

# COMUNICACIÓN EN PÓSTER

VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN /  
FUNCIÓN VISUAL

ID: 1420

## Oftalmoplejia bilateral por Síndrome de Miller-Fisher

➤ Autores: Ester Díaz-Isabel <sup>-1</sup>, Elena Piedrahita-Alonso <sup>-1</sup>, Beatriz Martín-García <sup>-1</sup>, Pilar Gómez-de-Liaño <sup>-1</sup>

<sup>1</sup>Centro Oftalmológico Gómez de Liaño.

### INTRODUCCIÓN AL CASO

El Síndrome de Miller-Fisher es la variante más frecuente del Síndrome de Guillain-Barré, caracterizado por la tríada oftalmoplejia, ataxia y arreflexia. Es un tipo de polineuropatía desmielinizante inflamatoria que se considera desencadenada por un proceso autoinmune y que desarrolla una parálisis muscular generalizada. De aparición aguda, ocularmente suele cursar con parálisis completa de los músculos oculares (afectación del III, IV, V y VI par craneal), iniciándose en los rectos superiores y progresando hacia los laterales para finalizar en los inferiores, ptosis palpebral y visión borrosa.

Constituye el 3-5% de los casos de Guillain-Barré, con una incidencia de 0.09 por cada 100.000 habitantes por año. Suele afectar más a hombres que a mujeres adultos (poco frecuente en niños). En un 63% de los casos la diplopía es síntoma inicial.

### HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 73 años que acudió por presentar diplopía de dos meses de evolución. Comenzó con inestabilidad, dificultad en la marcha y diplopía, sospechándose ictus vertebrobasilar. Progresó con empeoramiento de la diplopía y ataxia, tos en la ingesta de líquidos, dificultad para abducir

ambos brazos y debilidad muscular generalizada. Se trató con inmunoglobulina y recibió el alta a los 12 días. Tras el alta persistía diplopía en todas las posiciones, con restricción casi completa de movimientos oculares y ptosis bilateral con fatiga, mayor en ojo izdo.

El neurólogo no creyó necesario el seguimiento por oftalmólogo, pese a lo cual la paciente acudió a nuestra consulta privada por incapacidad para desarrollar su vida diaria.

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

Tras dos meses de evolución, la paciente presentaba AV con su corrección de 1.0 en ambos ojos en visión lejana y próxima. Refería diplopía en todas las posiciones, mayor en visión lejana. Persistía limitación en versiones horizontales, pero ya no en elevación ni en descenso, sin tortícolis ni ptosis. En posición primaria mostraba endotropía izquierda (ETI) de 20Δ en visión lejana y de 8Δ en visión próxima, sin estereopsis y con correspondencia sensorial normal en sinoptóforo.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La pantalla de Hess-Lancaster, el sinoptómetro y el vídeo-oculógrafo VOG-Perea mostraron endotropía en todas las posiciones, mayor en levo-



Sesión 8



Sábado, 14  
de abril



10:15 h a 10:30 h



Terminal  
3

versión y ligera exciclotorsión, concordante con paresia de VI par craneal bilateral.

### DIAGNÓSTICO

Oftalmoplejia bilateral por Síndrome de Miller-Fisher.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

A los 4 meses de evolución la mejoría subjetiva era significativa, solo refería diplopía en visión lejana. En posición primaria presentaba ETI de  $12\Delta$  en visión lejana y ortotropía en próxima, aunque no tenía estereopsis. La motilidad mejoró también, persistiendo una leve limitación en la abducción de ambos ojos.

Se derivó al hospital para tratar con toxina botulínica, dado que persistía la diplopía por el VI par afectado.

### CONCLUSIÓN

La diplopía de aparición súbita que evoluciona a oftalmoplejia, junto con ataxia y arreflexia, caracterizan al Síndrome de Miller-Fisher. Aunque la motilidad ocular se recupera espontáneamente en muchos casos, es importante realizar un seguimiento exhaustivo por el estrabólogo. En el caso de paresia muscular persistente, debe valorarse la posibilidad de tratamiento con toxina botulínica por diplopía residual incapacitante.

ORGANIZA:



ÓPTICOS  
OPTOMETRISTAS  
Consejo General

AVALA:



Sociedad Española de  
OPTOMETRÍA

COLABORA:



FUNDACIÓN  
SALUD VISUAL  
DESARROLLO OPTOMÉTRICO Y AUDIOLÓGICO

COLABORACIÓN ESPECIAL:

