



DIPLOPÍA

Mar Centelles Moliner
Centro Saúde Sárdoma
Abril 2024

Índice

1. Definición
2. Etiologías
3. Anamnesis
4. Exploración
5. Manejo y derivación



1. Definición



1. Definición

La visión binocular es la capacidad de integrar dos imágenes en una sola. Si falla se perciben dos imágenes de un mismo objeto --> diplopía.

Binocular = visión doble con los dos ojos abiertos

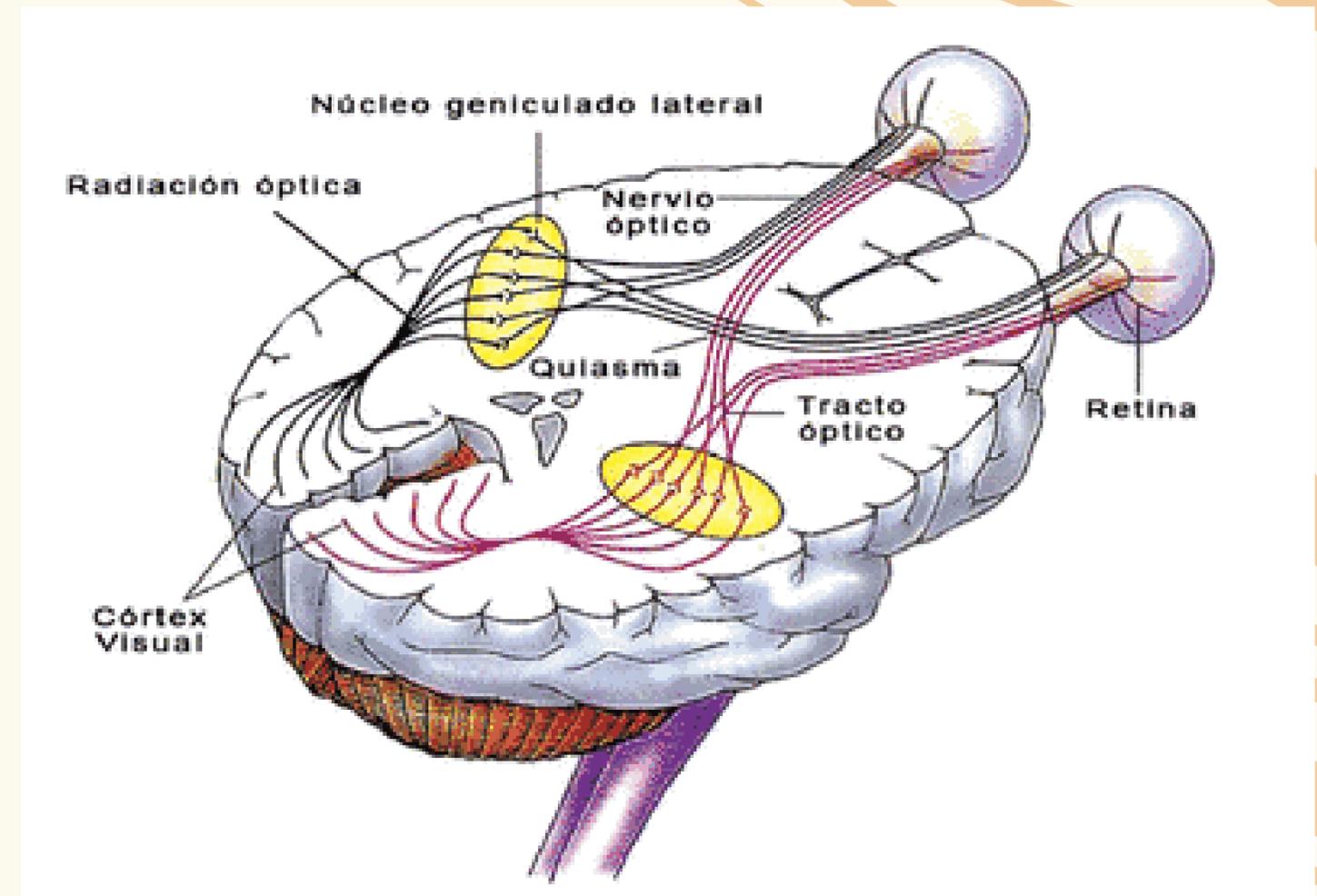
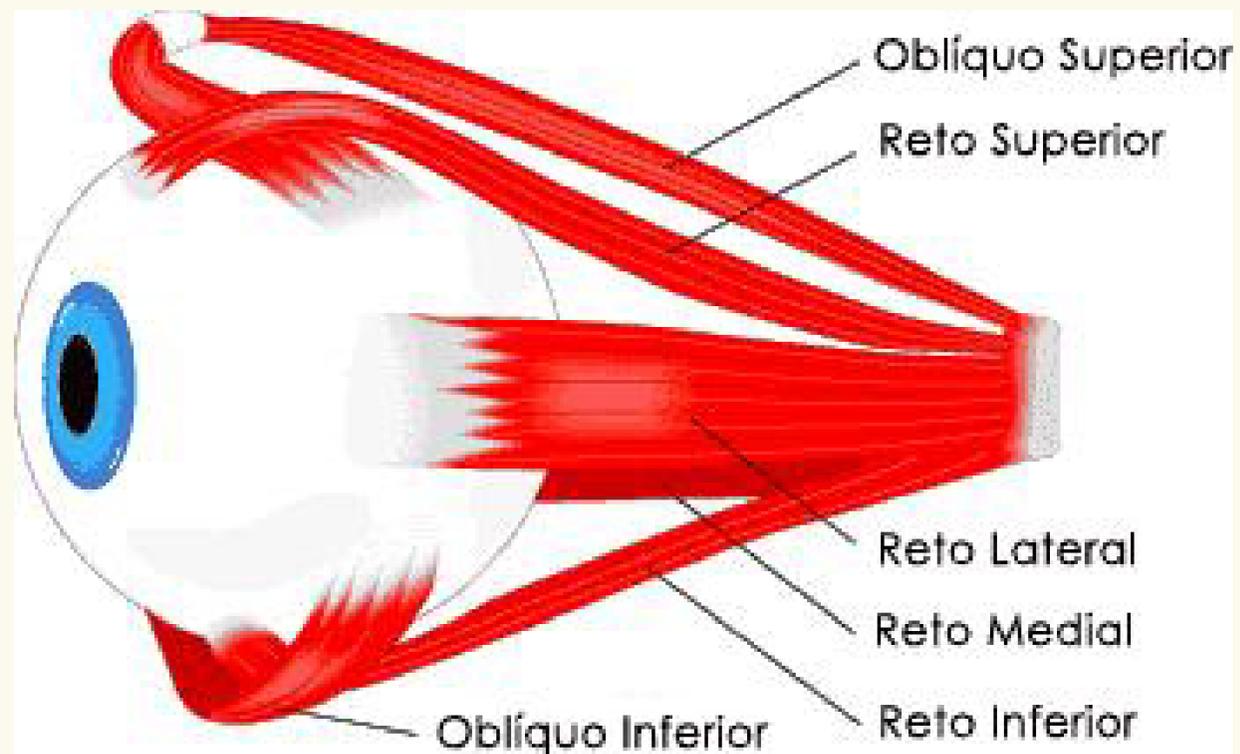
Monocular = visión doble con un solo ojo, el otro ocluido

Síntoma que no suele pasar desapercibido, importante el diagnóstico diferencial; causas potencialmente graves.

