

Mujer de 35 años con fenómenos de perseveración visual en hemicampo homónimo izquierdo

J. M. Ramírez-Moreno, M. Gómez-Gutiérrez, F. Ugarriza*, I. Sánchez-Castañón,
J. Cabezudo-Artero* e I. Casado-Naranjo

Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 35 años sin antecedentes personales de interés que presentaba desde hacía un año aproximadamente fenómenos de perseveración visual en el hemicampo homónimo izquierdo. Consistían en persistencia de objetos vistos previamente tras la desaparición del estímulo. La duración era variable, desde unos pocos minutos hasta veinticinco. Estos síntomas le ocurrían varias veces al mes y no se acompañaban de otras manifestaciones. La exploración general y neurológica no mostraba alteraciones de interés, siendo la campimetría de confrontación normal. Se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) craneal donde se observa una imagen redondeada, isodensa con el parénquima cerebral, localizada a nivel occipital derecho y que se realza de forma manifiesta con el contraste (fig. 1). En la resonancia magnética craneal se aprecia que la masa es extraxial, acompañándose de efecto masa y edema perilesional y provocando un colapso del asta occipital de ese lado. Tras la administración de contraste la captación sufre una captación intensa. Se observa el signo de la cola dural (figs. 2 y 3).

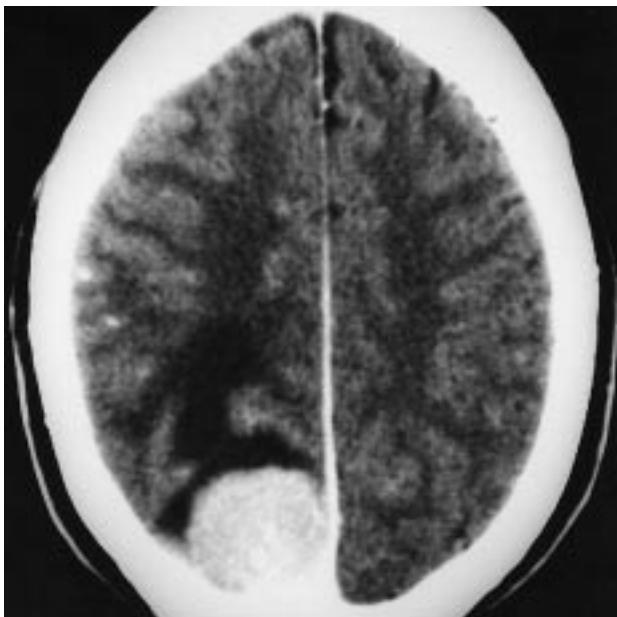


Fig. 1. Tomografía axial computarizada craneal con contraste.

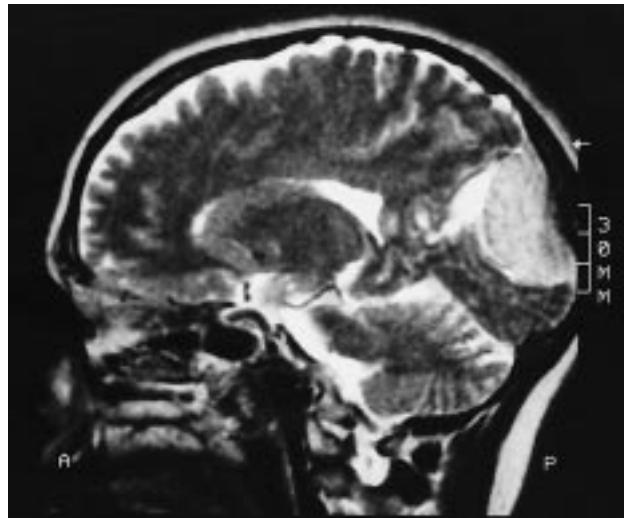


Fig. 2. Resonancia magnética craneal.

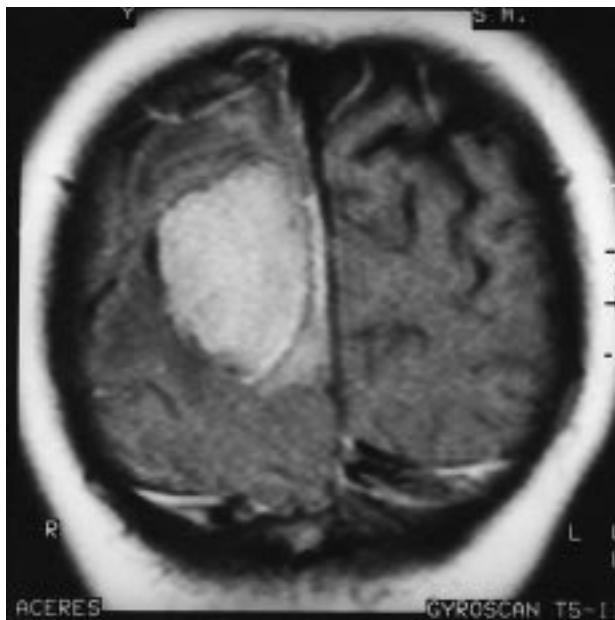


Fig. 3. Resonancia magnética craneal.

