



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/139 - "DOCTOR, SE ME VA EL OJO". ESTRABISMO EN EL ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Von Euw Giménez<sup>a</sup>, J. de Oleo Vasquez<sup>a</sup> y M. Cascales Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pilar de la Horadada. Alicante. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Loma. Torrevieja. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 41 años que acude refiriendo diplopía y desviación interna del ojo derecho (OD). Comenta haber presentado episodio similar hace 6 años, estudiado en otra comunidad. Aporta informes: TAC y RMN sin hallazgos de interés salvo poliposis nasosinusal. AngioRM Willis normal. EMG jitter normal. Lo remitieron a neurología pero no acudió por mejoría clínica. Solicitamos pruebas de imagen y remitimos a neurología y oftalmología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estrabismo convergente con limitación de la abducción del OD. Tortícolis cara hacia derecha. Analítica anodina. RMN cerebral: lesión intracraneal extraaxial en región derecha de base del cráneo de 5 × 2,6 × 3,2 cm sugestiva de meningioma en placa petroclival y cavernoso derecho, con afectación de ápex orbitario derecho y signos de invasión de seno cavernoso con estenosis parcial de carótida interna.

**Orientación diagnóstica:** Paresia VI par craneal (PC) derecho secundaria a meningioma.

**Diagnóstico diferencial:** Paresia VI PC idiopática. ACV. Aneurisma cerebral.

**Comentario final:** Se decide mediante abordaje multidisciplinar tratamiento con RT por la difícil resección de la lesión. Oftalmología administra inyecciones de toxina botulínica en recto medial, y luego realizan retroinserción del mismo con resección de recto lateral. El paciente presenta mejoría clínica y radiológica, con reducción significativa de la lesión. Las lesiones del VI par craneal son relativamente comunes y ocupan el primer lugar dentro de las parálisis oculomotoras. Los síntomas más frecuentes son diplopía binocular horizontal, cervicalgia y espasmos musculares asociados hacia el lado de la parálisis. La causa más habitual es la traumática, por lesiones de la porción petrosa del hueso temporal, seguida de las inflamatorias, vasculares, y en menor frecuencia tumorales. Los tumores más comúnmente asociados son los gliomas del tallo y meningiomas. Estos últimos son los tumores extraaxiales, no gliales primarios más comunes del SNC, y componen el 15% de todos los tumores intracraneales sintomáticos, y por lo general son de carácter benigno. La RM es el método de elección para evaluar los nervios craneales, una vez sospechada la afectación de los mismos mediante una correcta exploración física.

### Bibliografía

1. Stalcup ST, August ST, John RH. Intracranial causes of ophthalmoplegia: the visual reflex pathways. *Radiographics*. 2013;33(5):E153-169.
2. Buetow MP, Buetow PC, Smirniotopoulos JG. Typical, atypical, and misleading features in meningioma. *Radlographics*. 1991;11(6):1087-106.

**Palabras clave:** Estrabismo. Diplopía. Meningioma.