



242/4219 - PTOSIS PALPEBRAL POR UN ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

A. Romero García^a, N. Contreras Mercado^b, S. Ondicol Rodríguez^a, A. Adlbi Sibai^a, M. Ochoa Vilor^c y L. Alvarado Machón^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años, fumador. Antecedentes de ca próstata (2004) en tratamiento con radioterapia y seguimiento por Urología. IQ: catarata ojo derecho (OD). No tratamientos. Acude a consulta por visión borrosa en ojo izquierdo (OI), clínica similar a la que tuvo por catarata de OD, evaluado por Oftalmología confirman catarata. Meses después comienza con caída progresiva de párpado izquierdo que en mes y medio se hace completa.

Exploración y pruebas complementarias: Ptosis completa de párpado izquierdo con parálisis completa del III par, pupila midriática arreactiva y VI par craneal, disminución severa de la agudeza visual del OI (cuenta dedos). Midriasis adaptativa del OI. Bioquímica: PSA 15,7. Previo de 2016: 0,14. VSG 26. ECG: Bloqueo AV de primer grado. TC cráneo: patología crónica de pequeño vaso. AngioTC Willis: sin alteraciones. Gammagrafía ósea: lesiones óseas hipercaptantes en cuerpo del esfenoideas, parrilla costal derecha y columna lumbar sugestivas de metástasis óseas. RM de cráneo: En clivus se observa masa de partes bandas que se extiende hacia senos esfenoidales más evidente hacia lado izquierdo que invade la parte izquierda de la silla turca y seno cavernoso izquierdo, donde engloba la carótida interna e impide la diferenciación del III par craneal.

Juicio clínico: Oftalmoplejia subaguda (parálisis del III y VI pares craneales izquierdos y probable afectación de II para craneal izquierdo de origen tumoral).

Diagnóstico diferencial: Arteritis de la temporal, ACV, aneurisma ACP (arteria comunicante posterior), miastenia gravis, tumores del SNC, S. Horner.

Comentario final: La ptosis palpebral habitualmente se trata de un problema mecánico a nivel palpebral, pero puede ser también el primer signo de una enfermedad subyacente. La causa más frecuente es la aponeurótica, secundaria a traumatismo, cirugía de cataratas o uso de lentes de contacto. La ptosis unilateral acompañada por limitación ipsilateral de los movimientos oculares, y/o midriasis sugiere parálisis compresiva del III par. Se deben realizar pruebas de neuroimagen de urgencia para descartar causas potencialmente graves. El tratamiento va encaminado según la causa.

Bibliografía

1. Lee M, Brazis P. Overview of ptosis. UpToDate, 2016.
2. Bhatti MT, Eisenschenk S. Superior divisional third cranial nerve paresis: clinical and anatomical observations. Arch Neurol. 2006;63:771.

Palabras clave: Ptosis palpebral. Oftalmoplejia. Metástasis.