

support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:159–91.

J.R. Pérez-Sánchez^{a,*}, M. Arnoriaga Rodríguez^b,
F. Díaz-Otero^a e I. Bretón Lesmes^b

^a *Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

^b *Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javineuro@hotmail.com
(J.R. Pérez-Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.004>
0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Síndrome de la media luna vs. escotomas arciformes



Temporal crescent syndrome vs arcuate scotoma

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Camacho-Velasquez et al.¹ en el que describen un escotoma temporal monocular izquierdo, que se atribuye a un síndrome de la media luna temporal de origen isquémico.

Se nos muestra una campimetría automatizada de Humphrey, solamente del ojo izquierdo, en el que se observan unos escotomas arciformes que, en la parte inferior, llegan a sobrepasar la línea media.

Se llama síndrome de la semiluna temporal al defecto campimétrico producido por las lesiones de la porción más anterior del córtex visual primario. Tiene la particularidad de que el escotoma es monocular pese a que la lesión sea retroquiasmática².

El defecto campimétrico se localiza entre los 60 y los 90° del hemisferio temporal del ojo contralateral a la lesión, por lo que no podrá ser recogido en una campimetría automatizada de Humphrey² que habitualmente, como en el caso mostrado, solo estudia los 30° centrales.

Este defecto sí se puede objetivar en la campimetría por confrontación (si se comienza explorando desde la periferia) y su registro gráfico exige una técnica que incluya el campo visual en toda su extensión (una perimetría de Goldmann, por ejemplo).

El escotoma de este caso, si es monocular como se afirma, al interesar a los 30° centrales debería ser atribuido a una afección prequiasmática o a un artefacto. Si, como se describe se atribuye a una isquemia cerebral transitoria debería existir un defecto, más o menos congruente, en el campo visual del ojo contralateral.

Bibliografía

1. Camacho-Velasquez JL, Rivero-Sanz E, Pérez-Lázaro C, Tejero-Juste C. Síndrome de la media luna secundario a ataque isquémico transitorio. *Neurología.* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.08.009>
2. Landau K, Wichmann W, Valavanis A. The missing temporal crescent. *Am J Ophthalmol.* 1995;119:345–9.

J.M. Losada Domingo* e I. Caballero Romero

Servicio de Neurología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemaria.losadadomingo@osakidetza.eus
(J.M. Losada Domingo).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.007>
0213-4853/

© 2017 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Neurología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).