

## Comunicación corta

### Diplopía incomitante en jóvenes: a propósito de tres casos

*Incomitant diplopia in young adults: a report of three cases*

Eva Ramón<sup>1</sup>, Ana Wert<sup>1</sup>, Diego Celdrán<sup>2</sup>, Josep Visa<sup>1</sup>,  
Charlotte Wolley-Dod<sup>3</sup>, Alberto Salmoral<sup>1</sup>

Instituto Microcirugía Ocular Grupo Miranza. Departamento de estrabismo y  
pediatría. Barcelona, España

#### Resumen

La diplopía de inicio agudo en personas jóvenes siempre debe ser considerada un signo de alarma, pudiendo ser consecuencia de una patología orgánica grave. Debemos realizar una valoración oftalmológica completa así como una valoración de la motilidad ocular y, según la exploración, puede ser necesario el estudio con pruebas de imagen. Se expondrán tres casos de pacientes jóvenes con endotropía sintomática e incomitante en lateroversiones sin claro componente parético: en todos ellos se diagnosticó una causa orgánica subyacente.

**Palabras clave (MESH):** *Esotropia, Sixth cranial nerve diseases, Central Nervous System tumours, Diplopias, Noncomitant strabismus.*

#### Summary

Acute-onset diplopia in young individuals should always be considered a warning sign, potentially indicating a serious underlying organic pathology. A comprehensive ophthalmological evaluation must be performed, including an assessment of ocular motility, and, depending on the examination findings, imaging studies may be necessary. We will present three cases of young patients with symptomatic and incomitant esotropia on lateral gaze without a clear paretic component; all of them were diagnosed with an underlying organic cause.

**Keywords:** *Esotropia, Sixth cranial nerve diseases, Central Nervous System tumours, Diplopias, Noncomitant strabismus.*

#### INTRODUCCIÓN

La aparición de visión doble siempre es un síntoma de alarma que obliga a descartar causas orgánicas. Cuando un paciente con visión doble

presenta incomitancia, la posición de la mirada donde la diplopía aumenta nos orienta sobre el campo de acción del músculo afectado (1,4).

En los dos casos presentados la diplopía era horizontal e incomitante. En ninguno de los pa-

1 IMO Grupo Miranza.

2 Hospital La Paz.

3 Hospital Universitari Vall d'Hebrón.

Dos de los tres casos clínicos fueron presentados en el congreso nacional de la Sociedad Catalana de Oftalmología del año 2022 en Barcelona como casos clínicos en una comunicación oral (Barcelona, octubre del 2022).

Correspondencia: [eva.ramon@imo.es](mailto:eva.ramon@imo.es)

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

cientes existe limitación marcada, hecho que dificultaba el diagnóstico. El grado elevado de incomitancia nos permitió sospechar una causa orgánica subyacente debido a una parálisis incompleta del VI par craneal leve incipiente.

En edades avanzadas, la etiología más frecuente de parálisis del VI par es isquémica o microvascular, seguida de causas traumáticas y tumorales (2,3). Otras causas son infecciones, yatrogenia (punción lumbar, anestesia epidural...), hipertensión intracraneal... En la infancia y adultos jóvenes, predomina la etiología tumoral, sobre todo de localización infratentorial, seguida de la traumática (3).

