



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4058 - OFTALMOPLEJIA DOLOROSA: SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT

C. García López^a, H. Alache Zuñiga^b, A. Fernández Prieto^c y L. Dafa^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Francia. Madrid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Londres. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con visión doble precedida de cefalea opresiva periorbitaria izquierda de dos días de evolución, sin antecedentes traumático ni infeccioso. El dolor cede con AAS. AP: exfumador desde hace 30 años de 10 cigarrillos diarios. DLP en tratamiento. No HTA, no DM. Polipectomía × 3 en 2016 con diagnóstico de adenoma tubular. Gafas por presbicia.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36 °C; TA 136/84; FC 64; SatO2 95%. Ejes oculares simétricos, no proptosis. No inyección conjuntival ni quemosis. Arterias Temporales isopulsátiles. Carótidas rítmicas y sin soplos. SNC: consciente, alerta, orientado. Lenguaje sin alteraciones. No disartria. Campimetría por confrontación normal. PICNR. MOEs: diplopía binocular, en oblicuo, en posición primaria de la mirada, que empeora en mirada conjugada a la izquierda. Leve limitación de abducción de OI. Dudosa limitación de oblicuo inferior de OD. No nistagmo. Resto de exploración neurológica normal. Exploración abdominal, de MMII y auscultación ACP anodinas.

Orientación diagnóstica: Ante sospecha de centralidad, se deriva a Urgencias. Valorado por Oftalmología, considerando una posible afectación del n. IV izquierdo, se completa valoración con TC orbitaria y craneal sin alteraciones. Ingresa para estudio en Neurología y se solicita RMN de órbita y cerebro: engrosamiento del n. troclear y/o motor ocular común izquierdos en la fisura orbitaria superior y en el segmento preorbitario de probable origen inflamatorio o desmielinizante como primeras posibilidades. Se completa estudio con analítica, punción lumbar, EMG y angiografía cerebral con RM, sin alteraciones.

Diagnóstico diferencial: Tumor primario intracraneal, linfoma, metástasis, aneurisma, fístula carótido-cavernosa, disección carotídea, trombosis del seno cavernoso, infección, vasculitis, sarcoidosis, oftalmoplejía migrañosa, arteritis de células gigantes, parálisis diabética del nervio craneal, pseudotumor orbitario.

Comentario final: El síndrome de Tolosa-Hunt es causado por una inflamación en el seno cavernoso o en la fisura orbitaria superior de etiología desconocida. Produce oftalmoplejía dolorosa afectando al tercer, cuarto y/o sexto par craneales. Precisa de pruebas de imagen siendo RMN la Gold Standard. El diagnóstico diferencial ha de hacerse con entidades que produzcan efecto masa. Las manifestaciones clínicas, las pruebas complementarias y la respuesta a altas dosis de corticoides confirman el diagnóstico. El pronóstico es favorable aunque puede haber recurrencias.

Bibliografía

1. https://www-uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/tolosa-hunt-syndrome?search=tolosa%20hunt&source=search_result&selectedTitle=1~6&usage_type=default&display_rank=1

Palabras clave: Oftalmoplejia dolorosa. Visión doble.