Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2360

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2325 - SÍNDROME DE PARINAUD EN MUJER DE 46 AÑOS

E. Caride Miana[a] e I. Silvera Acosta[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Foietes. Benidorm. Alicante.[b]Médico de Familia. Centro de Salud de Foietes. Benidorm. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Intervenida en 1997 de Hidrocefalia con drenaje ventricular permanente (válvula ventrículo-peritoneal).Acudió al servicio de urgencias hospitalarias por presentar cefalea de varios días que no cedía con analgesia habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. TA 117/76. Temperatura: 36,5 ºC. Frecuencia cardíaca: 82 latidos/min. SatO2: 100%. Lenguaje coherente y fluente, sin disartria ni afasia. Pupilas medias arreactivas a la luz. Limitación de la supraversión de ambos ojos. No paresia facial. No alteraciones trigeminales. Fuerza conservada en las cuatro extremidades. Sensibilidad grosera conservada en las cuatro extremidades. Exploración cerebelosa: normal. No signos de irritación meníngea. TAC craneal: no evidencia de lesiones hemorrágicas ni signos de isquemia establecida. Sistema ventricular con presencia de VDVP en asta frontal izquierda con dilatación moderada de aspecto crónico sin signos de reabsorción transependimaria que sugiera hidrocefalia aguda. No se aprecian signos de efecto masa ni desplazamiento de línea media.

Juicio clínico: Síndrome de Parinaud.

Diagnóstico diferencial: Malfuncionamiento de la derivación ventrículo-peritoneal. Hidrocefalia obstructiva. Pinealoma. Esclerosis múltiple. Ictus o absceso.

Comentario final: La paciente fue diagnosticada de malfuncionamiento de la DVP, se le intervino quirúrgicamente, colocándosele una nueva DVP en el lado izquierdo, dejando intacta la derivación previa. A las 12 horas poscirugía la paciente recuperó el nivel de conciencia, con resolución completa de la dificultad para la supraversión de la mirada y la cefalea. Se realizó un TAC craneal de control sin evidencia de complicaciones. Fue dada de alta 3 días después sin incidencias. El síndrome de Parinaud se produce por la afectación de la parte superior del mesencéfalo. Entre sus causas más frecuentes destacan: ictus, hidrocefalia, esclerosis múltiple y tumores. En nuestra paciente, sus antecedentes médicos orientaban hacia la sospecha de una hidrocefalia por malfuncionamiento de la DVP. La paciente no había realizado ningún seguimiento en Neurocirugía tras la intervención.

Bibliografía

1. Feroze K, Bhimji S. Parinaud Syndrome. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls, 2017.
2. Shields M, Sinkar S, Chan W, Crompton J. Parinaud syndrome: a 25-year (1991-2016) review of 40 consecutive adult cases. Acta Ophthalmol. 2016.

Palabras clave: Motilidad ocular. Hidrocefalia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.