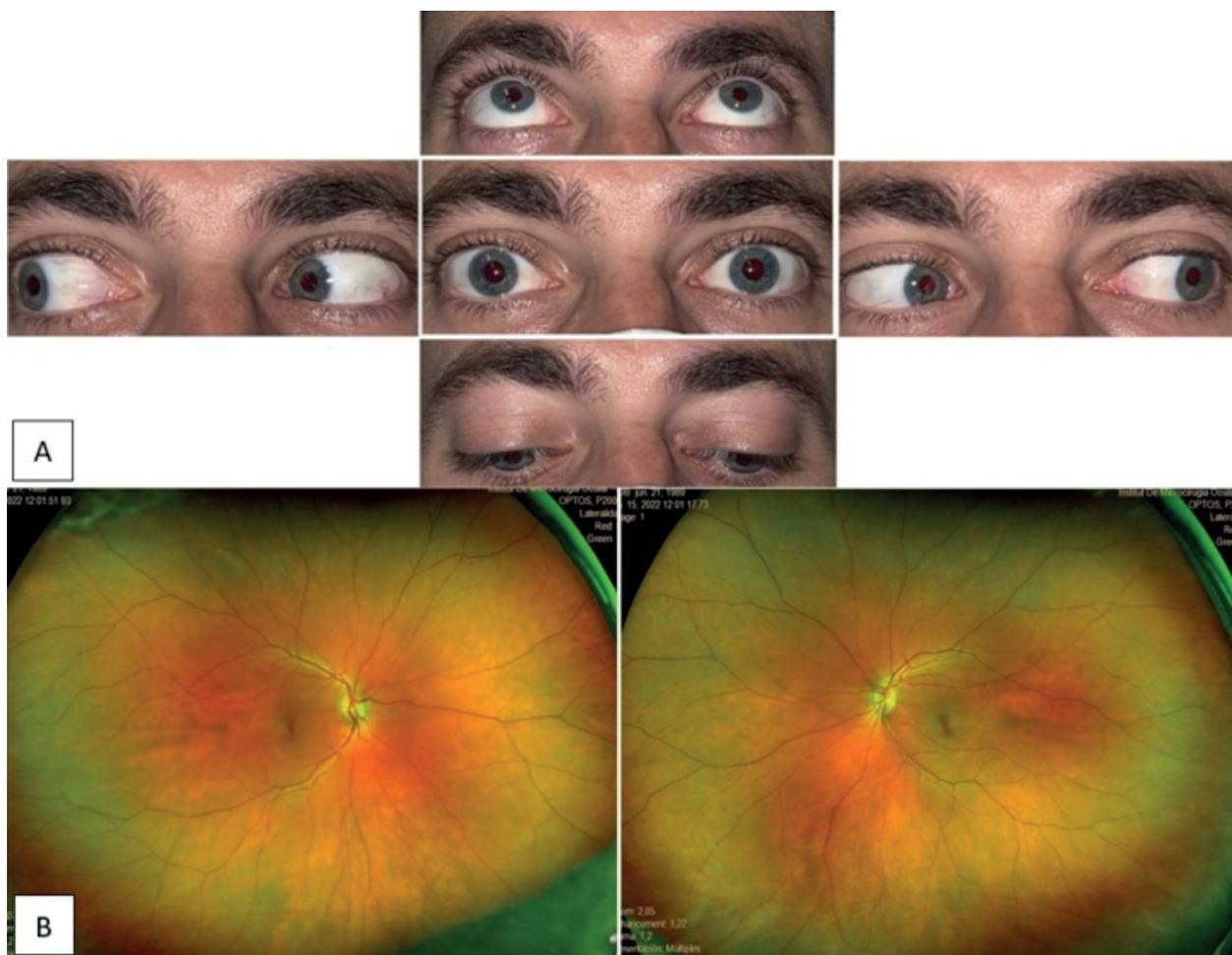
Los casos que se presentan a continuación destacan por una forma de presentación atípica de parálisis incompleta del sexto nervio craneal, los cuales fueron diagnosticados en esta-

díos tempranos gracias una exploración de la motilidad ocular exhaustiva.

## DESCRIPCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Varón de 33 años, que consulta por diplopía de inicio agudo con meses de evolución que había sido inicialmente atribuida a la COVID. Refiere episodios de cefaleas matutinas ocasionales desde hace un año aproximadamente. No presenta antecedentes sistémicos ni oftalmológicos previos. En la exploración inicial, presenta una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 1 en ambos ojos y una presión intraocular normal. En la biomicroscopía, el segmento an-



**Figura 1.** Composición de imágenes del primer paciente. A) Cover test preoperatorio en visión lejana. E(T)D de 20DP que aumenta en dextroversión a 25DP y ortotropía en el resto de posiciones de la mirada. B) Retinografía de ambos ojos.

terior y posterior fueron normales (fig. 1B). A nivel de motilidad, el paciente presenta diplopía binocular y horizontal en visión lejana y mayor en levoversión. Al Cover Test en visión lejana presenta una endotropía intermitente de 20DP en posición primaria de la mirada que se mantiene en 25DP en lateroversión izquierda y disminuye a 10DP en visión cercana. No presenta limitaciones claras en sus movimientos extraoculares (fig. 1A).

