

Síndrome de la media luna secundario a ataque isquémico transitorio



Temporal crescent syndrome secondary to transient ischaemic attack

Las lesiones de la vía óptica retroquiasmáticas son caracterizadas por hemianopsia homónima, contralateral al lado de la lesión, y son causadas, principalmente, por enfermedad cerebrovascular, en particular en la región occipital. En la parte más anterior del córtex visual están representados las fibras nasales retinales; esta representación cortical es unilateral y por ende, las lesiones retroquiasmáticas en esta región puede causar alteraciones visuales atípicas.

Caso clínico

Paciente de 69 años con antecedentes de trombosis venosa profunda, trombofilia, tratado con acenocumarol; se presenta en urgencias hospitalarias con una historia de 6 h de evolución con pérdida de visión periférica externa de su ojo izquierdo, con cefalea leve asociada. No refería náuseas ni vómitos.

A la exploración física presentaba una agudeza visual normal, reflejo pupilar conservado, fondo de ojo normal, la exploración campimétrica resaltaba hemianopsia incompleta, solo en su ojo izquierdo. No presentaba alteraciones motoras ni sensitivas, y una respuesta extensora del reflejo cutáneo plantar izquierdo. Se le realizó el test de campos visuales de Humphrey, el cual reveló un defecto campimétrico de tipo temporal creciente izquierdo (fig. 1A).

La tomografía cerebral (fig. 1B), el electrocardiograma, el Doppler de troncos supra-aórticos y transcraneal no revelaron ninguna anormalidad. El electroencefalograma, sin alteraciones. La analítica sanguínea mostraba INR en niveles subterapéuticos (1,9). No se le realizó resonancia magnética craneal en la fase sintomática, debido a que nuestro centro no dispone de ella, en urgencias.

Los síntomas se resolvieron gradualmente hasta estar asintomático al día siguiente, coincidiendo con la normalización de los niveles terapéuticos de su INR. Al día siguiente se le realizó resonancia magnética cerebral, la cual no mostraba ninguna alteración.

Dada la clínica de inicio súbito, coincidiendo con niveles infraterapéuticos de INR y mejoría de los síntomas con la normalización del mismo, los factores de riesgo cardiovascular y una vez descartado otros posibles signos diagnósticos diferenciales, dada la ausencia de criterios para migraña con aura (sin antecedentes familiares ni clínicos de migrañas previas), crisis epiléptica (clínica muy prolongada, EEG normal), neuritis óptica (sin déficit central y/o centrocecal, clínica transitoria de inicio súbito) y desprendimiento de retina (fondo de ojo normal), el paciente fue dado de alta con el diagnóstico de síndrome de media luna secundario a accidente isquémico transitorio.

Discusión

El síndrome de la media luna (Half-moon syndrome) es una alteración campimétrica atípica, consistente en la pérdida monocular del campo temporal¹. Las lesiones retroquiasmáticas típicamente causan defectos visuales homónimos, la excepción a esa regla es el síndrome de la media luna, cuyo lugar de lesión son en la parte anterior y contralateral del córtex estriado^{2,3}. Normalmente el campo visual nasal se extiende un 60% en el horizonte, y el campo temporal se extiende un 100%, de esta forma, un 40% del campo temporal periférico está representado de forma unilateral en el córtex visual (fig. 2), por lo tanto, esta área tiene una representación unilateral en el córtex visual contralateral. Este síndrome también puede ser causado por lesiones en el bucle de Meyer (lóbulo temporal anterior)⁴ o en las porciones más anteriores del córtex visual primario, justo posterior al esplenio del cuerpo calloso y en la superficie medial de los lóbulos occipitales.

Entre los diagnósticos diferenciales está la migraña con aura, la que se puede diferenciar por la clínica de cefalea, auras visuales (típicamente escotoma centellante),

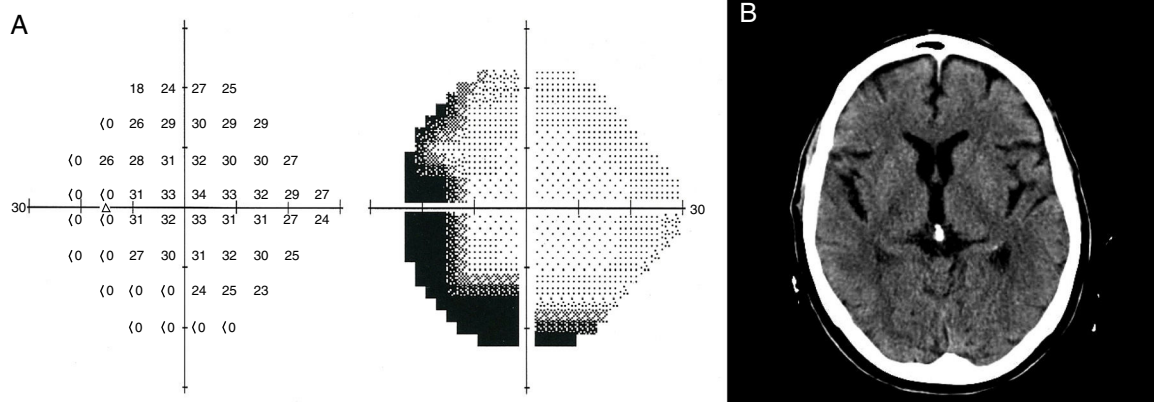


Figura 1 A) Campo visual de Humphrey, mostrando defecto campimétrico izquierdo del tipo temporal creciente. B) Tomografía cerebral sin alteraciones.

