

UN CASO DE PARALISIS NUCLEAR DEL -III- PAR

POR

PEDRO A. GUIDO B., M.D.

Santa Marta - Colombia.

Anamnesis: Paciente de 64 años de edad, que acude a la consulta porque una semana antes del examen se instauró súbitamente, vértigo objetivo y subjetivo sin componente neurovegetativo, con cefalea parietal derecha, diplopia.

La paciente venía siendo tratada por amibiasis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, con: acetazolamida tabletas 250 mgrs. 2 por semana, dieta de 1.300 calorías, gondafon, eritromicina tabletas 60 1c/6 horas.

Examen: Se trata de una paciente en perfecto ptosis palpebral superior derecha moderada, estrabismo divergente de O. D. en PPM, diplopia a veces, tortícolis compensatorio. En posición extrema de mirada a la izquierda es ostensible la parálisis de RMD.

Biomicroscopia: Polo anterior normal.

Agudeza Visual

V. D. : 0.2 + 2.5 : 0.8 + 5.5 N° 1

V. I. : 0.1 + 2.5 : 0.8 + 5.5 N° 1 C.N

Campo Visual: Ver esquema.

Oftalmoscopia

Papila normal A.O.

Vasos algo adelgazados de calibre

Signos de Sallus-Gunn grado II

Drusas perimaculares en O.I.

Tonometría

6	11	6
—	—	—
5.5	10	5.5
Po: 16	E: 0.19	Po: 16

Test de Diplopia

Se establece el siguiente plan:

- estudio de condiciones sensoriales
- estudio de condiciones motoras
- fotografía en diferente posición de mirada
- examen neurológico
- exámenes de laboratorio
- examen ORL
- tratamiento

Historia de
Estrabismo

Examen Neurológico

Se trata de paciente ligeramente obesa de 64 años de edad, bien orientada en tiempo y espacio. Estado nutricional y de desarrollo normal. Tensión arterial: 160 x 80. Pulso 80, regular. A excepción de la parálisis parcial del III par (RMD y elevador del párpado superior de O.D.), la exploración neurológica fue normal.

Exámenes de Laboratorio

LCR: R. cardiolipina (VDRL) positiva
 R. Pandy: negativa
 Proteínas totales: 40 mgrs% (18-35 mgrs%)
 Glucosa 150 mgrs% (40-70 mgrs%)
 Cloruros (Na Cl) 870 mgrs% (690-760 mgrs%)
 Número de células por CC : 5
 R. Hanger : Positivo
 En sangre : R. cardiolipina negativo, mazzini y Kahn negativo
 GR: 4'480.000 Hb : 12,45 gr. Leucocitos 6.800 Eosinofilos : 9
 Resto normal.
 Neutrofilia relativa, eosinofilia absoluta y relativa.
 Proteinemia
 Proteínas totales 7.10 gr%
 Albúminas 5.10 gr%
 Globulina 2 g.
 Relación A/G 2.55
 Creatininemia : 2 mg.

Examen Oral:

Rinoscopia anterior y posterior, orofaringe, laringoscopia indirecta, otoscopia, exploración senos paranasales, pruebas vestibulares y cocleares normales. Audiometria tonal: déficit conducción ósea y especialmente aérea (presbiacusia, otosclerosis).

Diagnóstico:

Parálisis parcial nuclear del III par: elevador del párpado superior O.D. y de RMD. Diabetes. Hipertensión arterial. Obesidad.

Tratamiento:

Penicilino-terapia. Antihipertensivos. Hipoglicemiantes.

Discusión.

Este caso se ha considerado como parálisis parcial nuclear del III par y en gracia de discusión vamos a recordar que las parálisis del III par son parciales o completas y que en un recuento topográfico las lesiones que podemos encontrar se clasifican con Alfred Huber de la Universidad de Zurich como sigue:

Parálisis del III Par.

Los signos característicos de disturbio de la motilidad incluyen en el cuadro completamente desarrollado: ptosis, parálisis del RS, del RM, del RI, y del OI, además midriasis con una respuesta perezosa a la luz y a la convergencia. En la PPM. el ojo afectado se desvia hacia abajo y hacia afuera. Hay una diplopia horizontal y vertical en PPM. La diplopia vertical aumenta con la elevación y depresión. La diplopia horizontal aumenta con la rotación hacia el lado del ojo afectado.

Clasificación.

1) *Formas Nucleares.*

Parálisis de uno o de unos pocos músculos extraoculares inervados por el III par en uno o en ambos ojos. Puede o no haber disturbios pupilares (midriasis, reflejo fotomotor perezoso) o parálisis de la acomodación. En los tumores cerca del mesencéfalo (pinealoma), hay una combinación de parálisis musculares aisladas con parálisis conjugadas vertical, posiblemente una alteración de la convergencia y nistagmus retractoria. (Síndrome de Parinaud, Síndrome del acueducto de Silvio y Síndrome pineal).