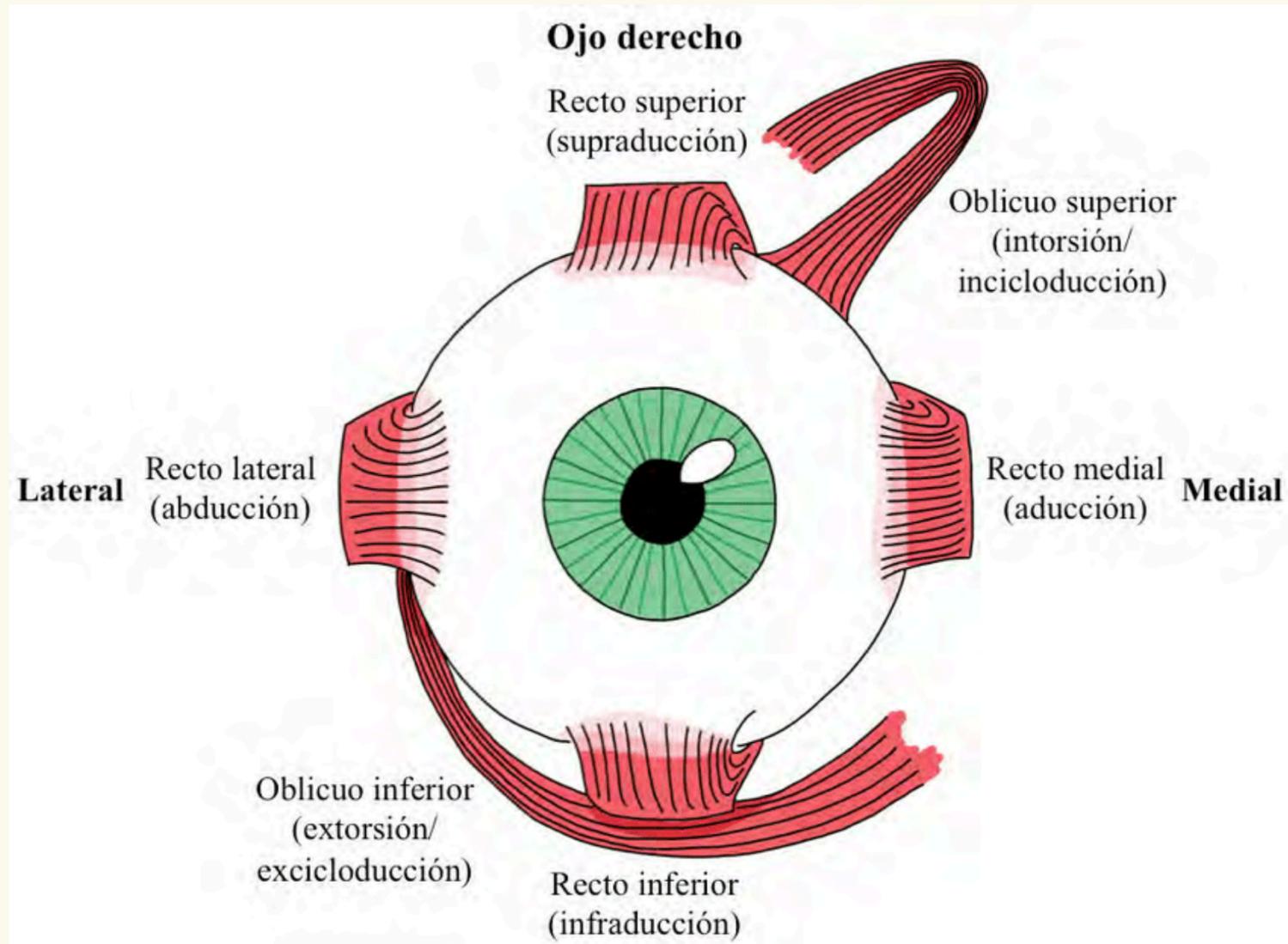


Resultado de trabajo conjunto del sistema motor o sensorial.

- Sistema motor: músculos oculomotores, pares craneales III, IV, VI y los núcleos cerebrales (supranucleares y de visión conjugada)
- Sistema sensorial: retina y la correspondiente corteza visual cerebral



Músculos oculomotores



RS	OI	RS y OI	RS y OI	OI	RS
RI	RI			RI	RE
RIn	OS	RIn y OS	RIn y OS	OS	RIn

Figura 2. Examen motor de las nueve posiciones de la mirada y músculos que intervienen

RS: Recto Superior; RIn: Recto Inferior; RI: Recto Interno

RE: Recto Externo; OS: Oblicuo Superior; OI: Oblicuo Inferior

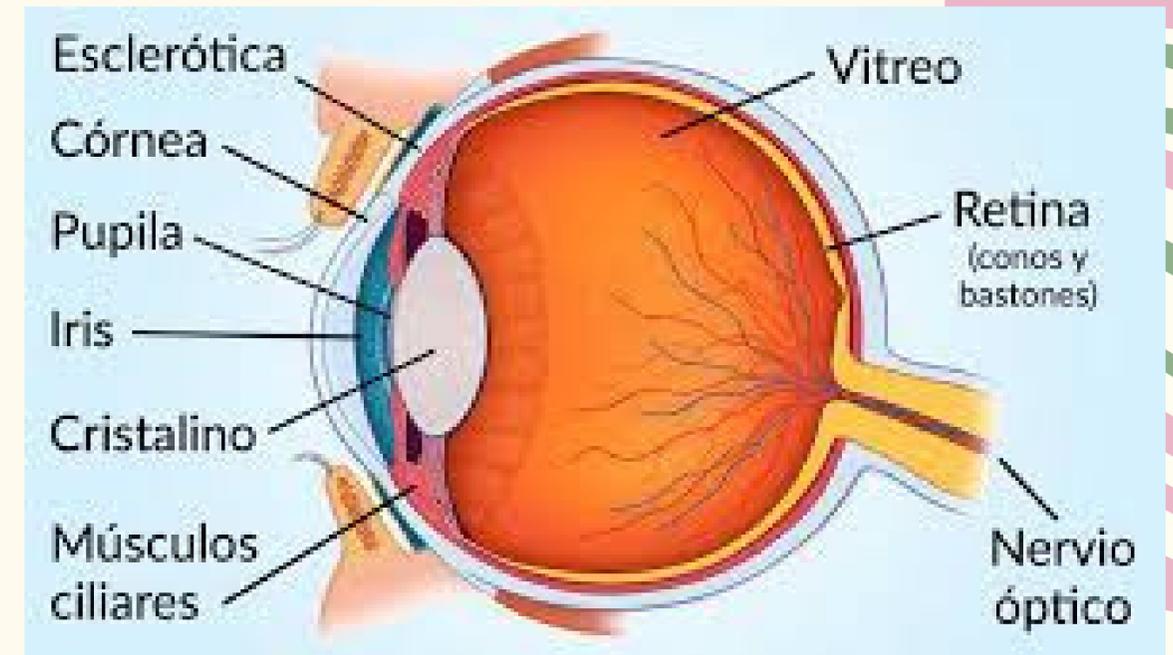
2. Etiologías



2. Etiologías principales

Monoculares (15-20%)

- Patología corneal
- Patología retina (menos frecuente)
- Cristalino: cataratas, subluxaciones
- Alteraciones refracción: astigmatismo severo
- Patología occipital (tumor)
- Trastorno psicógeno (Dx exclusión)



2. Etiologías principales

Binoculares (75-85%)



- Patología oculomotora: **parálisis III, IV, VI ppcc**, tumores, HTIC.
- Alter. supranucleares : oftalmoplejía internuclear
- Extraocular: Graves, estrabismo descompensados, miopatías o miositis
- Unión neuromuscular: miastenia gravis
- Seudoptosis: fármacos, blefaroespasma, exoftalmos, enoftalmos, corea de Huntington, trastorno conversivo, etc

