



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1972 - ¡DOCTOR@, MIRE A LOS OJOS A SU PACIENTE!

R. Ruíz Merino^a, D. Correa González^b, M.M. García Alonso^c, I.K. Campuzano Juárez^d, D.A. Gil Loayza^e, H. Bergaz Díez^f, M. Hernández Carrasco^g y M.J. Rubio González^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Zona Oeste. Valladolid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Zona Oeste. Valladolid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Área Oeste. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Zona Oeste. Valladolid. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyrías. Zona Oeste. Valladolid. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Área Oeste. Valladolid. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyrías. Zona Oeste. Valladolid. ^hMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Zona Oeste. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años que acude a consulta por odinofagia de 2 días de evolución. Como antecedentes de interés no AMNC, astigmatismo y cirugía previa de quiste tirogloso, adenoides y nevus.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Faringe hiperémica sin placas. No fiebre ni adenopatías cervicales. Resto de la exploración normal excepto proptosis de predominio derecho. Lagofthalmos sin lagrimeo más acusado en el lado derecho y abombamiento temporal derecho. No refiere diplopía. Agudeza visual conservada y motilidad ocular intrínseca normal. Nistagmo extinguido en supravversión forzada de la mirada. Oftalmoscopia directa sin hallazgos de interés. Se solicitó analítica, en la que destacó una TSH de 7,54 (0,4-5,9) con valores de T4L dentro del rango normal y anticuerpos antitiroideos negativos. Ante la necesidad de pruebas radiológicas para estudio de probable lesión intracraneal, se decide realizar interconsulta a Oftalmología y posteriormente a Neurología. TAC orbitario y cerebral: Quistes aracnoideos temporales bilaterales de 4,2 × 2,3 cm izquierdo y 5,5 × 5 cm derecho. Este último condiciona deformidad de la pared lateral orbitaria con protrusión en región retrocular y estenosis secundaria. Deformidad con abombamiento de la tabla craneal temporal derecha sin signos de destrucción ósea.

Juicio clínico: Quistes aracnoideos bilaterales que deforman la pared orbitaria y hueso temporal.

Diagnóstico diferencial: 1. Oftalmopatía de Graves. 2. Proceso expansivo orbitario o intracraneal: síndromes linfoproliferativos, tumor glándula lacrimal, tumores propagados, tumores metastásicos, meningioma nervio óptico o esfenoorbitario. 3. Causa inflamatoria: mioisitis, caciroadenitis, celulitis orbitaria. 4. Causa traumática: hematoma orbitario, enfisema orbitario, celulitis orbitaria posfractura. 5. Causa vascular: malformaciones vasculares, tumores vasculares. 6. Malformación craneofacial: disostosis craneal y craneofacial con sinostosis.

Comentario final: Los quistes leptomeníngeos son lesiones benignas del sistema nervioso central que contienen líquido cefalorraquídeo. Suponen el 1% de los tumores intracraneales. La gran mayoría son esporádicos, congénitos y asintomáticos, pero se debe vigilar la aparición de síntomas por “efecto masa”. Si existe crecimiento que condicione disfunción neurológicas o hidrocefalia obstructiva habría que plantear tratamiento quirúrgico. El exoftalmos es un hallazgo poco frecuente en la práctica clínica diaria. Supone un reto para el médico de familia por la multiplicidad de etiologías que pueden causarlo. En general, una exoftalmía bilateral hace pensar en disfunción tiroidea y en cambio la unilateral apunta a tumores orbitarios. Una buena anamnesis y exploración física de un hallazgo casual en este paciente permitieron orientar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rico-Cotelo M, Díaz-Cabanos L, Allut AG, Gelabert-González M. Quiste aracnoideo intraventricular. *Rev Neurol.* 2013;57(1):25-8.
2. Vega Sosa A, de Obieta-Cruz E, Hernández-Rojas MA. Quistes aracnoideos intracraneales. *Circir.* 2010;78:556-62.
3. Ariai S, Koerbel A, Bornemann A, Morgala M, Tatagiba M. Cerebellopontine angle arachnoid cyst harbouring ectopic neuroglia. *Pediatr Neurosurg.* 2005;41(4):220-3.
4. Gelabert-González M. Intracranial arachnoid cysts. *Rev Neurol.* 2004;39(12):1161-6.
5. Arachnoid cyst. (n.d.). Gale Encyclopedia of Neurological Disorders. Retrieved September 10, 2006, from Answers.com Web site: <http://www.answers.com/topic/arachnoid-cyst>