

# Comunicación en e-póster

Visión binocular / Refracción / Función visual

18-02-2012 • 11:00- 11:15 → T 12 • 355

## Paresia del IV par craneal por metástasis cerebral del un cáncer de mama

### Autores:

Muñoz Mendoza, Mónica - Madrid <sup>(1)</sup>, García Recio, Cristina - Madrid <sup>(1)</sup>, Rabanaque Vega, Carolina - Madrid <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> Hospital del Sureste (Arganda Del Rey, Madrid).

### INTRODUCCIÓN

Los tumores intracraneales y extracraneales pueden ser causa de disfunción oculomotora, produciendo parálisis del tercer, sexto o cuarto par craneales (PC). El tumor puede afectar directamente al músculo, al nervio craneal o a su núcleo, a las áreas de movimiento extraocular supranuclear, o indirectamente, produciendo un aumento de la presión intracraneal. Las manifestaciones oftálmológicas de un carcinoma de mama metastásico se producen hasta en un 5.8% de pacientes asintomáticos, y entre ellas la incidencia de alteraciones del tronco cerebral por metástasis intracraneal es del 12%, más alta que en pacientes con cualquier otro tipo de cáncer.

### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años remitida por referir diplopía binocular desde hace 10 días. Mastectomizada por carcinoma de mama derecha hacía 4 años. No presentaba otros trastornos neurológicos ni enfermedades sistémicas de interés. La historia ocular no reveló forias, tropias ni tortícolis previas.

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

Presentaba una tortícolis cabeza-hombro derecho de 20°. La agudeza visual sin corrección en lejos y cerca fue de -0.1 LogMAR en ambos ojos (AO). Se midió mediante cover test una hipertropía del ojo izquierdo (OI) de 6 dioptrías prismáticas (DP) en lejos y cerca en posición primaria de mirada. El estudio de la motilidad ocular reveló una hipofunción en infradextroducción y elevación en adducción de OI, confirmado mediante pantalla de Hess-Lancaster. El test de Biels-

chowsky fue positivo al inclinar la cabeza sobre hombro izquierdo con elevación del OI. Las respuestas pupilares, el polo anterior y el examen del fondo de ojo fueron normales.

### DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico fue compatible con parálisis del IV PC izquierdo. Se remitió al Servicio de Oncología para valoración. La resonancia magnética cerebral con gadolinio mostró una lesión en la unión ponto-mesencefálica en el lado derecho, lo que confirmó la etiología neoplásica de la paresia del IV PC del lado contrario, al ser este un nervio craneal cruzado.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento mediante 6 ciclos de quimioterapia durante 5 meses con éxito. Se prescribió gafa prismática para lejos y cerca de refracción neutra de 3 DP de base vertical, repartidas entre AO, mejorando la diplopía durante el tratamiento, aunque con mala tolerancia en situaciones dinámicas. Transcurridos 2 meses desde el último ciclo de quimioterapia sin mejoría de la clínica ocular, se realizó cirugía de estrabismo de debilitamiento del músculo oblicuo inferior izquierdo, mediante desplazamiento del mismo de 3 x 3 milímetros al recto inferior izquierdo. Inmediatamente tras la cirugía, la paciente reportó mejora subjetiva de la sintomatología, sin diplopía y mínima tortícolis.

### CONCLUSIÓN

Las manifestaciones oculares son frecuentes en tumores intracraneales debidos a metástasis cerebrales por carcinoma de mama. En ausencia de historia de traumatismo cerebral, la presencia de paresias adquiridas de los músculos extraoculares debe alertar al clínico de sospecha de siembras intracraneales del tumor, siendo crucial para el diagnóstico la realización de pruebas de imagen. Un reconocimiento rápido de las lesiones cerebrales, así como un tratamiento óptico paliativo de la sintomatología y oftalmológico correcto de las lesiones oculares, son importantes para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.