Parálisis oculomotora: III PC

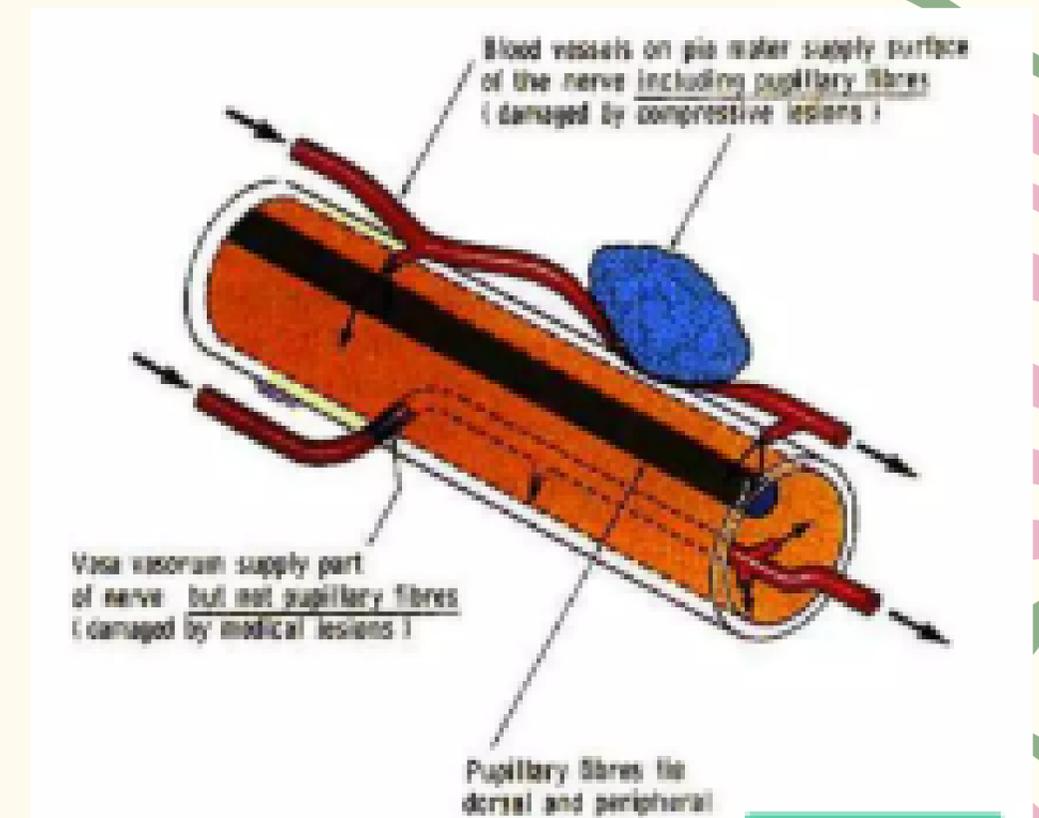
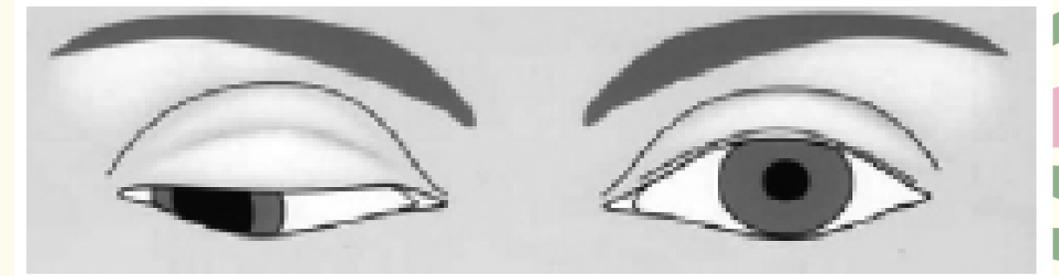
Desviación ojo afecto hacia exterior, ptosis dilatación pupilar

*** Función III PC : miosis, elevador párpado, musc. oculomotores (recto medial, recto superior, recto inferior, oblicuo inferior)*

Causas: aneurismas, traumatismos, isquémicas, tumor, EM, infecciosas, etc

Lo más importante --> si hay dilatación pupilar o no

- **Midriasis**: indica compresión de fibras pupilares --> descartar aneurisma de carótida interna o tumor --> **TC**
- **No midriasis**: indica isquemia --> descartar ACV o D. Mellitus (RMN y estudio FRCV)



Parálisis oculomotora: IV PC

Ojo desviado hacia arriba y hacia interior (*musculus oblicuo mayor*)
Dificultad para mirar hacia abajo: molesta la lectura y subir/bajar escaleras

Lo más frecuente : **idiopáticas**, recuperación espontánea en unos meses.

En adultos con limitación movimiento notable valorar RMN / TC

Poco frecuentes:

- Traumáticas : **TC urgente**
- Congénitas (inclinación cabeza)
- Ancianos con FRCV: observación

Parálisis del IV par



Ojo desviado hacia adentro y arriba.

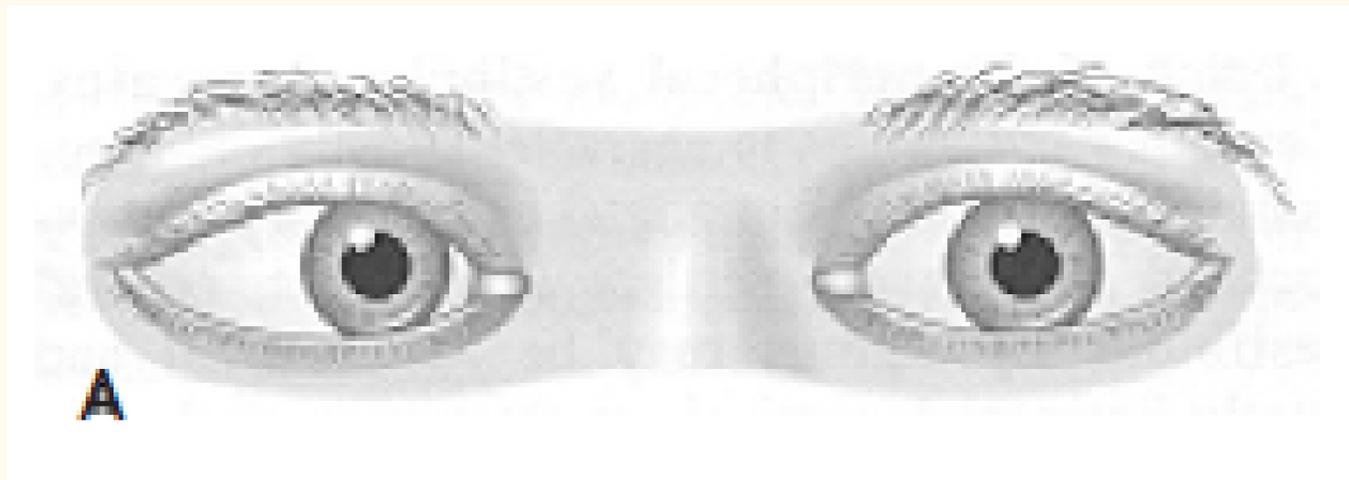
Parálisis oculomotora: VI PC

La más frecuente (musc. recto lateral)

Desviación hacia interior, incapacidad mirada lateral externa

Causas

- Traumáticas --> **Tc urgente**
- Vasculares (HTA, DM): precedidas o acompañadas de dolor peri o retroocular. Estudio FRCV y si no mejora en 3-6 meses, solicitar RMN



