



ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia



Comunicación corta

Síndrome de webino secundario a sífilis meningovascular. Una entidad excepcional con una etiología inesperada[☆]

M. Rodríguez Calvo de Mora*, G. Rodríguez Moreno y M. España Contreras

Servicio de Oftalmología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de junio de 2012

Aceptado el 7 de noviembre de 2012

On-line el 28 de diciembre de 2012

Palabras clave:

Oftalmoplejía internuclear bilateral

Síndrome de webino

Neurosífilis

Sífilis meningo-vascular

Oftalmoplejía internuclear

Keywords:

Wall-eyed bilateral internuclear

ophthalmoplegia

Webino syndrome

Neurosyphilis

Meningovascular syphilis

Internuclear ophthalmoplegia

R E S U M E N

Caso clínico: Paciente varón de 57 años que refiere visión doble y mareo de aparición brusca. A la exploración oftalmológica se observó una exotropía evidente en posición primaria de la mirada, ausencia de aducción de ambos ojos, nistagmo en abducción e incapacidad para la convergencia. Ante la sospecha de oftalmoplejía internuclear (OIN) bilateral se realizan pruebas de imagen y de laboratorio. La RMN craneal objetiva una lesión isquémica subaguda en el centro del mesencéfalo, afectando a los núcleos motores oculares comunes. Las pruebas para sífilis fueron positivas en sangre y líquido cefalorraquídeo.

Discusión: El síndrome de webino es muy infrecuente y de difícil diagnóstico. En el caso presentado, la lesión se encuentra perfectamente localizada en la zona media de la protuberancia, afectando a los núcleos motores oculares comunes. La rápida derivación del paciente y el establecimiento de tratamiento con penicilina posibilitaron la mejoría del cuadro.

© 2012 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Webino syndrome caused by meningovascular syphilis. A rare entity with an unexpected cause

A B S T R A C T

Case report: The patient is a 57-year-old obese and hypertensive male. His chief complaints were double vision and dizziness, with mild exodeviation in both eyes in primary gaze position in the ocular motility examination, but more predominant in the left eye. The exotropia was noticeably more evident on the attempted upgaze. On horizontal gaze, the abducting eye deviated fully, but the adducting eye did not cross the midline. Nystagmus in the abducting eye and convergence impairment were found. Pupil size and testing were normal. Ataxia and areflexia were also present. Bilateral internuclear ophthalmoplegia was suspected and imaging and laboratory tests were performed. The CAT scan showed a right occipital hypo-attenuated lesion. In the MRI scan, a mesencephalic subacute ischemic lesion was found, involving the medial rectus sub-nuclei. Blood and cerebrospinal fluid test for syphilis were positive.

[☆] Este artículo fue presentado como caso clínico en el 87 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marocalmo@gmail.com (M. Rodríguez Calvo de Mora).

0365-6691/\$ – see front matter © 2012 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2012.11.001>

Discussion: Bilateral internuclear ophthalmoplegia is a very uncommon -and difficult to diagnose- condition. In the reported case the lesion involved the medial rectus sub-nuclei. This fact could explain the exotropia in the primary gaze position, and supports that is not possible to exclude the involvement of the medial rectus sub-nuclei in the webino syndrome. The rapid identification of the pathology contributed to the better prognosis of the patient.

© 2012 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los centros de la mirada coordinan la acción de los núcleos motores para que los músculos yunta realicen movimientos simétricos. La formación reticular paramediana pontina (FRPP) es el centro de la mirada horizontal. Se localiza en la protuberancia, cerca del núcleo del VI par. Para que se produzca la mirada horizontal, es necesario que la FRPP active al núcleo del VI par, que consta de dos tipos de neuronas: las neuronas motoras que inervan al recto lateral ipsilateral y las neuronas internucleares, cuyos axones cruzan el fascículo longitudinal medial (FLM) contralateral y sinaptan en el subnúcleo del recto medio¹.

