatación pupilar:** sugiere una lesión por compresión, como la presencia de una tumoración o un aneurisma del polígono de Willis.
- **Sin afectación pupilar:** no siempre es identificable. Se cree que en la mayor parte de los casos es consecuencia del infarto microvascular del nervio en algún tramo de su trayecto. Los factores de riesgo principales son la diabetes, la hipertensión y las enfermedades vasculares. En general, en los casos de parálisis sin afectación pupilar, se observa recuperación espontánea en 6-12 semanas. Si no es así o aparecen nuevos datos clínicos orientativos hacia otra etiología distinta de la más frecuente, habrá que replantear el diagnóstico de parálisis microvascular.

**PARÁLISIS DEL IV PAR**

El cuarto par inerva los músculos oblicuos superiores contralaterales (que junto con los rectos inferiores - inervados por el III par- lleva el ojo abajo y al centro). Se produce la desviación del ojo afectado hacia arriba y hacia el interior. El paciente presenta imposibilidad para mirar hacia abajo.

La mayor parte de las parálisis aisladas del nervio son idiopáticas y se recuperan espontáneamente en unos meses. Las causas traumáticas no son infrecuentes, ya que el patético tiene una especial tendencia a lesionarse después de traumatismos craneales cerrados. Tampoco son infrecuentes las parálisis congénitas; en las que el paciente normalmente de entrada corrige la visión doble con la inclinación de la cabeza, hasta que llega un momento en el que no es capaz de compensar el síntoma.

**PARÁLISIS DEL VI PAR**

Es la parálisis oculomotora más frecuente. El sexto par craneal inerva el músculo 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. La mayor parte de estos casos depende de infartos microvasculares, ya que se producen en pacientes con diabetes mellitus o

hipertensión. En general, se espera la recuperación espontánea en 6-12 semanas. Un enfermo con parálisis del nervio motor ocular externo que no mejore debe de ser revisado en busca de otra causa (p.ej.: causa tumoral o esclerosis múltiple).

#### OFTALMOPLEJÍA 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. Las causas más frecuentes son la 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 presenta aducción y el izquierdo, que sí abduce, presenta nistagmo horizontal.

#### MIASTENIA

Esta enfermedad es una causa fundamental de diplopía. 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 de la enfermedad sin debilidad muscular generalizada.

#### OFTALMOPATÍA TIROIDEA

La oftalmopatía tiroidea es una causa frecuente de diplopía. La restricción de movilidad de la musculatura extraocular preferentemente afecta al recto inferior, recto interno y recto superior, en este orden. Como el proceso causa tirantez o restricción en el músculo afectado, la diplopía 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 DE NERVIOS OCULOMOTORES

- **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 más o menos completa, dolorosa, generalmente unilateral, debida a una inflamación granulomatosa no específica del seno cavernoso. Su evolución espontánea es hacia la regresión de los síntomas en algunas semanas, pero se resuelve espectacularmente con los esteroides. Las recaídas ipsi o contralaterales son frecuentes. 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.
  - Tumores.