Semergen. 2019;45(Espec Congr 7):174

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

423/195 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANISOCORIAS

B. Gutiérrez Muñoz[1], A. Cerveró Varona[2], A. Gutiérrez Pérez de Lis[3], M. Maamar El Asri[4], J. Bustamante Odriozola[1], A. Artime Fernández[4], C. Varela César[2], D. Martínez Revuelta[3], L. Alonso Buznego[5]

[1]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. [2]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [3]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [4]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. Cantabria. [5]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Oncología Médica. HUMV Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años, fumadora de medio paquete diario sin otros antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por anisocoria de 24 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, se trata de una anisocoria a expensas de una midriasis arreactiva en ojo derecho (OD), mayor en condiciones fotópicas, sin que se objetiven otras anomalías a nivel oftalmológico. Exploración neurológica normal. Test de pilocarpina. La pupila midriática no responde al test de pilocarpina al 0,125% pero sí contrae con pilocarpina al 1%. Sospechando una afectación compresiva del III par craneal se solicita Angio-TC craneal y angiografía cerebral que no muestran alteraciones, por lo que se decide ingreso en Neurología para completar estudio.

Juicio clínico: Neuropatía del III par craneal derecho de origen indeterminado.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de una anisocoria mayor en condiciones fotópicas incluye: Lesión traumática del iris, pupila de Adie, Parálisis del III par craneal, midriasis farmacológica. El diagnóstico diferencial de una parálisis del III par craneal incluye: miastenia gravis, oftalmopatía tiroidea, oftalmoplejía externa progresiva crónica, oftalmoplejía internuclear, síndrome de Parinaud, arteritis de células gigantes.

Comentario final: Es importante el manejo de los diagnósticos diferenciales de los diferentes síntomas y signos que presentan los pacientes que atendemos durante nuestra actividad asistencial, para poder orientar adecuadamente el caso y realizar las pruebas complementarias pertinentes. En el caso de las anisocorias, después de descartar una focalidad neurológica mayor, debemos estudiar las pupilas y sus reacciones a la luz y a la instilación de colirios de pilocarpina en distintas concentraciones para ir orientando el diagnóstico hacia causas farmacológicas, traumáticas, neurológicas. Durante el ingreso la paciente presentó ptosis palpebral ipsilateral y limitación de los movimientos de la mirada en OD (aducción, supra e infraducción). Se solicita una RMN de 3 teslas en la que se ve realce del núcleo del III par craneal derecho. Se completó el estudio etiológico, y descartando causas vasculares, compresivas, infecciosas, inflamatorias, desmielinizantes e infiltrativas, se diagnostica neuropatía del III par craneal derecho de origen indeterminado que mejora con bolos de metilprednisolona. Un año después presentó un cuadro de disminución de agudeza visual en OD

asociado a leve dolor con los movimientos oculares e hipoestesia de hemicara izquierda. La exploración del fondo de ojo fue normal. En la RMN se observaron placas desmielinizantes por lo que se realizó el diagnóstico de esclerosis múltiple remitente-recurrente. La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación y destrucción de la mielina a nivel del SNC que produce lesiones diseminadas en tiempo y espacio. Las manifestaciones clínicas son muy variadas dependiendo del sitio del SNC donde se encuentren las lesiones. A nivel oftalmológico generalmente se manifiesta como disminución de la AV (neuritis óptica) o como diplopía (oftalmoplejía internuclear o parálisis de un par craneal, generalmente del VI par). La neuropatía del III par craneal es una forma atípica de debut de esta enfermedad.

Bibliografía

Bagheri N, Wajda B. Manual de oftalmología del Wills Eye Hospital, 7ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer, 2017.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.