

CAUSA POCO FRECUENTE DE CEFALEA

AUTORES: A. Hernández Prieto, H. Gómez Martín, C. Alonso Díez, M. García Lorente, A. Rox Rodríguez, B.M Martín López-Pardo, A. Pablos López, M.C. Villalón Martínez. *Hospital Universitario de Salamanca (HUSA)*

INTRODUCCION

Presentamos el caso de una niña de 10 años de origen peruano nacida en España, sin antecedentes personales previos de interés. Padres y hermano pequeño sanos.

Acude al servicio de urgencias pediátricas por episodio de caída progresiva de párpado derecho las últimas 24 horas, asociado a diplopía binocular y cefalea frontal ispilateral, de características migrañosas, desde hacía 3 días. Refiere comienzo progresivo, sin un desencadenante claro. No presenta alteraciones en la agudeza visual, salvo la presencia de miopía ya conocida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PTOSIS PALPEBRAL

		ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
GRAVE-URGENTE	ANEURISMA/ HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	-Malformación vascular -Sd. Ehler Danlos -Poliquistosis renal -Coartación Aorta	Focalidad neurológica (si rotura o crecimiento) PUPILA AFECTA!	AngioTAC o angiografía	Soporte/cirugía
	NEOPLASIA	Adenoma pituitario, Craneofaringioma, otros	Focalidad neurológica	Imagen o Pruebas funcionales hormonales	Cirugía, radioterapia, quimioterapia.
	TRAUMA	Antecedente de traumatismo	Focalidad neurológica	Imagen	Cirugía
INFLAMATORIO-AUTOINMUNE	SD ¹ . MILLER FISHER (variante Guillain-Barré)	Autoinmune	Oftalmoplejía Ataxia Arreflexia	Ac². Anti glangliósido gq1b	Inmunoglobulinas iv
	SD. TOLOSA HUNT	Idiopático (inflamación granulomatosa en seno cavernoso)	Dolor orbitario unilateral + paresia oculomotora	RNM con infiltrado granulomatoso	Corticoides
	SD. MIASTÉNICO	Autoinmune	Oftalmoplejía ALTERNANTE y FLUCTUANTE Respeto pupila!	Test del hielo (>2 seg.) Ac. AntiAch POSITIVOS	Piridostigmina/ Neostigmina -Cirugía párpados
	CEFALEA PRIMARIA (Oftalmoplejía dolorosa recurrente o RPON ³)	Idiopática (inflamatoria/desmие linizante)	Oftalmoplejía + cefalea ipsilateral de características migrañosas	RNM gadolinio patológica o normal	Nada/Corticoides
INFECCIOSO		Virus neurotropos (VEB, CMV, VHS), Bacterias (abscesos, mucocoele), Parásitos (T. Pallidum), Hongos (Aspergillus)	Meningitis Encefalitis	Serología positiva	Antivirales
OTROS		Diabetes, celulitis, Hipertensión Intracraneal, trombosis del seno	Varía según etiología	Bioquímica sangre, LCR ⁴ , Fondo de Ojo, Biopsia	Etiológico

