

## Titulo: “CUANDO LA TENSIÓN SE DISPARA Y LA VISIÓN SE DESDOBLA: UN CASO DE DIPLOPIA EN URGENCIAS”

Código: 8/554

Autores:

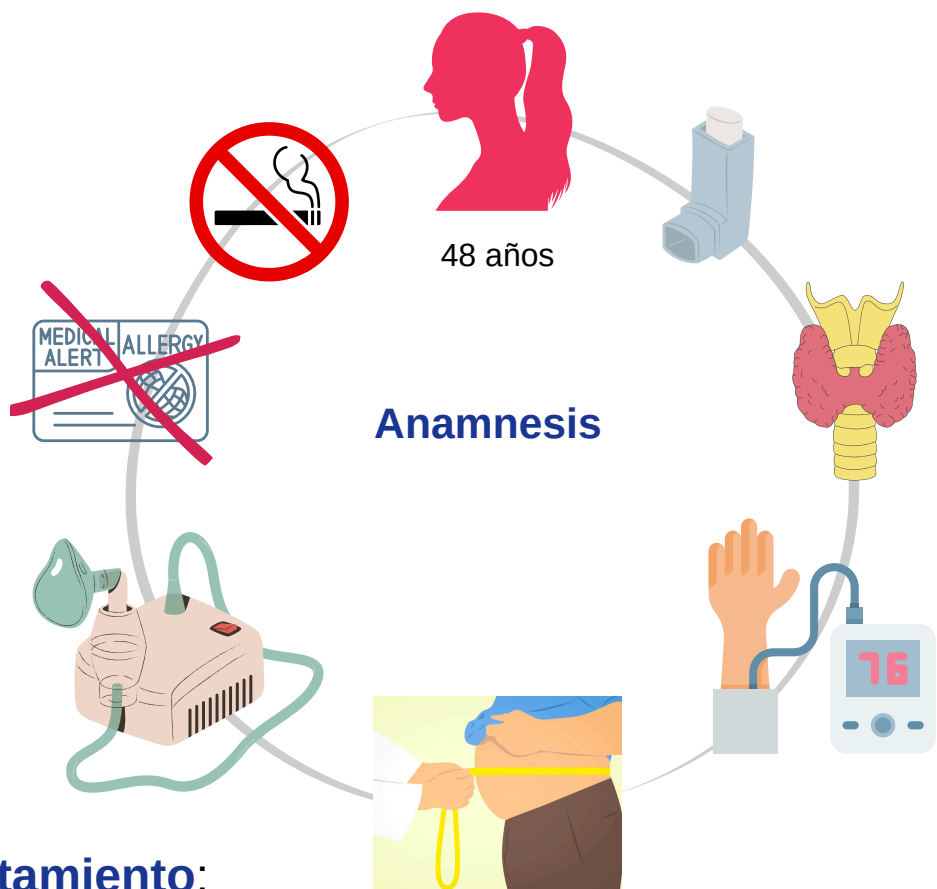
María Azucena Torres Checa - Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Retamar, Almería.  
Ana Páez Ordoño - Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Oliveros, Almería.  
Gonzalo Fornell Lopez - Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud Retamar, Almería.



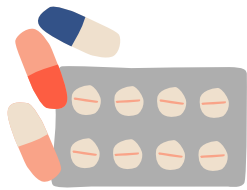
### Caso Clínico

**Ámbito:** Atención primaria, urgencias hospitalarias, consulta de neurología.  
**Motivo de consulta:** Cefalea, diplopia y vértigo rotatorio de 4 días de evolución.

#### Enfoque individual



#### Tratamiento:



Eutirox 88mg, barnidipino 20mg 1/24h e hidroclorotiazida 25mg/olmesartán 40 mg 1/24h, trimbow 172/5/9mcg 2 inhalaciones cada 12h y montelukast 10mg 1/24h.



En su última visita a urgencias se le prescribió **indometacina** por un posible episodio agudo de gota.

#### Exploración física (SUAP)

BEG, CyO. No disnea ni cianosis. Tolerancia al decúbito. ACP: Rítmica y sin soplos. MVC. **TAS hasta 230 mmHg.** No edemas. Pulsos periféricos presentes. Desdoblamiento de los objetos, horizontal y ligeramente vertical.

#### Exploración neurológica:

PINLA, **diplopia binocular** en **posición primaria** de la mirada; infraversión y **mirada extrema derecha** en probable relación con leve paresia del VI par del OD.

No DPAR. No ptosis. No nistagmo. No fatigabilidad ocular. Niega ptosis palpebral, dificultad para articular habla o a la deglución. No descoordinación motora en extremidades, ni déficit motor/sensitivo. Resto de pares craneales normales.

#### Pruebas complementarias:



**AS:** Bioquímica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad.



**TAC craneal sin contraste:** sin hallazgos radiológicos sugerentes de patología aguda.

#### Diagnóstico diferencial:

Parálisis microvascular, accidente cerebro vascular, tumores, esclerosis múltiple, miastenia gravis, oftalmopatía tiroidea.

#### Plan de acción y evolución

Acudir a consultas de neurología para estudio. Se solicita **TAC** de control por rechazo de RMN (claustrofobia): sin hallazgos.

**AAS 100mg y atorvastatina 80mg** + retirada de indometacina.

**Control domiciliario de TA** seguimiento en su Médico de Familia.

**Oclusión ocular** alternante con parche hasta mejoría de la diplopia.



Actualmente, la paciente ha mejorado levemente en su diplopia pero impresiona cierto **déficit visual tras el episodio hipertensivo.**

**RMN con sedación**

#### Conclusiones

Con este caso clínico, se aprecia la importancia de la **valoración integral e individualizada** de nuestros pacientes. En un paciente hipertenso, la introducción de nuevos fármacos debe realizarse con especial precaución, evaluando posibles efectos adversos o interacciones que puedan desestabilizar el control tensional.

En este caso la crisis hipertensiva se asoció a una **parálisis microvascular del VI par craneal derecho** manifestándose con diplopía y vértigo. Esto subraya como incluso una elevación aguda y transitoria de la presión arterial puede producir un daño microvascular en territorios sensibles, viéndose de esta manera muy afectada la calidad de vida de los pacientes.

De ahí la importancia del buen manejo tensional desde atención primaria, así como la importancia de no infravalorar los síntomas de alarma en pacientes con FRCV.

#### Palabras clave

Diplopia, hipertensión arterial, crisis hipertensiva, cefalea, AINES, paresia VI par craneal.