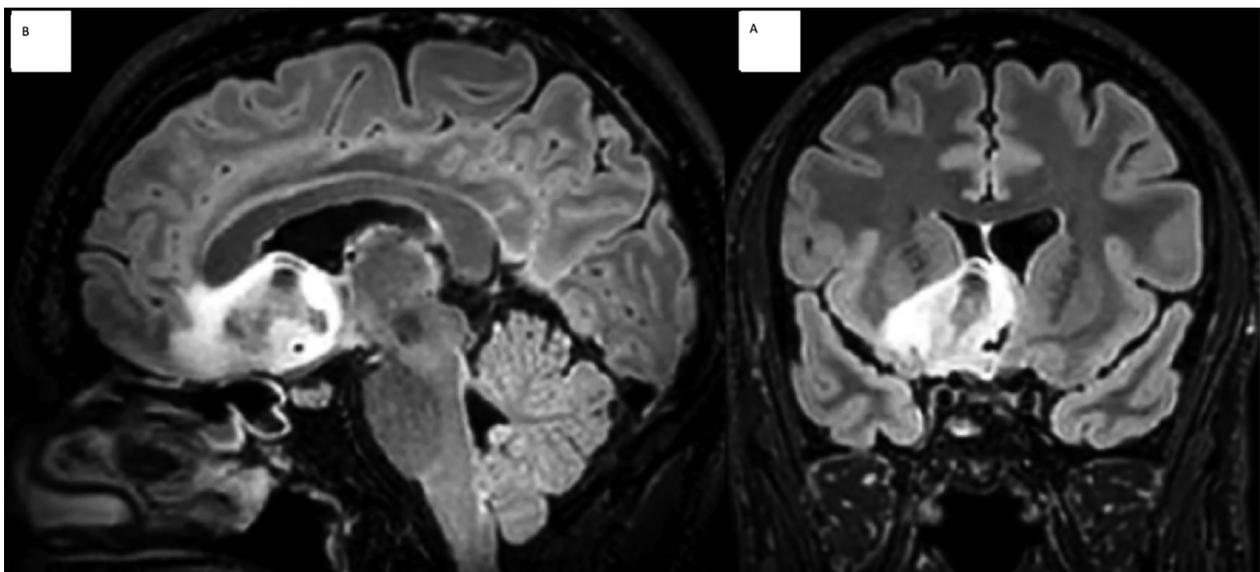
Se pide una RM con administración endovenosa de contraste (fig. 2) en la que se objetiva una lesión ocupante de espacio: la primera posibilidad diagnóstica ante estos hallazgos es un glioma frontal que se confirma posteriormente por anatomía patológica. En una segunda resonancia, se observa que produce un descenso tonsilar a través del agujero magno sobre todo en el lado derecho. Es intervenido por neurocirugía en su hospital de referencia mediante craneotomía frontal derecha con buen curso postoperatorio.