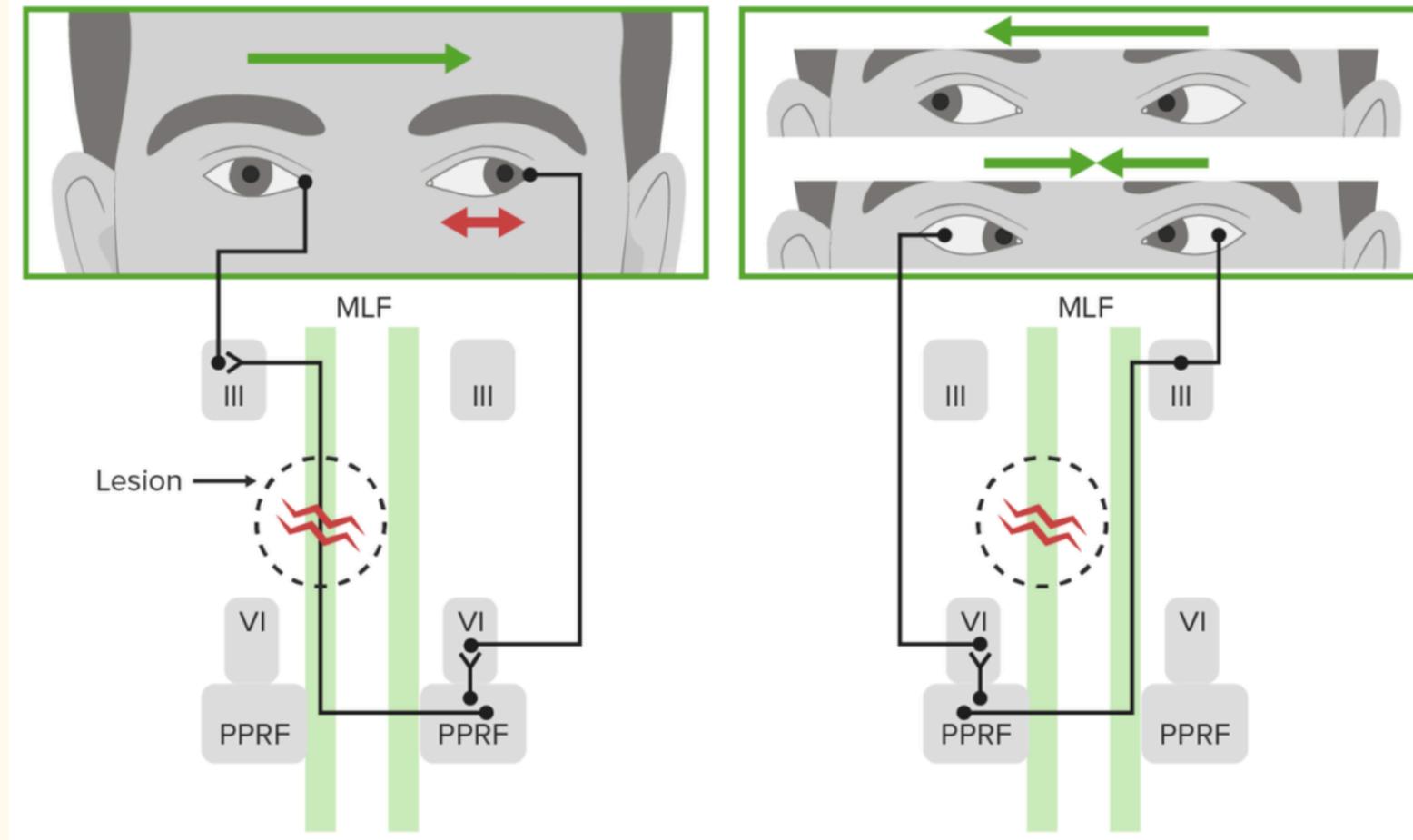
Oftalmoplejía internuclear anterior

Lesión del fascículo longitudinal medial que comunica el VI pc de un lado con el III pc contralateral.

Produce parálisis de pares motores oculares y de la mirada conjugada de ambos ojos.

Causas más frecuentes

- Esclerosis múltiple: **NRL**
- Infarto del tronco cerebral:
TAC craneal urgente



Miastenia gravis ocular

- Diplopía intermitente, aumenta con los esfuerzos y la fatiga muscular. Intensidad variable. Puede asociar ptosis uni / bilateral.
- Más frecuente en mujeres < 40 años.
- Afectación inicial en el 70% de los casos. El 95% lo presentan en algún momento de la enfermedad

Oftalmopatía tiroidea

- La mayoría por Enfermedad de Graves
- Inflamación muscular, aumento de volumen músculo. Puede fibrosarse y limitar la movilidad.
- Pueden asociar eritema palpebral o conjuntival, sequedad o dolor.



Oftalmoplejía migrañosa

Edad infantil y adultos jóvenes. Parálisis de musc oculomotores (III pc el más frecuente), antes o durante la migraña.

Entidad rara, siendo diagnóstico de exclusión. RMN: engrosamiento trayecto nervio.

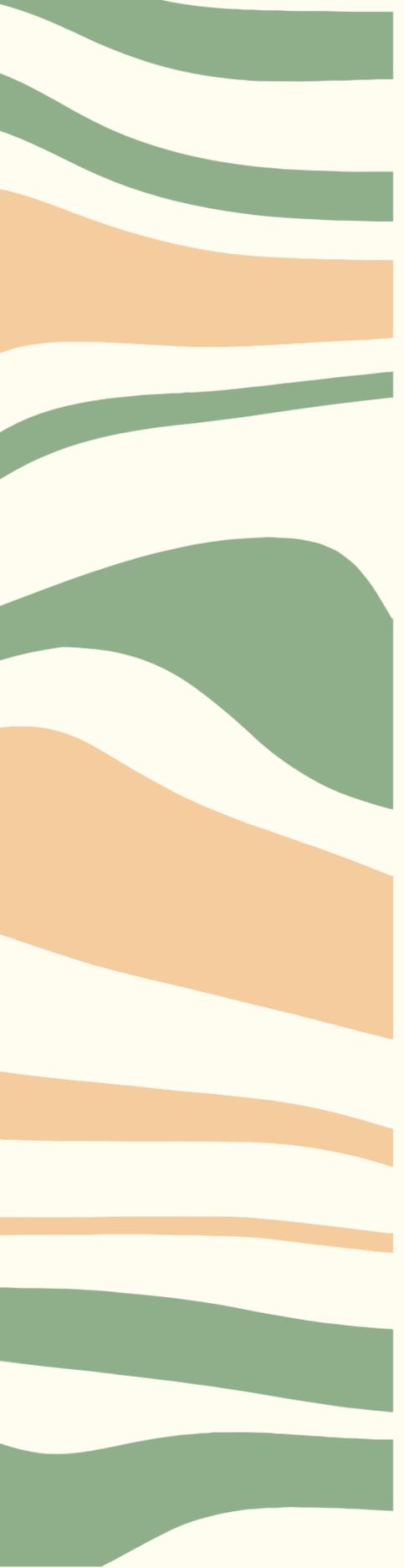
Fármacos

Muy frecuentes (>1/10)	Frecuentes (> 1/100)	Poco frecuentes (>1/1000)	Raras (>1/10000)
Lacosamida Zonisamida	Gabapentina Pregabalina Sildenafil Topiramato Toxina botulínica	Amlodipino Lamotrigina Levetiracetam Pravastatina	Ciprofloxacino Dextrometorfano Sertralina Voriconazol



3. Anamnesis





3. Anamnesis

- Aparición:
 - Súbita: isquemia o mononeuropatía DM
 - Insidiosa: EM o Miastenia gravis
- Tiempo evolución:
 - Desde la infancia: ¿estrabismo congénito?
 - En edad adulta: patología aguda o sistémica
- Variación circadiana: miastenia gravis
- Dirección de la mirada con mayor diplopía
 - Musc. parético: mayor en el campo de acción del músculo parético
 - Compresión, infiltración: no estira, mayor en campo acción opuesto



3. Anamnesis

- Dirección diplopía (vertical, horizontal, diagonal): indica músculo afectado
- Posición de la cabeza correctora: dirección músculo afectado
- Dolor: traumatismo, neoplasia, migraña, vascular, inflamatorio, infecciosa
- Clínica acompañante: despistaje de ictus, migrañas u otros neurológicos
- FRCV: parálisis músculos, ACV
- Fármacos. Traumatismos previos. Hipertiroidismo

4. Exploración





4. Exploración

INSPECCIÓN PACIENTE EN REPOSO

- Desviación ocular o estrabismo
- Actitud compensadora cabeza y cuello
- Otras anomalías oculares: exoftalmos, ptosis palpebral, midriasis, etc



4. Exploración

**INSPECCIÓN PACIENTE
EN REPOSO**

EXAMEN MOTOR

- Valorar las 9 posiciones mirada
- Examen binocular y monocular
- Convergencia ocular