Evolución

El electroencefalograma fue normal. Se realizó extirpación quirúrgica del tumor, confirmándose tras el estudio anatomopatológico el diagnóstico de meningioma meningotelial (fig. 4). En el seguimiento posterior no ha vuelto a tener episodios similares.

Diagnóstico

Palinopsia secundaria a meningioma occipital derecho.

Discusión

La palinopsia o perseveración visual es un síndrome neurooftalmológico descrito por Chritchley en 1951 basándose en las manifestaciones visuales de siete pacientes con lesiones occitales.

Se trata de un fenómeno ilusorio por medio del cual el paciente continúa percibiendo una imagen después de que el objeto real no permanece a su vista. Este tipo de ilusiones pueden aparecer de manera intermitente pero superpuestas, como las imágenes estroboscópicas de los objetos en movimiento, y pueden ser interpretadas como diplopía o poliopsia. Las imágenes pueden ocupar la totalidad o una porción del campo visual. Se puede ver como un síntoma aislado, pero más a menudo forma parte de una constelación de signos y síntomas neurooftalmológicos. El cuadro clínico es típicamente paroxístico¹.

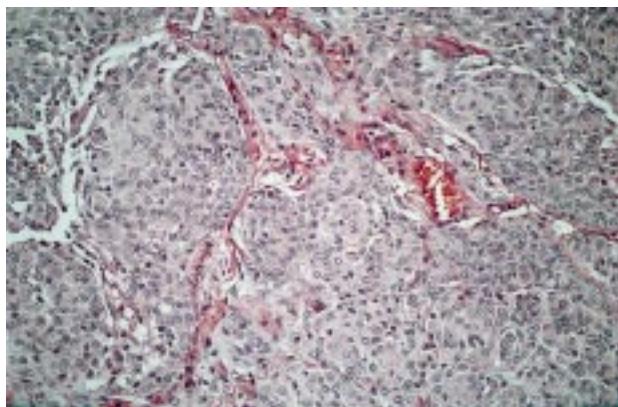


Fig. 4. Anatomía patológica del caso.

La palinopsia se ha descrito en relación con la migraña, tras la ingesta de ciertas drogas o fármacos (mescalina, trazodona, interleucina 2) o en situación de hiperglucemia no cetósica. También asociada a lesiones localizadas a nivel parietooccipital como son infartos, malformaciones arteriovenosas, neoplasias, abscesos o traumatismos. Incluso como forma de comienzo en la enfermedad de Creutzfeld-Jacob o epilepsia²⁻⁴.

La desconexión entre áreas visuales primarias y vías asociativas con incremento de la actividad cortical visual es el mecanismo patogénico propuesto. También se ha considerado la palinopsia como un fenómeno epiléptico, ya que se han descrito casos donde se demuestran descargas epileptiformes en el electroencefalograma⁵ y hay respuesta al tratamiento con anticonvulsivos como la carbamacepina⁶. Aunque estos síntomas neurooftalmológicos no son muy frecuentes, deben ser tenidos en cuenta, ya que, como queda referido anteriormente, tienen un amplio diagnóstico diferencial traduciéndose con frecuencia patología estructural a nivel occipitoparietal. El diagnóstico en la mayoría de los casos suele ser sencillo con la realización de pruebas de neuroimágenes apropiadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bender MB, Feldman M, Sabin AJ. Palinopsia. Brain 1968; 91 (2): 321-338.
2. Robert J, Miro O, Pedrol E, Cardellach F. Palinopsia as a manifestation of migraine associated with other symptoms. Med Clin (Barc) 1995; 105 (2):76-77.
3. Martín Estefanía C, del Val Fernández J, Nieto Sánchez A, Guerrero Sola. Palinopsia: primera manifestación de metástasis cerebral. Neurología 1996; 11 (9):357-358.
4. Friedman DI, Hu EH, Sadun AA. Neuro-ophthalmic complications of interleukin 2 therapy. Arch Ophthalmol 1991; 109 (12):1.679-1.680.
5. Muller T, Buttner T, Kuhn WW, Heinz A, Przuntek H. Palinopsia as sensory phenomenon. Acta Neurol Scand 1995; 91 (6):433-436.
6. Silva JA, Tekell JL, Penny G, Bowden CL. Resolution of palinopsia with carbamazepine. J Clin Psychiatry 1997; 58 (1):30.