Tras la intervención, la desviación continúa sin cambios, con persistencia de la incomitancia lejos cerca y sin limitaciones. Se trata de un caso reciente, por lo que el paciente está pendiente de tratamiento definitivo de su estrabismo cuando finalice el tratamiento oncológico y

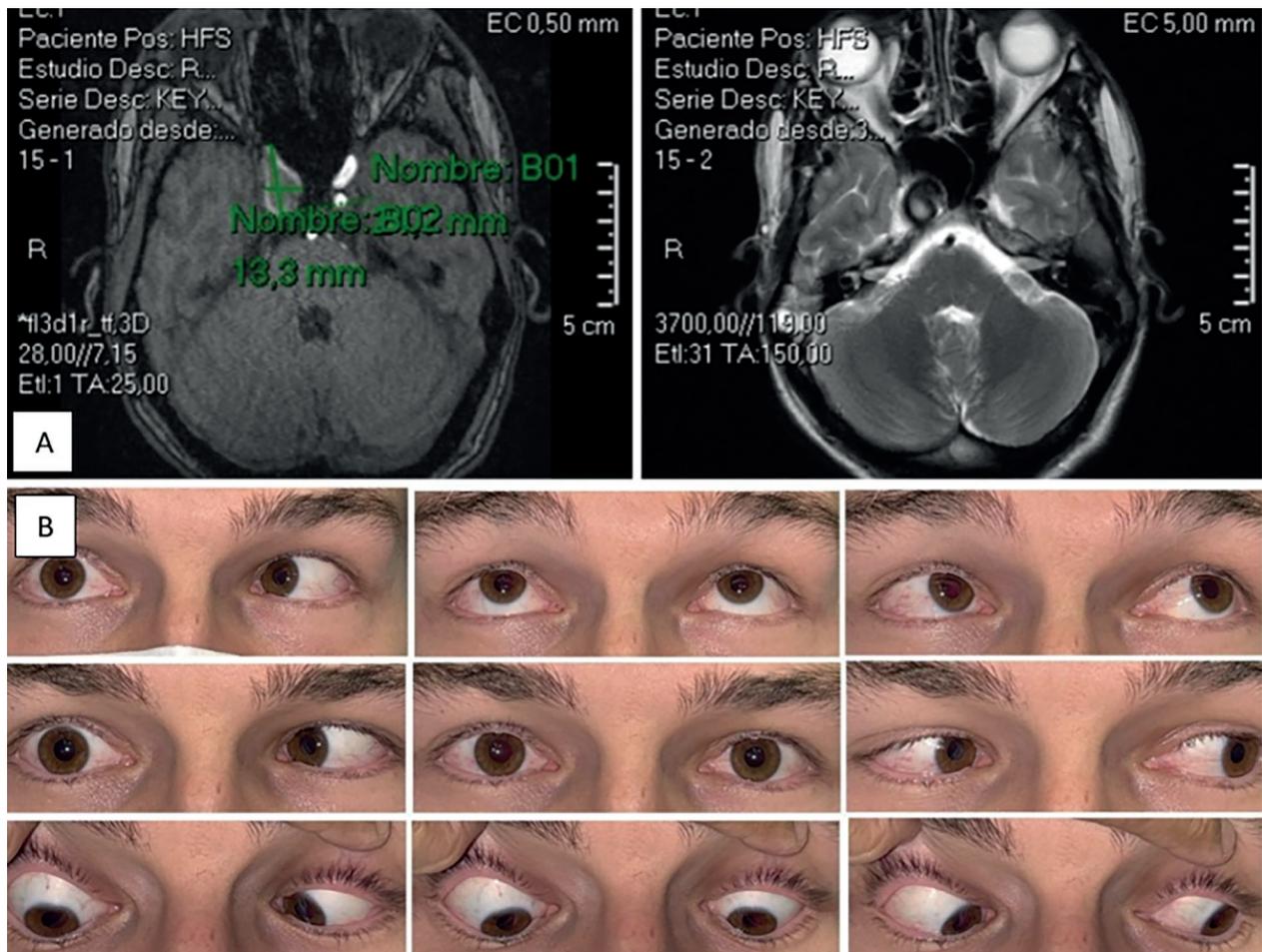
se le prescribe un prisma de Fresnel en el ojo derecho para ofrecerle cierto alivio sintomático hasta poder ser intervenido de estrabismo.