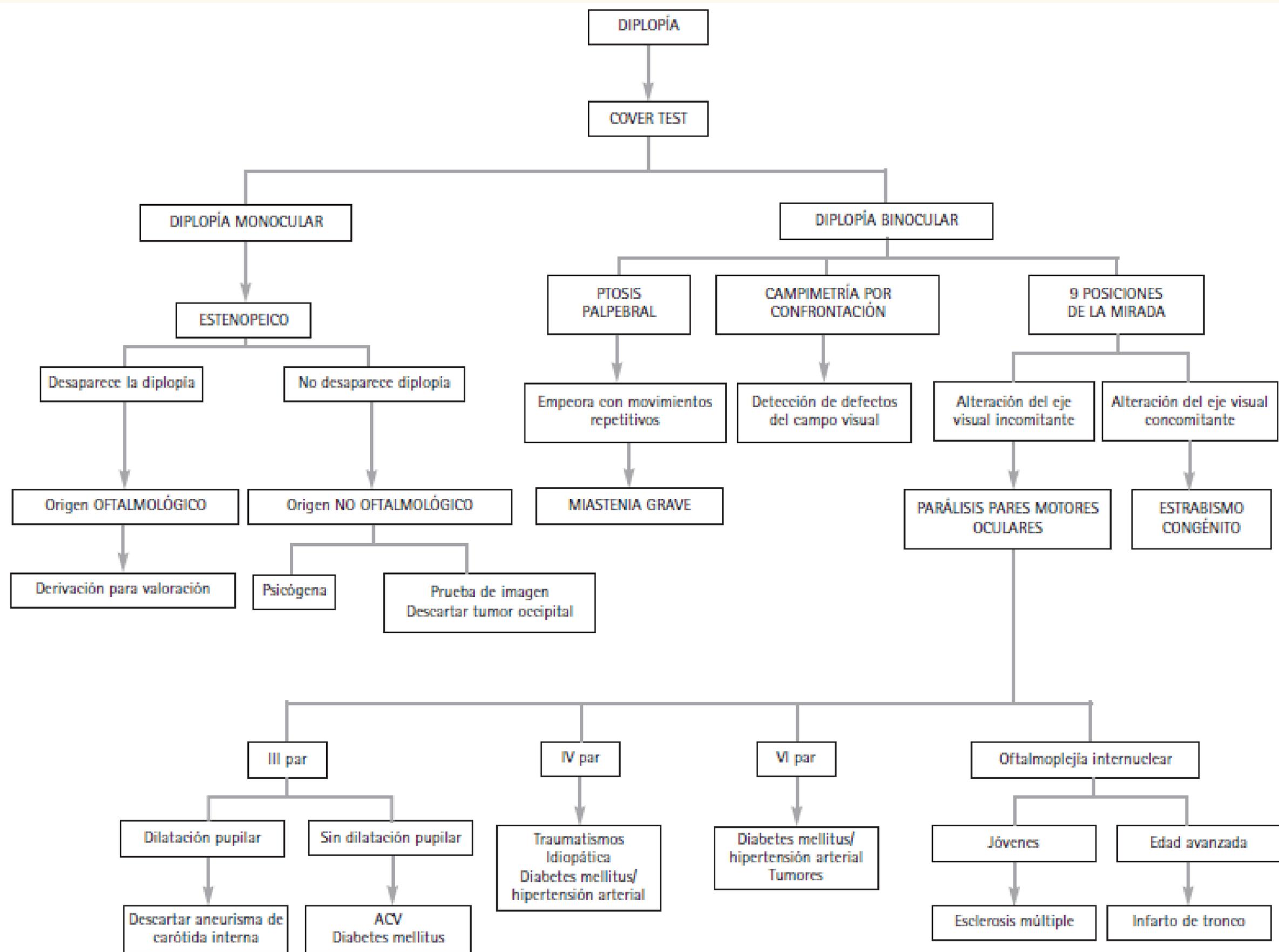
4. Exploración

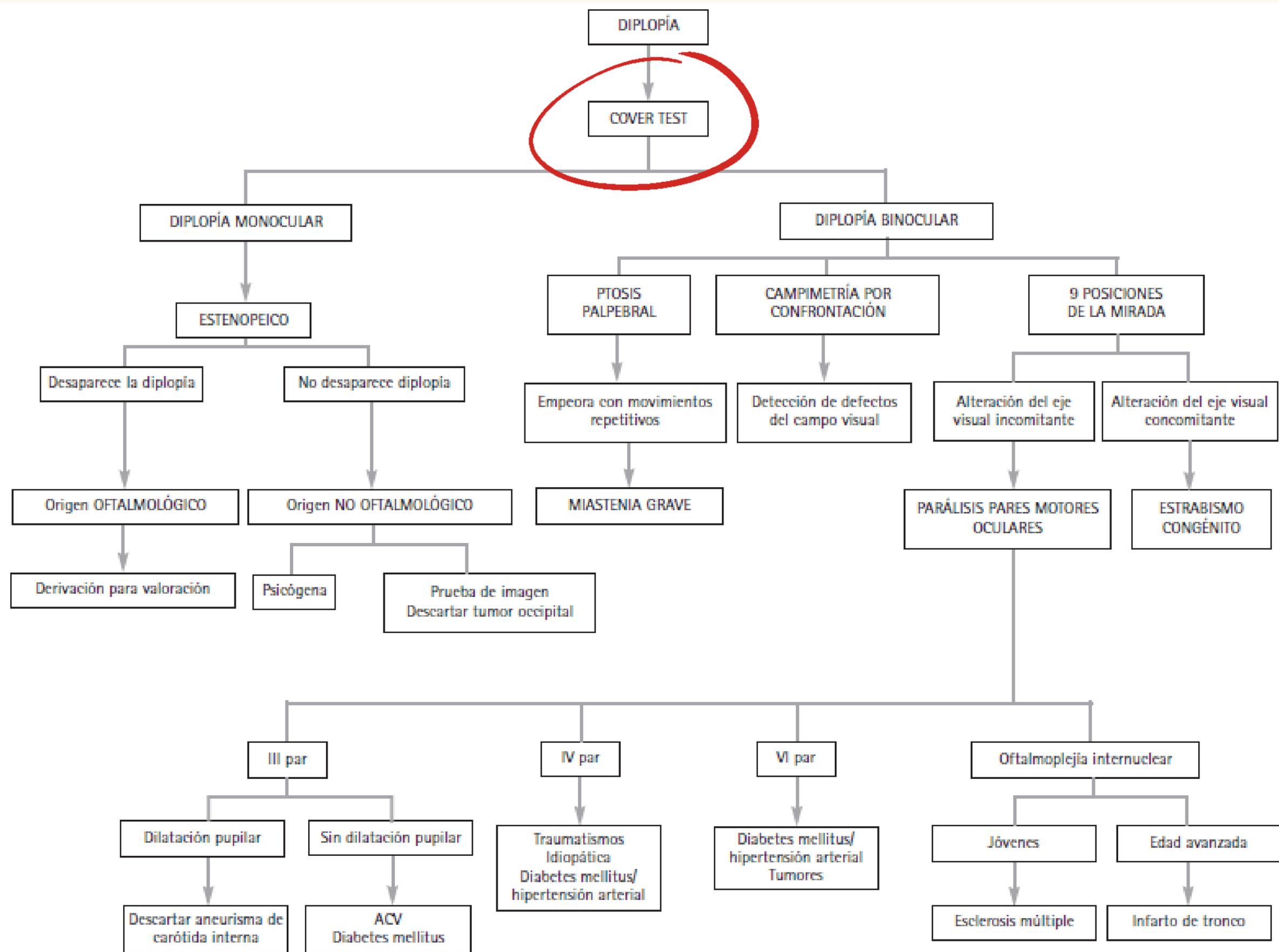
**INSPECCIÓN PACIENTE
EN REPOSO**

EXAMEN MOTOR

**DESALINEAMIENTO
DEL EJE VISUAL**

- Concomitante: desviación estable con movilidad ocular (estrabismo niños y alteración oftalmológica)
- No concomitante / paralítica: solo en alguna posición (adquirida, suele ser problema neurológico)