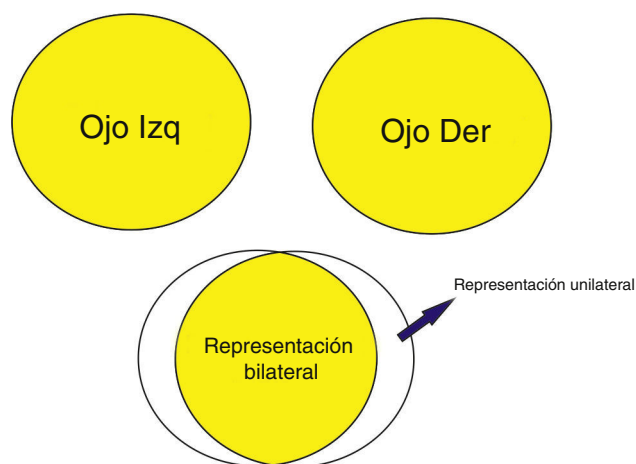


Figura 2 Representación esquemática del campo visual en el córtex visual.

sonofobia, fotofobia, osmofobia, náuseas y ocasionales vómitos. La neuritis óptica isquémica se diferencia por tener un característico defecto visual altitudinal. El desprendimiento retiniano existe alteraciones en la fundoscopia y alteración de la agudeza visual, además de la alteración campimétrica. La neuritis óptica retrobulbar se diferencia por la alteración de la agudeza visual, alteraciones campimétricas de localización más central, alteración de la percepción de los colores y dolor retro-ocular.

Existen, también, otro tipo de alteraciones visuales atípicas en las lesiones retroquiasmáticas, por ejemplo tenemos la cuádruple sectoranopia⁵, que consiste en un defecto campimétrico en forma de cuña, en este caso la lesión está localizada en la parte medial y lateral de los cuerpos geniculados laterales (zona irrigada por la arteria coroidea anterior). En la sectoranopia horizontal, la lesión está locali-

zada en el *hilum* geniculado (irrigado por la arteria coroidea lateral).

Bibliografía

1. Walsh TJ. Temporal crescent or half-moon syndrome. *Ann Ophthalmol.* 1974;6:501–5.
2. Landau K, Wichmann W, Valavanis A. The missing temporal crescent. *Am J Ophthalmol.* 1995;119:345–9.
3. Horton JC, Hoyt WF. The representation of the visual field in human striate cortex. A revision of the classic Holmes map. *Arch Ophthalmol.* 1991;109:816–24.
4. Schiefer U, Wilhelm H, Hart W. Chapter 4: Perimetry. En: *Clinical Neuroophthalmology*. Berlin: Springer; 2007. p. 29–53.
5. Frisen L. Quadruple sectoranopia and sectorial optic atrophy: A syndrome of the distal anterior choroidal artery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1979;42:590–4.

J.L. Camacho-Velasquez^{a,b,*}, E. Rivero-Sanz^b,
C. Pérez-Lázaro^b y C. Tejero-Juste^b

^a Servicio de Neurología, Hospital CIMA, Barcelona, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlc2002@hotmail.com
(J.L. Camacho-Velasquez).

♦ La filiación de J.L. Camacho-Velasquez en el momento de realización de este artículo era la b

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.08.009>
0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Angeítis primaria del sistema nervioso central: 25 años de seguimiento y leves secuelas motoras



Primary angiitis of the Central Nervous System: 25 years of follow-up and mild motor sequelae

Sr. Editor:

El sistema nervioso central (SNC) puede desarrollar una gran variedad de angeítis, algunas de ellas multisistemas y otras primarias (APSNC). La APSNC es una vasculitis restringida a las pequeñas arterias de las meninges y del parénquima, descrita en 1959¹. Es una enfermedad infrecuente que provoca inflamación mediada por mecanismos inmunes. Las manifestaciones usuales son cefalea, delirio, ataque cerebral de pequeña arteria y demencia progresiva. Las imágenes de resonancia magnética (RM) cerebral, muestran isquemias en ambos hemisferios cerebrales. El líquido cefalorraquídeo (LCR) es anormal en proteínas y células.

La arteriografía cerebral en el 50% de los casos ofrece cambios de angeítis². El diagnóstico depende de la combinación de elementos clínicos, RM, LCR, arteriografía y biopsia cerebral, con exclusión de una inflamación sistémica o una enfermedad infecciosa. Los cambios histológicos pueden ser infiltrados linfocitarios, granulomatosos, histiocitarios, eosinofílicos o hallazgos necrosantes^{3,4}. El objetivo es comunicar un muy largo período de evolución clínica satisfactoria de una enferma con APSNC, la cual estuvo asociada a extensa leucoaraiosis (L-A) en la RM cerebral, que no variaron en los 25 años de seguimiento, tratada con metilprednisolona (MPSL) continuado y en forma periódica ciclofosfamida (CFF). En marzo de 1989, una mujer de 42 años sin antecedentes hasta esa fecha, presentó cefalea continuada, náuseas y vómitos. En la siguiente semana sumó confusión mental e inestabilidad en la marcha motivando la internación. En el examen estaba desorientada en tiempo, espacio y personas, tenía tendencia al sueño, asociaba una hemiparesia izquierda moderada y rigidez cervical. Una tomografía computarizada (TC) cerebral mostró menor densidad en ambos hemisferios cerebrales. La RM cerebral corroboró una extendida L-A, mayor en el hemisfe-