## Caso 2

Varón de 23 años que acude a Urgencias por diplopía de inicio agudo de un mes de evolución solo en mirada derecha. No presenta antecedentes sistémicos ni oftalmológicos previos. A la exploración oftalmológica, presenta una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 1 en ambos ojos y una presión intraocular normal. En la biomicroscopía, tanto el segmento anterior como el posterior fueron normales. En la carta de diplopía, se comprueba únicamente presencia de diplopía en dextroversión presentando al Cover Test una endotropía derecha de 2-4DP en dextroversión. No presenta limitaciones en sus movimientos extraoculares. A pesar de la poca clínica que presenta el paciente, dada la diplopía que presenta en dextroversión, se decide realizar un estudio mediante pruebas de imagen solicitándose una RM y una angiRM donde se diagnostica un aneurisma de la arteria carótida interna (fig. 3A). Es intervenido por neurocirugía con una operación compleja con



**Figura 2.** RM con cortes coronales (A) y sagitales (B). Se observa una masa de 19 cc a nivel del lóbulo frontal derecho que desplaza inferiormente el quiasma y contacta con el nervio óptico derecho, comporta un desplazamiento de las astas frontales de ambos ventrículos laterales y del tercer ventrículo.



**Figura 3.** Composición de imágenes del segundo paciente. A) RM con contraste preoperatoria en la que se objetiva un aneurisma fusiforme de la ACI. Tiene un diámetro máximo de 13 mm que afecta a la parte distal del seno petroso hasta el segmento cavernoso. B) Cover test postoperatorio que demuestra un caso de parálisis del sexto par craneal florida: presenta diplopía en posición primaria presentando endotropía derecha de 22DP con limitación de la abducción de su ojo derecho de -3.

varias mallas necesarias para controlar el sangrado del aneurisma.

En el postoperatorio inmediato, el paciente pasa de tener una parálisis incompleta leve a una parálisis completa del sexto par craneal (fig. 3B). En el momento actual, el paciente está con un prisma de Fresnel en su ojo derecho a la espera de que se estabilicen sus desviaciones y se le pueda ofrecer un tratamiento definitivo de su estrabismo.