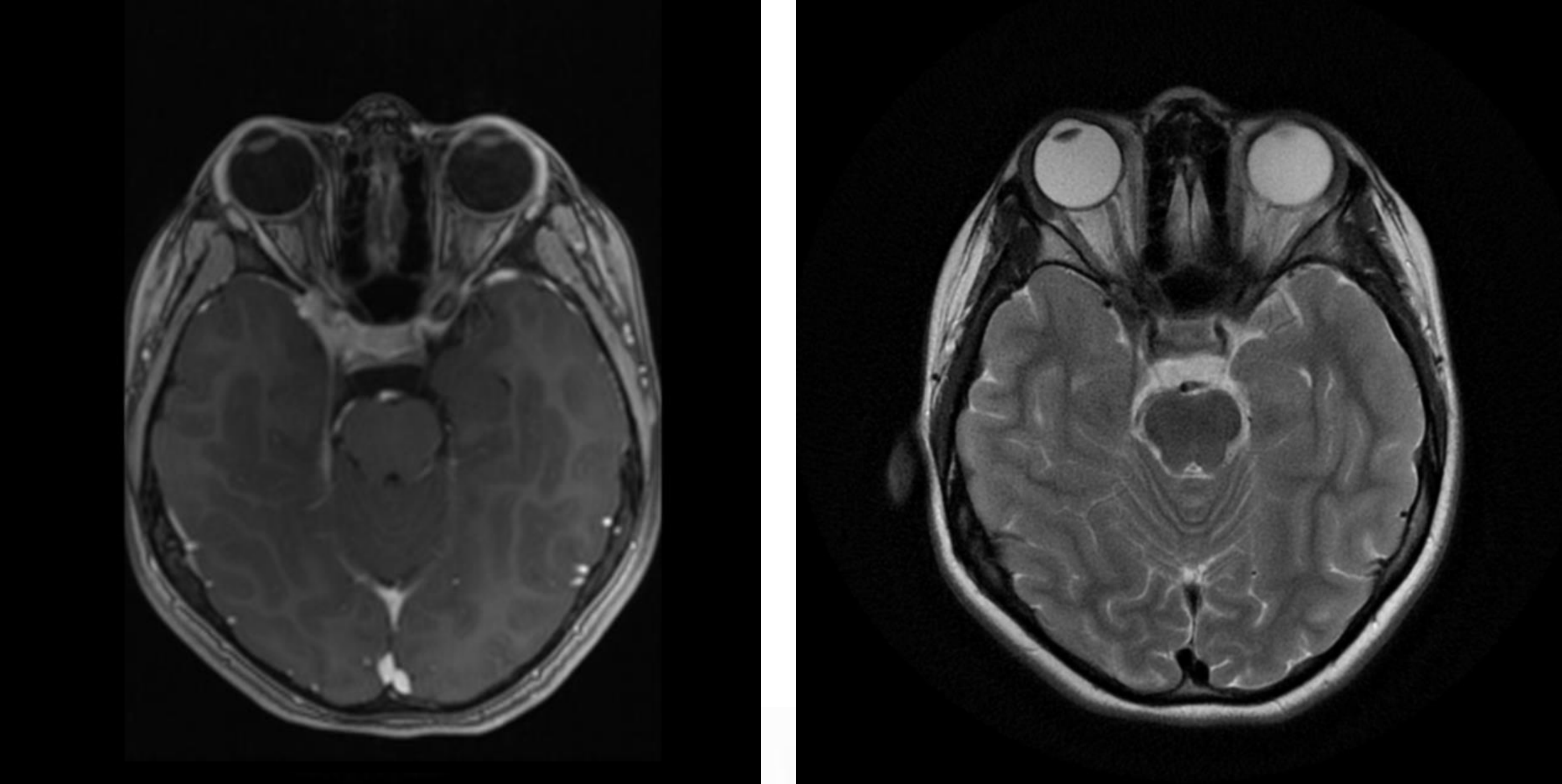
Tabla 1 Diagnóstico diferencial de la ptosis palpebral.
2 Abreviaturas: 1 SD; Síndrome, 2Ac: Anticuerpos, 3RPON: Recurrent Painful Ophthalmoplegic Neuropathy, 4 LCR: Líquido cefalorraquídeo

RESUMEN DEL CASO



En la exploración presenta marcada ptosis del ojo derecho, asociada a limitación parcial de la mirada interna del ojo derecho. Realiza adecuadamente la supra e infraducción así como abducción del mismo. Reflejo pupilar y agudeza visual conservados.

Se realiza TC craneal urgente, con resultado normal. En analítica sanguínea presenta discreto aumento de Neutrófilos (6680 x 10³ µL), con resto de fórmula leucocitaria normal, bioquímica normal. Se realiza Punción lumbar, pruebas de autoinmunidad, así como serologías para virus neurotropos, con resultados normales. El estudio neurofisiológico y electromiograma no muestra alteraciones. Se solicita **RMN con contraste de Gadolinio**, sin objetivarse realce a nivel del trayecto de los nervios de los pares craneales. No se objetivan lesiones ocupantes de espacio.



Finalmente se inicia tratamiento con dosis altas de metilprednisolona IV a 30 mg/Kg/día, disminuyendo progresivamente la paresia óculo-motora y desapareciendo el dolor a las 24 h tras el inicio de ésta.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La principal sospecha diagnóstica es una entidad rara de carácter benigno y autolimitado conocida como Neuropatía Oftalmoplejica Dolorosa Recurrente (RPON), o migraña oftalmopléjica. Es una entidad de carácter benigno, englobada dentro de las neuropatías craneales dolorosas. Se caracteriza por crisis repetidas de parálisis de uno o más pares craneales, siendo el más frecuente el III par (83,%), y asocia cefalea ipsilateral de intensidad grave. Predomina el debut en la infancia y en adolescencia, con preferencia por el sexo femenino. **Su diagnóstico es de exclusión**, se recomienda realizar una RMN sin y con Gadolinio que puede mostrar engrosamiento o realce de los nervios afectados, y una punción lumbar para descartar causas secundarias (infecciones, trombosis del seno cavernoso, aneurismas, síndrome de Tolosa-Hunt, neuropatía óptica diabética). El tratamiento con corticoides puede acelerar la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