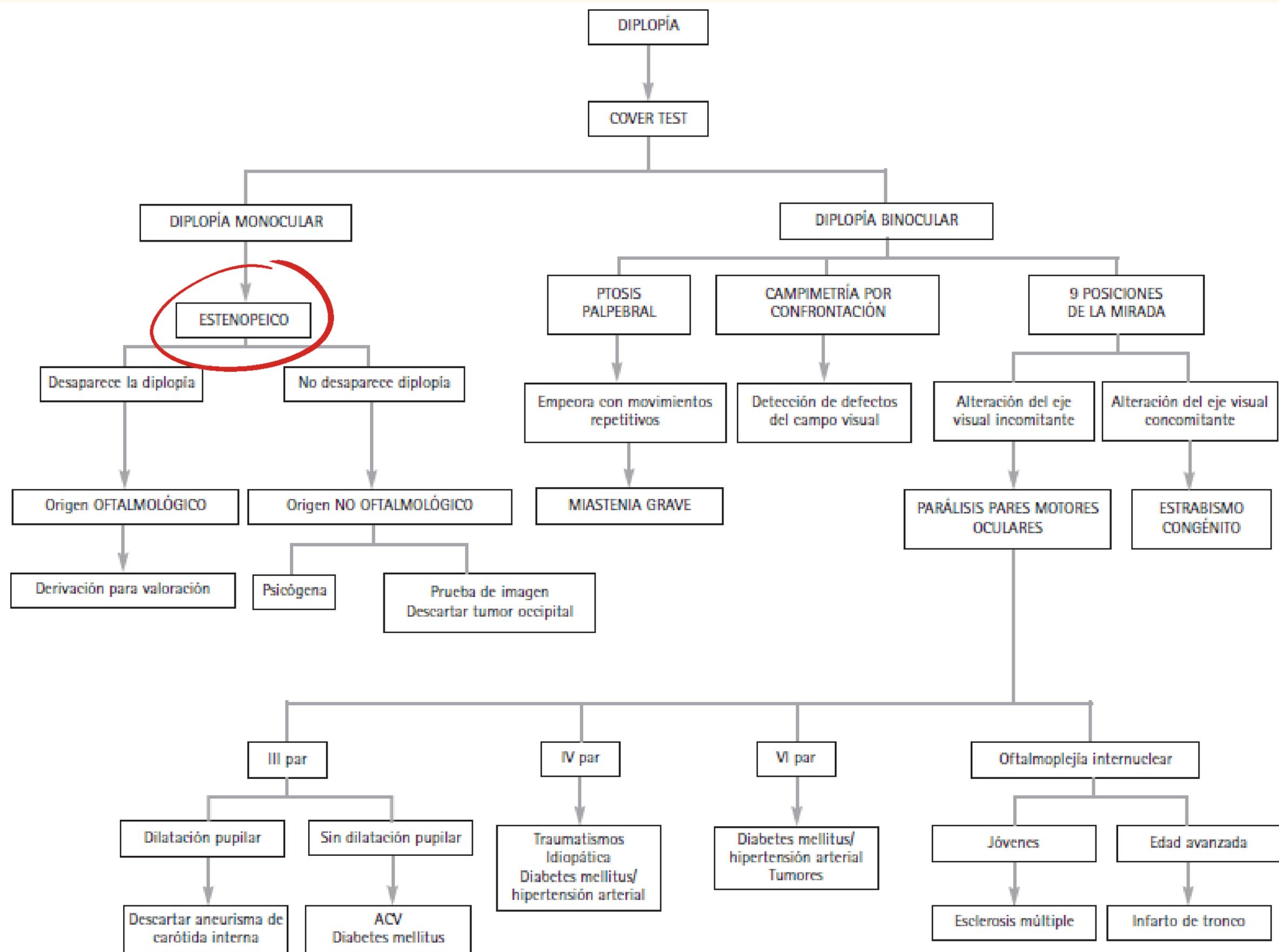


4. Exploración

Luz, punto de fijación, pantalla opaca.

- **Binocular / Monocular**
- Fisiológico: no desviación
- Estrabismo: desviación al destapar
- No desviación en estrabismo: foria descompensada (intermitente, aumenta con esfuerzos, desaparece binocular)