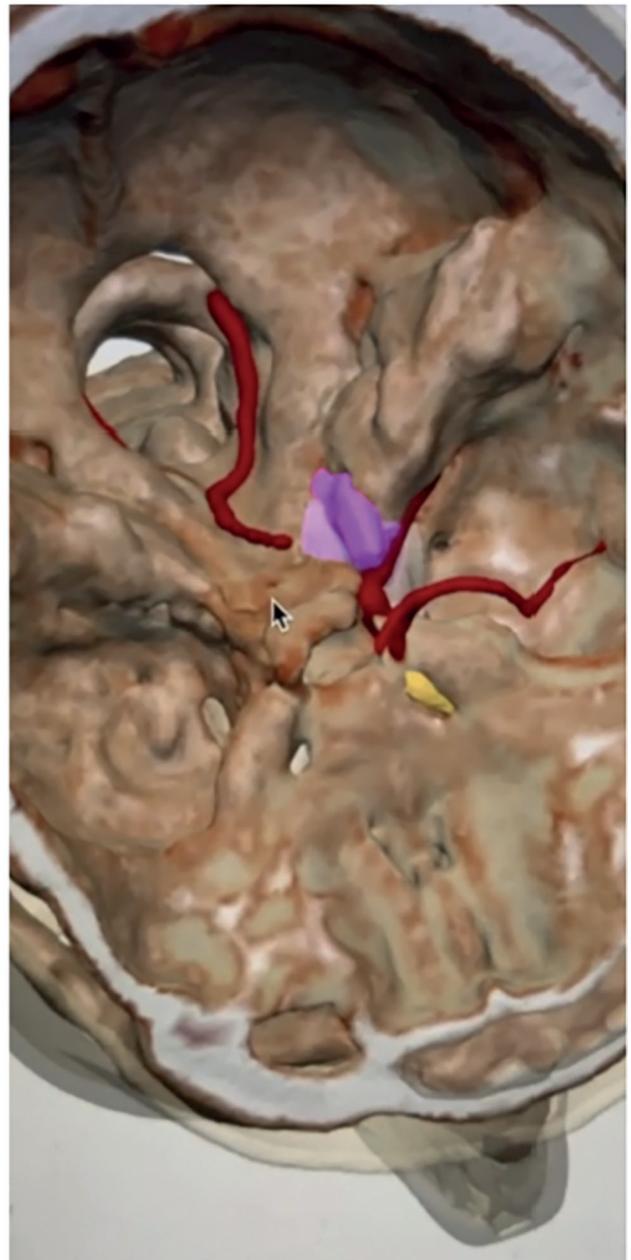
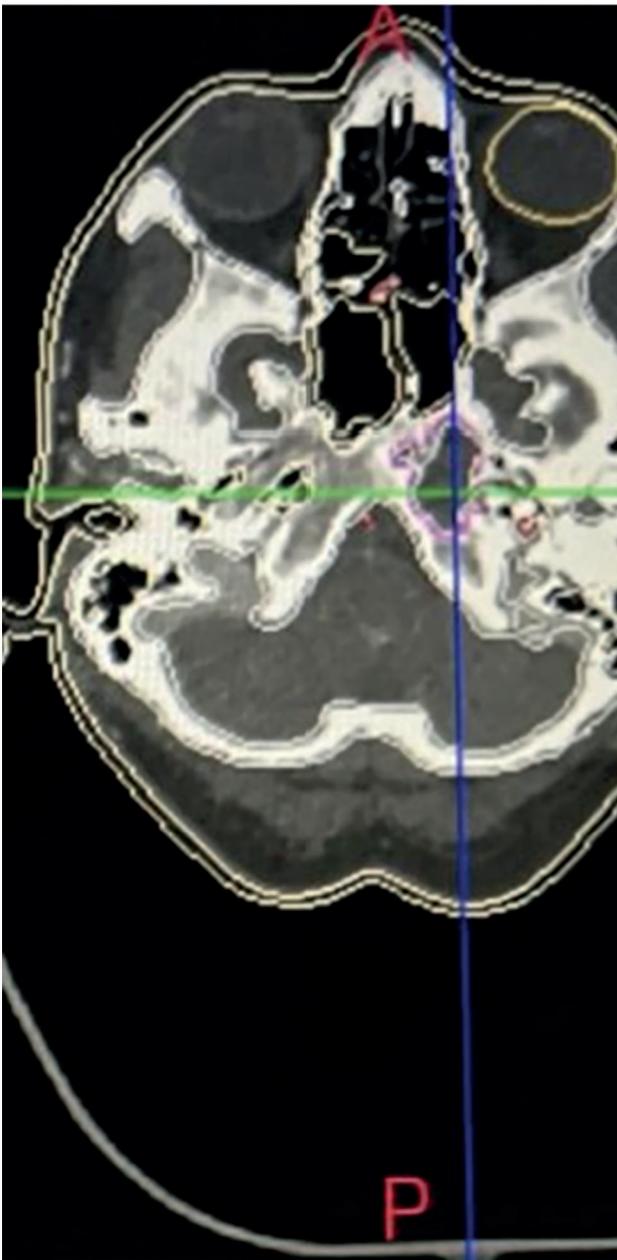
### Caso 3

Mujer de 58 años que acude a consulta refiriendo una cefalea de inicio agudo con diplo-

pía binocular horizontal de 3 días de evolución. Había acudido a urgencias de su hospital de referencia previamente por el mismo motivo y acude con un TC craneal previo normal. No presenta antecedentes sistémicos ni oftalmológicos previos. En la exploración inicial, presenta una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 1 en ambos ojos y una presión intraocular normal. En la biomicroscopía, el segmento anterior y posterior fueron normales. A nivel de motilidad, la paciente presenta diplopía binocular y horizontal en visión lejana y tortícolis con cara a la izquierda. Al Cover Test en visión lejana presenta una endotropía intermitente de 14DP en posición primaria de la mirada que aumenta a 25DP en levoversión y disminuye a 10DP en

dextroversión. Presenta una muy leve limitación a la abducción en su ojo izquierdo (fig. 4A). Con un prisma de Fresnel recetado sobre su gafa de 15DP base temporal sobre su cristal izquierdo se consigue compensar su diplopía.

