



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1606 - OFTALMOPLEJIA

B. Gutiérrez Soto¹, M. Gutiérrez Soto², S. Sosa Romero¹ y P. Delgado Danta¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ²Médico de Familia. Hospital de Montilla. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, con AP de DM2, HTA y dislipemia. Acude a consulta por dolor a nivel temporal izquierdo, opresivo, continuo, asociado a sensación de encochamiento. No claudicación mandibular, ni cervicalgia. Se pauta inicialmente analgesia de primer escalón, se asocia a pregabalina e incluso carbamacepina sin mejoría. Acude en múltiples ocasiones por este motivo, por lo que se solicita TAC craneal, facial y de senos, y se pauta corticoterapia de forma descendente con mejoría clara de la sintomatología. Acude de nuevo a consulta, esta vez presenta cefalea orbitaria izquierda constante, diplopía, ptosis y proptosis ocular. Ante esta nueva sintomatología, la exploración física y la mejoría con corticoterapia sospechamos posible síndrome de Tolosa Hunt y se deriva al paciente a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física 1: vigil, orientado y colaborador. Lenguaje conservado sin alteraciones. Pupilas isocóricas y normorreactivas. MOES normales. No nistagmus. Pares craneales normales. No claudicación de miembros. No alteración sensitiva. No dismetrías. Romberg negativo. Marcha estable. Exploración física 2: vigil, orientado, colaborador, proptosis ocular izquierda, ligera ptosis palpebral ipsilateral y limitación para la aducción de ojo izquierdo, pupilas mióticas, poco reactivas, resto de pares craneales normales, no signos meníngeos, habla y lenguaje normal, no alteraciones motoras ni sensitivas en extremidades, no dismetrías, marcha estable. Hemograma, coagulación, bioquímica, ferrocínica normales. Autoinmunidad, virus hepatotropos y ETS negativos. VSG 7 mm. RMN cerebral: asimetría por engrosamiento nodular del seno cavernoso izquierdo, compatible con proceso granulomatoso del mismo.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Tolosa-Hunt.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma, trombosis seno cavernoso, tumores, migraña oftalmopléjica, sarcoidosis, arteritis de células gigantes, oftalmoplejia diabética.

Comentario final: El diagnóstico de esta patología requiere un estudio completo que permita descartar patología de origen vascular, traumática, tumoral e infecciosa. Según los criterios diagnósticos establecidos por la International Headache Society, la coexistencia de dolor orbitario y oftalmoplejia junto con buena respuesta a corticoterapia, una vez excluidas las patologías anteriores, nos permiten establecer un diagnóstico, a pesar de obtener un resultado normal en la resonancia magnética.

Bibliografía

1. Buedo Rubio MI, Tamayo Blázquez M, Onsurbe Ramírez I. Síndrome de Tolosa-Hunt, un diagnóstico de exclusión. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17(65).

Palabras clave: Oftalmoplejia. Tolosa-Hunt. Corticoterapia.