Cuando se produce una lesión del FML se impide la conexión del núcleo del VI par con el subnúcleo del recto medio contralateral. Esto provoca un déficit de aducción en el ojo ipsilateral, con mirada hacia dicho lado normal, ya que el ojo adelfo sí puede aducir y el ojo del lado afecto muestra una abducción normal. Es frecuente observar un nistagmus disociado en sacudidas horizontales del ojo en abducción. A esta alteración motora se la denomina oftalmoplejía internuclear (OIN). Puede ser uni- o bilateral. Puede asociarse a parálisis de la mirada vertical, nistagmo vertical y desviación oblicua².

Entre las posibles causas de la OIN se encuentran: la esclerosis múltiple, la miastenia gravis, traumatismos, tumores, la encefalopatía de Wernicke, infecciones como la sífilis, la criptococosis y la tuberculosis, la malformación de Arnold-Chiari, la enfermedad vascular oclusiva e incluso algunos fármacos (barbitúricos, litio, narcóticos).

El síndrome de *wall eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia* (webino) es un tipo especial de OIN bilateral con exotropía. Es una rara entidad descrita por Lubow en 1971. Se caracteriza por una alteración de la mirada horizontal que presenta dificultad bilateral para la aducción, exotropía en la posición primaria de la mirada, nistagmo en el ojo que abduce e incapacidad para la convergencia.

La patogenia de esta forma peculiar de OIN dista de estar clara. Se sabe que la mayor parte de los casos están producidos por lesiones altas del tronco del encéfalo. La explicación más aceptada es que está producida por una lesión en el cerebro medio² que afecta de manera bilateral al FLM y a ambos subnúcleos de los rectos medios. De la afectación de estos subnúcleos se derivarían la exotropía y la incapacidad para converger de estos pacientes.

Otros autores preconizan que la lesión estaría localizada a nivel pontino y dudan de que la implicación de los subnúcleos

de los músculos rectos sea condición *sine qua non*. Aunque la mayoría de los casos publicados se derivan de lesiones mesencefálicas, existen publicaciones en las que lesiones pontinas aisladas causan el síndrome^{3,4}.

La etiología del síndrome de webino es similar a la de la OIN, siendo más frecuentes las causas vasculares, seguidas de esclerosis múltiple y traumáticas. Incluso se ha descrito un caso de síndrome de webino posquirúrgico⁵.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 57 años diabético, hipertenso y obeso en tratamiento con metformina y enalapril, fumador y con hábito enólico moderado. Acude a urgencias de oftalmología refiriendo visión doble horizontal acompañada de mareo e inestabilidad, estable desde el inicio. En la exploración general se objetiva marcha atáxica y arreflexia.

A la exploración oftalmológica se objetivó una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,7 en el ojo derecho y de 0,8 difícil en el ojo izquierdo. En la exploración del polo anterior y la funduscopia bajo midriasis no se encontraron hallazgos significativos, salvo una esclerosis leve del cristalino. La presión intraocular estaba en límites normales.

Los reflejos pupilares eran normales. La exploración de los movimientos oculares reveló una exotropía severa en posición primaria de la mirada, ausencia de aducción en ambos ojos, abducción nistágmica de ambos ojos y ausencia de convergencia (fig. 1). El *cover test* simple y alterno objetivaba exotropía alternante. La maniobra de Bielchowsky revelaba una discreta desviación oblicua (*skew deviation*). Se apreciaba un nistagmo vertical (*downbeat*) mayor en levoversión.

Ante la sospecha de OIN bilateral se realizan pruebas de imagen y de laboratorio. La TAC craneal muestra como hallazgo casual una lesión hipoatenuada occipital derecha. La RMN craneal en modo T2 *flair* objetiva una lesión brillante y puntiforme que afecta a los subnúcleos de los nervios motores oculares, de aspecto isquémico y subagudo (fig. 2). El origen isquémico de la lesión se ve confirmado por la coloración negra de la zona afectada en el mapa ADC (fig. 2). Asimismo, la imagen de difusión de la RMN muestra afectación de la misma zona (fig. 3).

Se llevó a cabo una batería de pruebas exhaustiva en muestras de sangre, orina y en líquido cefalorraquídeo (LCR). La serología mostró anticuerpos totales para sífilis y RPR (1/64) positivos. En LCR, eran positivos la FTA (1/2) y el VDRL (1/1), hallándose asimismo pleiocitosis y aumento de proteínas, con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4007022>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4007022>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)