Ante una paciente no diabética y diplopía clara de días de evolución, se decide pedir una RM craneal y una analítica para descartar Mias-tenia Gravis. La analítica tuvo unos resultados normales mientras que en la RM se evidencia



**Figura 4.** Imágenes la paciente del tercer caso. Fig. 4A. En PPM, endotropía intermitente de 14DP con una muy leve limitación a la abducción en su ojo izquierdo. Fig. 4B. Reconstrucción preoperatoria del tumor de base de cráneo para tener una mejor imagen tridimensional al tratarse de una localización de difícil abordaje quirúrgico.

una lesión ósea expansiva a nivel de hemiclívis izquierdo de 26x15x20 mm, en contacto con la arteria carótida interna izquierda en su recorrido petroso (fig. 4B). En este momento, la paciente se encuentra en recuperación después de haber sido operada por neurocirugía.

## DISCUSIÓN

En pacientes jóvenes se debe solicitar una RMN craneal ante un estrabismo agudo. Si además el paciente presenta incomitancia hay más posibilidades de encontrar una causa subyacente (6). Nuestros pacientes no presentaban una parálisis clara pero la incomitancia nos alertó de cara a solicitar una prueba de imagen más urgente. La leve afectación motora en nuestros casos no ha implicado una menor gravedad: a pesar de la ausencia de limitación en la abducción (muy leve en el último caso), los pacientes presentaban una patología orgánica grave como causa subyacente. La alteración orgánica que más se ha relacionado con estrabismo agudo sin limitación del movimiento es la malformación de Arnold Chiari (6-8). Nuestros pacientes de entrada asemejaban un estrabismo comitante al no tener clara limitación de la abducción, pero en las medidas en lateroversiones del Cover Test es donde se pudo objetivar la presencia de incomitancia, por lo que no podemos hablar de estrabismos comitantes en estos pacientes y los consideramos parálisis incompletas incipientes del VI nervio craneal (3,4). El caso 2 en el momento del diagnóstico únicamente presentaba una endotropía de 4 DP en dextroversión pero probablemente el caso hubiera evolucionado a

una parálisis franca con limitación de la abducción si no se hubiera diagnosticado de forma tan temprana.

## CONCLUSIONES

Destacamos la incomitancia como signo de alarma de afectación orgánica subyacente. En nuestros pacientes ninguno objetivaba una parálisis del sexto con limitación clara, pero fue la clínica de diplopía la que nos alertó. Siempre se debe solicitar pruebas de imagen en pacientes adultos ante una diplopía de inicio agudo. El diagnóstico precoz de estos pacientes permite afrontar su patología subyacente tempranamente.

## Bibliografía

1. Bruce, J., Evans, W. (2022). Pickwell's Binocular Vision Anomalies. Sexta edición. Elsevier (Capítulo 17: incomitant deviations).
2. Elliot D.B. (2021) Clinical procedures in Primary Eye Care. Quinta edición. Elsevier (Capítulo 6: assessment of binocular vision and accommodation).
3. Depper, M.H., Truweit C.L., Dreisbach J.n., Kelly W.M. (1993). Isolated Abducens Nerve Palsy: MR imaging findings. AJR 1993; 160: 837-841.
4. Nouraeinejad A. Neurological pathologies in acute acquired comitant esotropia. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2023 May 5:1-8. doi: 10.1007/s00417-023-06092-3. Epub ahead of print. PMID: 37145335; PMCID: PMC10161163.
5. Lekskul A, Chotkajornkiat N, Wuthisiri W, Tangtamaruk P. Acute Acquired Comitant Esotropia: Etiology, Clinical Course, and Management. Clin Ophthalmol. (2021) Apr 15;15:1567-1572. doi: 10.2147/OPTH.S307951. PMID: 33883873; PMCID: PMC8055253.