**COVER TEST /
TEST OCLUSIÓN**

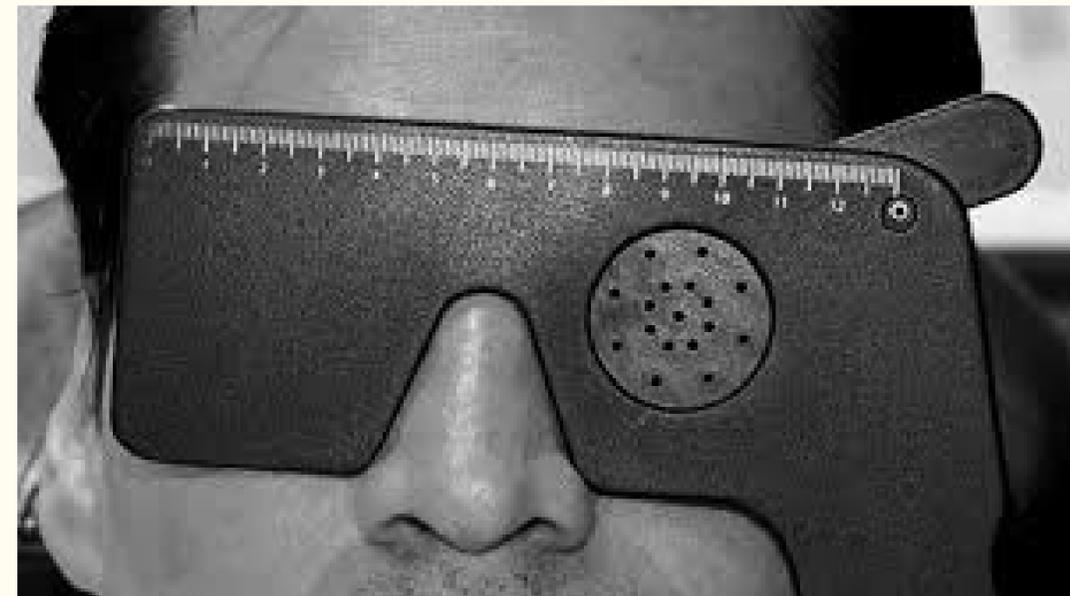


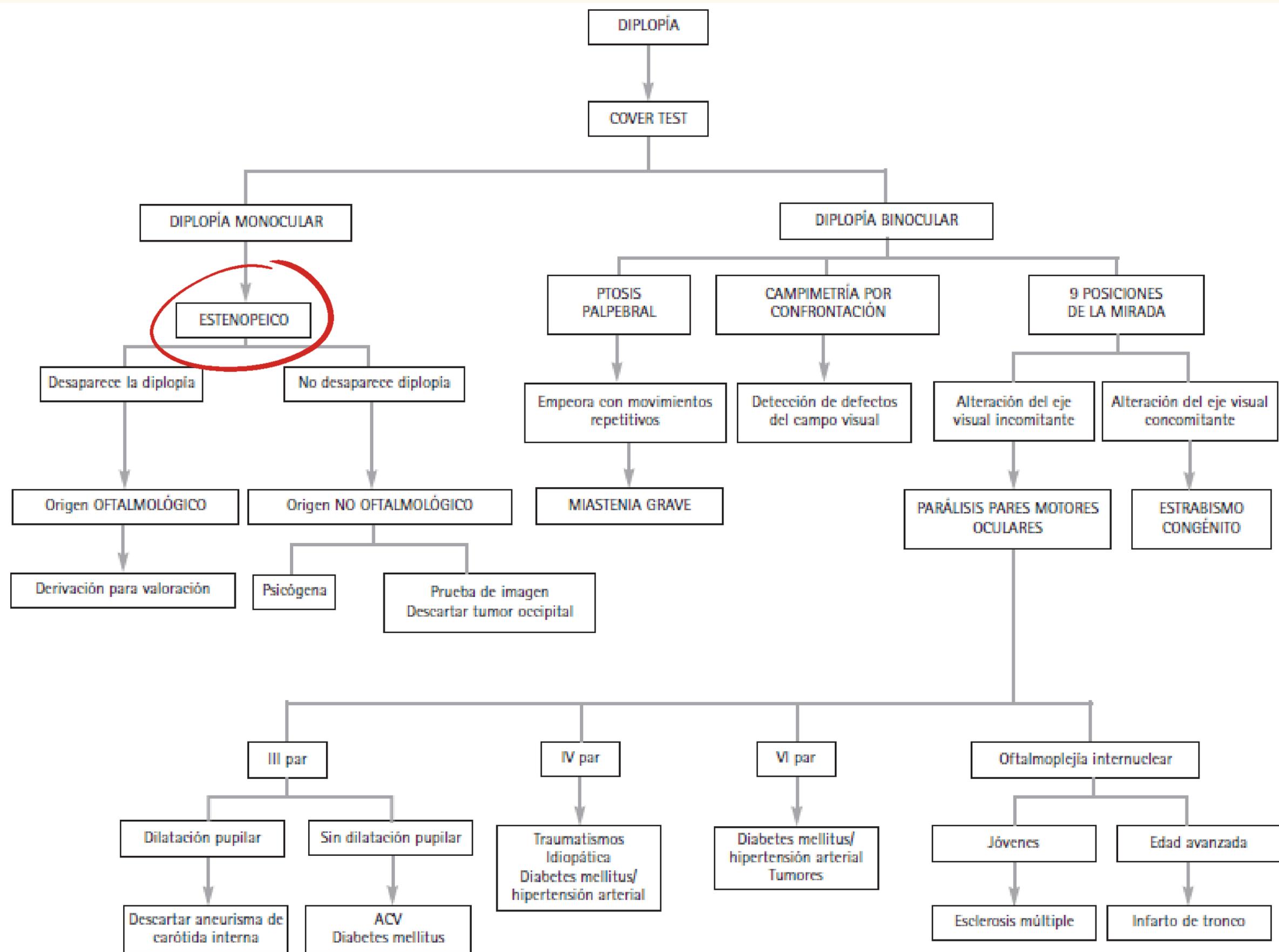
4. Exploración

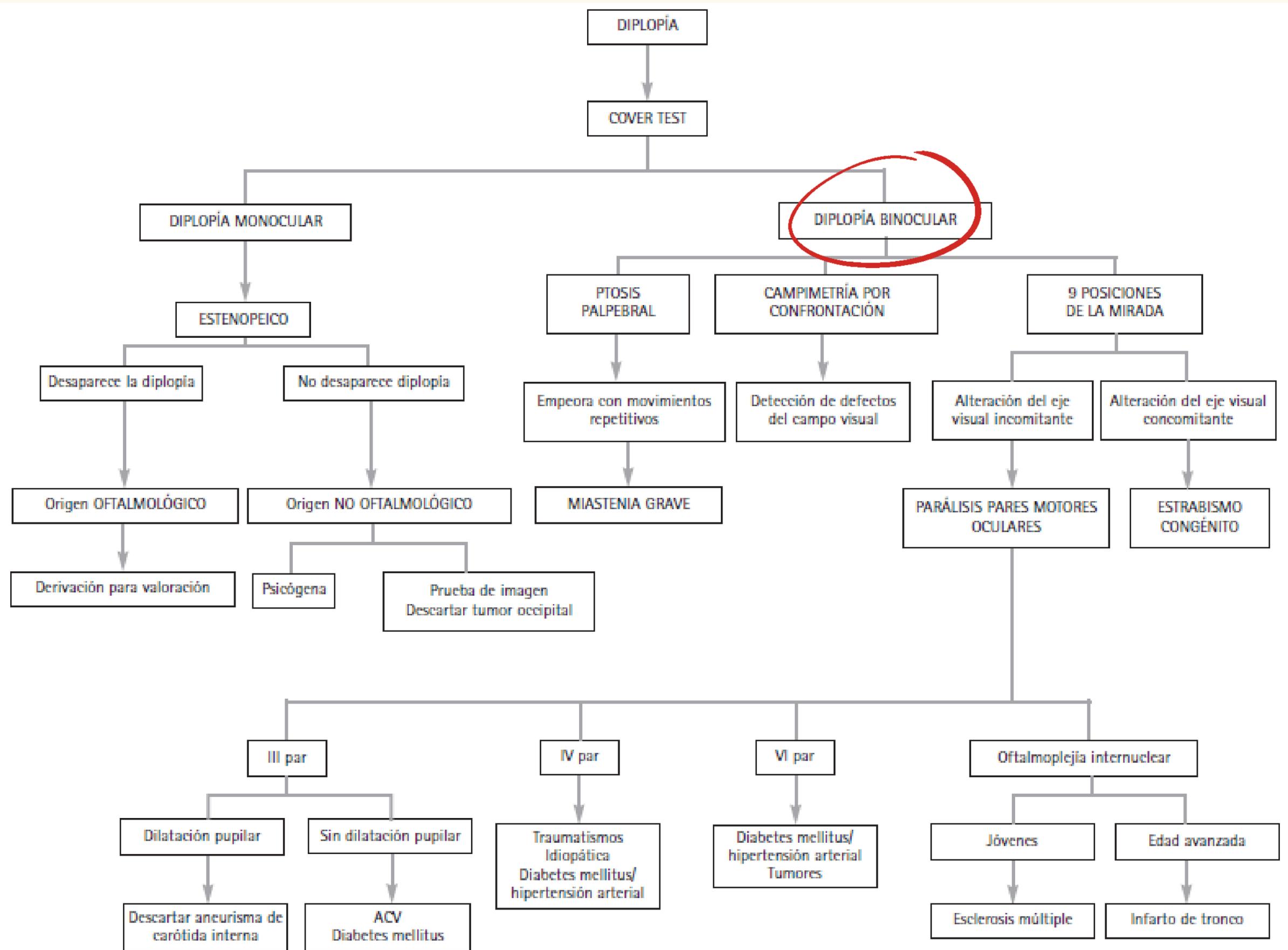
Valora agudeza visual
Permite saber si es un defecto refractivo
(oftálmico) o no