2) *Formas Fasciculares.*

Tipo Dorsal Paresia oculomotor unilateral con hemitemblor cruzado (Síndrome de Benedict), posiblemente con hemianestesia cruzada.

Tipo ventral Paresia del III par completa casi siempre unilateral con hemiplejía cruzada (Síndrome de Weber), posiblemente con parálisis del hipogloso y facial central cruzadas.

3) *Tipo radicular* Paresia del III par unilateral con hemiplejía cruzada (Síndrome de Weber).

4) *Formas Basales*

Una lesión localizada que muestra una parálisis oculomotora monosintomática con afecciones variadas del esfínter pupilar y del músculo ciliar (aneurisma de la arteria comunicante posterior o mejor aneurisma en el sitio de separación de la comunicante posterior con la arteria carótida interna).

Una lesión difusa y grande localizada en la base del cráneo (tumores, meningitis basal), están caracterizadas además por lesiones del IV, V, VI y posiblemente VII y VIII pares.

Síndrome del Seno Cavernoso.

Paresia del III par unilateral (casi siempre con pereza absoluta o rigidez pupilar) combinadas con paresia de IV - V - VI. (tumores especialmente en el seno cavernoso, adenomas pituitarios con expansión lateral, meningiomas de la fosa media, neurinomas del trigémino). *Forma posterior.* Lesiones de la 1ª 2ª y a veces 3ª rama del trigémino. La forma anterior por lesiones de la 1ª rama del trigémino.

Síndrome de la Fisura Orbital Superior.

Parálisis III par unilateral, asociada con paresia del V (1ª rama) y del VI, ausencia del signo del seno.

Síndrome del Apex.

Paresia del III - IV - V primera rama y del VI, combinados con lesiones del nervio óptico, (escotoma central, defectos periféricos de los campos visuales, posiblemente papiledema). Exoftalmo en caso de tumores.

En vista de lo anteriormente transcrito se considera que el caso que se presenta es parálisis del tipo nuclear.

Se recuerda que los núcleos del III par están constituídos por dos grupos uno formado por células grandes localizadas hacia la línea media de los pedúnculos cerebrales, cerca al acueducto de Silvio, a nivel del tubérculo cuadrigémino ante-

rior y que da origen a las fibras que inervan todos los músculos estriados de la órbita excepto dos. El núcleo de Perlia se encuentra hacia el centro del grupo de células grandes.

El segundo grupo de células pequeñas, situado hacia la porción tostral del grupo de células grandes constituye el núcleo de Edinger-Westphal que da origen probablemente a la inervación del iris y del cuerpo ciliar.

Diagnóstico Diferencial.

- 1) Aneurismas del polígono de Willis (de la comunicante posterior o del sitio de la unión de la comunicante posterior con la carótida interna).
- 2) Sífilis vascular del mesencéfalo.
- 3) Polioencefalitis hemorrágica aguda anterior (Wernicke).
- 4) Esclerosis múltiple.
- 5) Encefalitis letárgica (Von Economo).
- 6) Diabetes Melitus.
- 7) Tumor intracraneano (lóbulo temporal con herniación en el tentorio).
- 8) Estados iniciales de la parálisis general.
- 9) Miastenia gravis.
- 10) Oftalmoplejía por carencias y toxinas: envenenamiento por plomo, botulismo, difteria, influenza.
- 11) Tumores de la hipófisis, del mesencéfalo y de los tubérculos cuadrigéminos, pinealomas y de los pedúnculos cerebrales.

Conclusión.

Se relata la historia de paciente que mejoró de parálisis parcial de III par inicialmente diagnosticado de aneurisma del polígono de Willis, de la comunicante posterior derecha con infiltraciones ligeras del aneurisma. Al hacer la punción lumbar se encontró un LCR cristalino que fue reportado con VDRL positivo, deduciéndose que se trataba de parálisis parcial nuclear del III par por sífilis vascular del mesencéfalo.

No es frecuente pero hemos tenido varios casos similares, por lo cual antes de hacer tratamiento quirúrgico deben agotarse las posibilidades etiológicas.

PEDRO A. GUIDO B.

BIBLIOGRAFIA

- A. FRANCESCHETTI y J. BLUM, *Oftalmología Amsler-Brückner*, Franceschetti Goldmann. Salvat Editores S. A. pp. 548, 1954.
- ALFONSO CASTANERA PUEYO, *Estrabismo*. Editorial Paz Montalvo. Madrid, pp. 61, 1952.
- ALFRED HUBER, *Eye symptoms in brain tumors*. The C. V. Mosby Company. St. Louis, pp. 47, 55-56, 1961
- DUKE-ELDER, *Enfermedades de los ojos*. Interamericana S. A. México, pp. 484-485, 1965. Staff in Neurology of the Mayo Clinic, *Clinical Examinations in neurology*. W. B. Saunders Philadelphia, pp. 78-80, 1957.