

“Una tumefacción en la rodilla...” SIDA, toxoplasmosis cerebral y síndrome del colículo facial

Drs. Rafael Muci-Mendoza, Marcos Ramella*

La parálisis de la mirada conjugada lateral que acompaña a las lesiones pontinas es atribuida a compromiso de la formación reticular paramediana pontina, estructura que comanda la generación de la mirada horizontal (1-3). En la literatura antigua existen informes de casos en los que se encontró en la autopsia, una diminuta lesión confinada al núcleo del 6° nervio craneal (4). Estas observaciones fueron confirmadas experimentalmente en monos sin que se hallara una explicación concluyente para la parálisis del recto medial contralateral (5). En años posteriores, estudios experimentales en monos y gatos han redescubierto que en el núcleo del 6° nervio craneal, en adición a las neuronas que suplen al músculo recto lateral ipsilateral, existen otras neuronas llamadas “internucleares” que originan fibras que ascienden por el fascículo longitudinal medial para terminar en el subnúcleo oculomotor del músculo recto medial contralateral. Ambas poblaciones neuronales existen en una proporción similar de un 50 %. Meienberg y col. (6) describen una paciente de 34 años que en un período de escasos días presentó paresia del 6° y 7° nervios craneales derechos asociada a nistagmus parético de la mirada ipsilateral; en los seis días siguientes desarrolló una parálisis total de la mirada horizontal hacia la derecha. La autopsia demostró que la causa era un linfoma linfocítico indiferenciado que destruía el núcleo del nervio abducens y el área adyacente.

Nuestro paciente de 41 años, había sido diagnosticado portador de una infección por el virus

de inmunodeficiencia humana (VIH-sida) Clase CIII desde hacía 5 años. Su recuento de CD4+ era de apenas 27/mm² (2 %). Dos meses antes de la consulta experimentó de novo cefalea de intensidad progresiva, hemicraneal izquierda, pulsátil, asociada a fotofobia y en horas de la noche calofríos y fiebre de 39°C. Al segundo día y por espacio de 4 días, experimentó parestesias en la mano izquierda y movimientos involuntarios en el brazo ipsilateral. Se asoció entonces diplopía horizontal binocular en mirada hacia la izquierda y desviación de los rasgos faciales hacia la derecha. Con sospecha diagnóstica de toxoplasmosis cerebral fue hospitalizado y tratado. Los síntomas generales mejoraron y por persistencia de la diplopía y la desviación facial es remitido para una opinión.

El examen neuro-oftalmológico mostró indemnidad de la vía visual sensorial. Desde el punto de vista oculomotor, en posición primaria de la mirada se notó una exotropía derecha y endotropía izquierda tipificando una desviación de la mirada conjugada hacia la derecha y adicionalmente, se notó una oftalmoplejía internuclear izquierda (falta de aducción del ojo izquierdo) (Figura 1). Asociada, una densa parálisis facial periférica ipsilateral con evidente incremento de la hendidura palpebral por lagofthalmos. El correlato semiológico de un síndrome del colículo facial izquierdo asociado a oftalmoplejía internuclear contralateral, llevó a la realización de una resonancia magnética cerebral contrastada con Gadolinium-DTPA®, en la que se demostraron lesiones granulomatosas focales diseminadas en ambos hemisferios cerebrales, algunas de ellas en forma de anillo hiperintenso. Una de ellas asentaba precisamente en el colículo

*Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica B. Escuela de Medicina José María Vargas. UCV. Unidad de Neuro-Oftalmología. Hospital Vargas de Caracas.

facial izquierdo exagerando su relieve anatómico y abombando en el piso del IV° ventrículo, comportándose hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 (Figura 2).



Figura 1. Densa parálisis facial izquierda. (1) En posición primaria de la mirada ojo derecho ligeramente desviado hacia afuera y ojo izquierdo hacia adentro. (2) Mirada conjugada horizontal hacia la derecha: aducción del ojo izquierdo no se completa. (3) Paresia de la mirada conjugada horizontal hacia la izquierda. (4 y 5) Normalidad de la mirada conjugada vertical.

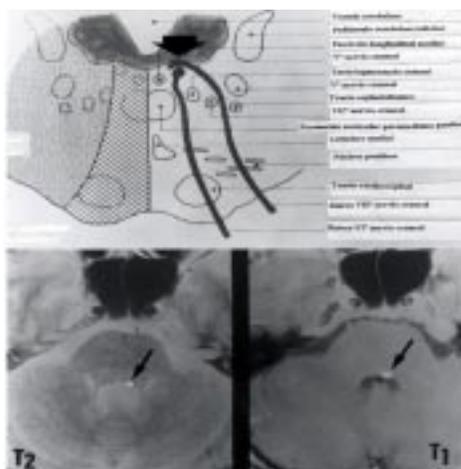


Figura 2. Corte esquemático de la protuberancia a nivel del cuarto ventrículo mostrando el colículo facial (flecha) y las relaciones entre los núcleos de los nervios facial y abducens, la formación reticular paramediana pontina y el fascículo longitudinal medial. Resonancia magnética cerebral en proyección axial mostrando en T2 una pequeña tumefacción a nivel de la rodilla facial izquierda mejor delineada en T1.

DISCUSIÓN

El centro pontino de la mirada horizontal yace entre los núcleos del VI° y IV° nervios craneales, lateralmente a la línea media y ventralmente al fascículo longitudinal medial (Figura 2). Las lesiones confinadas estrictamente al núcleo del VI° nervio craneal conducen a una parálisis ipsilateral de la mirada conjugada comprometiendo el recto lateral, el recto medial contralateral y no, como podría esperarse con los núcleos de otros nervios motores craneales, aisladamente al recto lateral. Nuestro enfermo mostró un síndrome “impuro” del colículo facial, al comprometerse simultáneamente el fascículo longitudinal medial contralateral izquierdo produciendo una oftalmoplejía internuclear.

REFERENCIAS

1. Bender MB. Brain control of conjugated horizontal and vertical eye movements. A survey of the structural and functional correlates. *Brain*. 1980;103:23-69.
2. Bennet H, Savill TH. A case of permanent conjugate deviation of the eyes and head, the result of a lesion limited to the sixth nerve nucleus; with remarks on associated lateral movements of the eyeballs, and rotation of the head and neck. *Brain*. 1889;12:102-106.
3. Pierrot-Deseilligny C, Prier S, Masson, M, Cambier J. Enregistrement des mouvements oculaires chez l'homme lors de lésions unilatérales de la formation réticulaire pontine paramédiane. Contribution à la physiologie du regard lateral á partir de deux observations. *Rev Neurol*. (París) 1978;134:355-366.
4. Garel J. Nouveau fait de paralysie de la sixième paire avec déviation conjuguée dans un cas d'hémiplégie alterne. *Rev Méd*. (París) 1882;2:593-599.
5. Carpenter MB, McMasters RE, Hanna GR. Disturbances of conjugate horizontal eye movements in the monkey. I. Physiological effects and anatomical degeneration resulting from lesions of the abducens nucleus and nerve. *Arch Neurol*. 1963;8:231-247.
6. Meienberg O, Büttner-Ennever, Kraus-Rupert R. Unilateral paralysis of conjugate gaze due to lesion of the abducens nucleus. *Clinico-pathological case report. Neuro-ophthalmol*. 1981;2:47-52.