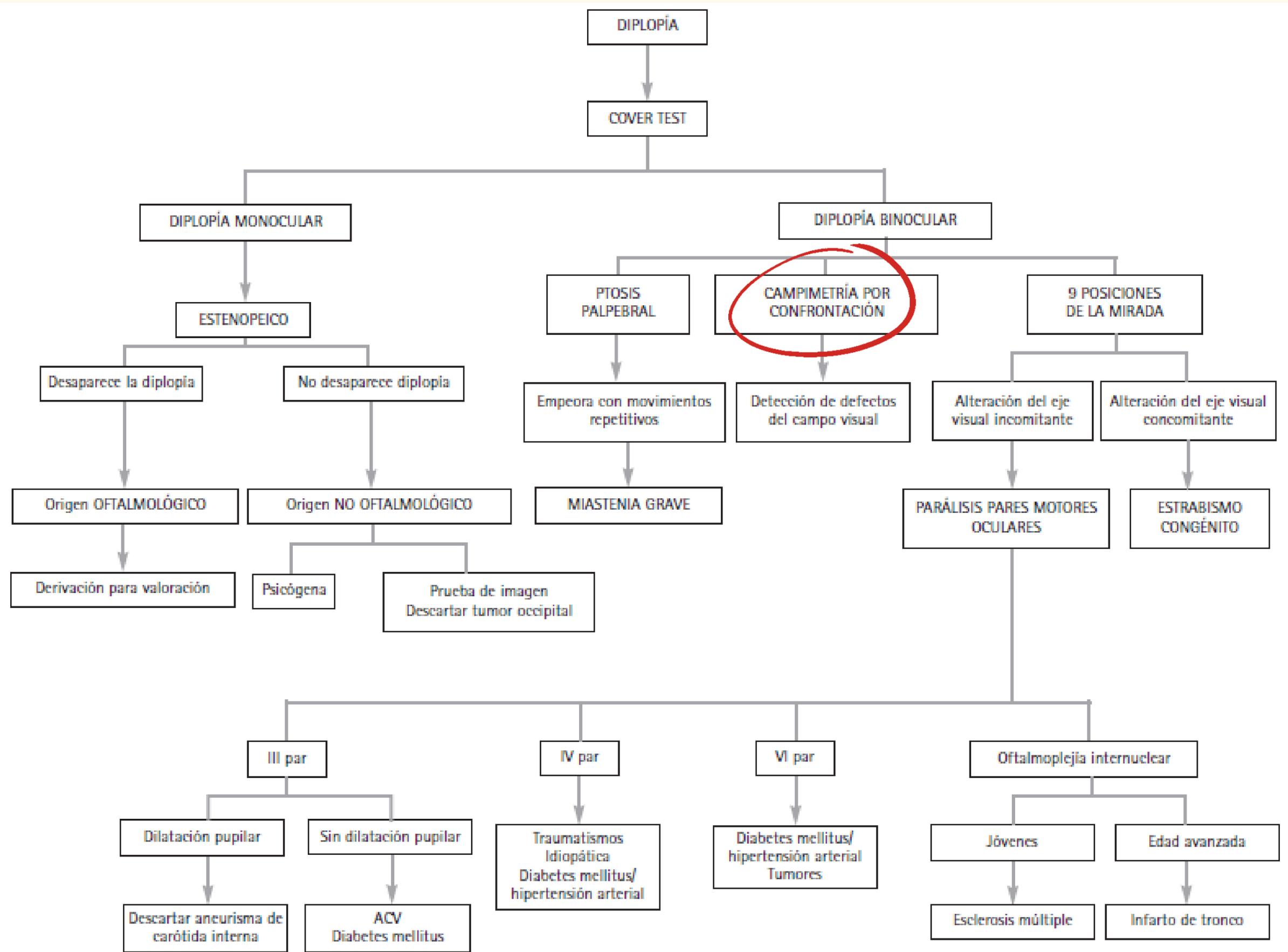
**COVER TEST /
TEST OCLUSIÓN**

AGUJERO ESTENOPEICO









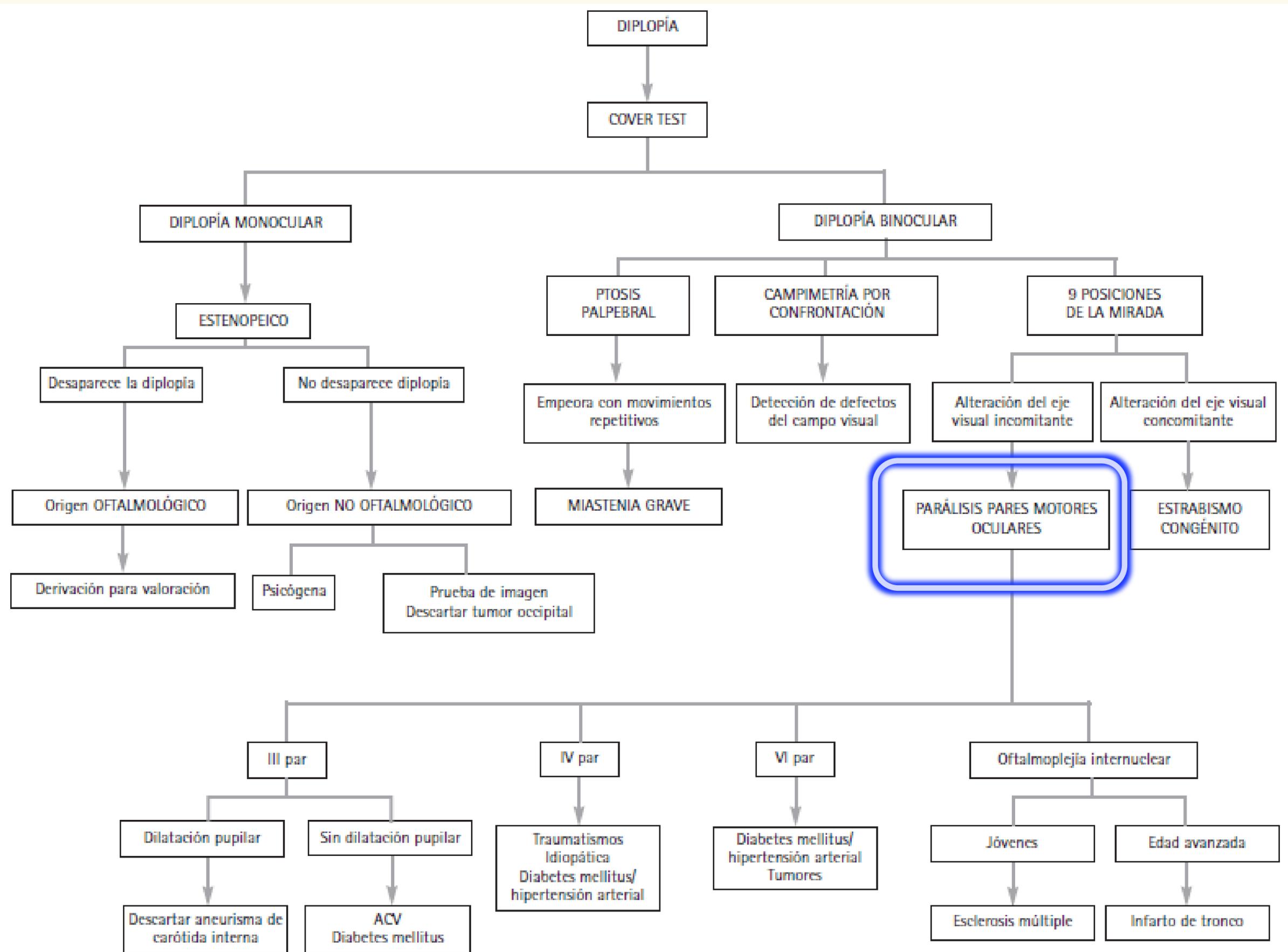
4. Exploración

Comparar con el campo visual del explorador

**COVER TEST /
TEST OCLUSIÓN**

AGUJERO ESTENOPEICO

**CAMPIMETRÍA
CONFRONTACIÓN**

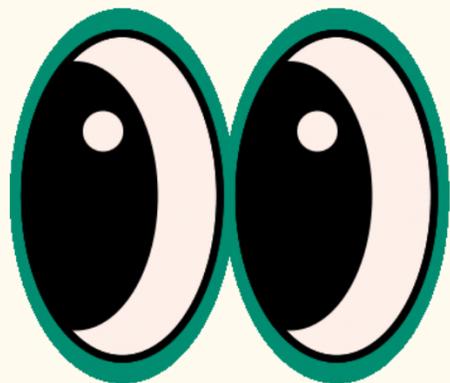


Resumen

Monooculares

Oftalmológicas

Patología occipital / Psicógena



Binoculares

Parálisis musc oculomotores

Estrabismo

Neurológicas

Sistémicas



5. Manejo y derivación



5. Manejo y derivación

Diplopía monocular:

- Desaparece estenopeico: Oftalmológico
- No desaparece: psicógeno/ Patol occipital



Derivar OFT

**TAC craneal
urgente**



5. Manejo y derivación

Diplopía monocular:

- Desaparece estenopeico: Oftalmológico →
- No desaparece: psicógeno/ Patol occipital →

Derivar OFT

**TAC craneal
urgente**

Diplopía binocular:

Miastenia gravis, estrabismo: derivar **sin urgencia**

Defecto campo visual
Oftalmoplejía internuclear edad avanzada
Parálisis musc oculomotores post-traumáticas →

**TAC craneal
urgente**

Oftalmoplejia internuclear jóvenes
Parálisis musc oculomotores sin trauma previo →

**Derivar preferente
TAC craneal**



Bibliografía

- Revista AMF 2009;5(3):154-158
- De Adana Pérez R, Guía clínica Diplopía, Fisterra; 2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diplopia/>
- Guía clínica de manejo de las urgencias oftalmológicas en Atención Primaria. Yrbani Lantigua Dorville, et al., Laboratorios Esteve, 2016
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- Bienfang DC. Overview of diplopia. En: Brazis PW, Wilterdink JL, editors. UpToDate; 2020 [consultado 20-4-2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-diplopia>



¡MUCHAS GRACIAS!

