



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/318 - ¡Mire hacia aquí!

F.J. Fernández Valero^a, M.M. de la Torre Olivares^a, T.R. Álvarez Balseca^b y M.H. Vidal Giménez^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Noroeste. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Calasparra. Calasparra. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 74 años, con antecedentes de HTA e ictus isquémico en 2013 sin secuelas, que es traída a las Urgencias de Centro de Salud por disartria. Según indica, la pasada noche sobre las 23h fue al baño y resbaló, no sabiendo precisar si por debilidad de MMII o por su propia impotencia funcional. Estuvo toda la noche tirada en el sueño con disartria. Su hijo la encuentra a las 6.30h y se avisa a servicios de urgencias. Tratamiento crónico: AAS 300 mg, clopidogrel 75 mg, antihipertensivo, pitavastatina 2 mg y tiroxina.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y alerta rítmica. Auscultación cardio-respiratoria normal. Ruidos respiratorios con crepitantes húmedos en base derecha. Lenguaje sin elementos afásicos. No déficit campimétricos. Pupilas mióticas perezosas aunque reactivas. En la mirada a la derecha el ojo derecho abduce con nistagmo horizonte-rotatorio y el ojo izquierdo presenta imposibilidad para la aducción, no cruza línea media. Convergencia conservada. Resto de nervios craneales conservados. No disfagia. Reflejo nauseoso presente. No déficits motores ni sensitivos superficiales ni profundos. Coordinación normal. Marcha de carácter antiálgica. Se le realiza un ECG con resultado de fibrilación auricular y se deriva al Servicio de Urgencias extrahospitalarias donde se obtiene una analítica normal. Tras su ingreso a cargo de Neurología se realiza una TC craneal informado como atrofia y leucoaraiosis. La RM cerebral con angio-RM objetivó infarto agudo en tálamo izquierdo y mesencéfalo medial izquierdo, ambos territorios de ACP izquierda. Estenosis de arteria carótida interna izquierda de 40-50% y derecha de 50-60%. Tras desaparecer totalmente la disartria, se le recomendó al alta, con tratamiento anticoagulante, la oclusión alternante de ambos ojos hasta mejoría de la diplopía.

Juicio clínico: Oftalmoplejia internuclear izquierda (secundaria a Ictus isquémico en territorio de ACP izquierda de origen embólico).

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple. Estrabismo por endotropía.

Comentario final: La oftalmoplejia Internuclear es un trastorno de la mirada conjugada en el plano horizontal por la lesión del fascículo longitudinal medial (haz de fibras entre el núcleo del VI par de un lado de la protuberancia y el núcleo del III par del lado contrario en el mesencéfalo). Muy característica de la esclerosis múltiple aunque puede tener un origen vascular. En la bilateral, tanto

al mirar a la derecha como a la izquierda ninguno de los dos ojo es capaz de aducir. El ojo derecho queda en línea media al mirar hacia la izquierda y el izquierdo al mirar hacia la derecha. En la unilateral, una lesión del fascículo longitudinal medial izquierdo provoca una limitación de la aducción del ojo izquierdo cuando el paciente mira hacia la derecha y un nistagmos en el ojo derecho. No presenta problemas en la mirada conjugada al mirar hacia la izquierda ni durante la convergencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baloh RW, Yee RD, Honrubia V. Internuclear ophtalmoplegia I. Sacades and dissociated nystagmus. Arch Neurol. 1966;35:484-9.
2. Rouvière H, Delmas A: Anatomía humana descriptiva topográfica y funcional. Sistema nervioso central, vías y centros nerviosos. Tronco del encéfalo y cerebelo. Masson. 2005. 11ª ed. Tomo 4. capítulo III; pp. 259- 60.