

# COMUNICACIÓN EN PÓSTER

**VISIÓN BINOCULAR / REFRACCIÓN /  
FUNCIÓN VISUAL**

**ID: 1623**

## Parálisis de VI par craneal por glioma de tronco cerebral. A propósito de un caso

➤ Autores: [Carolina Rabanaque Vega<sup>1</sup>](#), [Mónica Muñoz Mendoza<sup>1</sup>](#), [Cristina Jiménez Ramos<sup>1</sup>](#)

<sup>1</sup>Hospital Universitario del Sureste.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 63 años de edad que acude por visión doble progresiva de unos cuatro meses de evolución, binocular y horizontal. Refiere temblor ocular asociado.

Como antecedentes personales, presenta hipertensión arterial, dislipemia y glioma de tronco cerebral diagnosticado tres años antes.

Su exploración revelaba una agudeza visual corregida de la unidad en ambos ojos; lagoftalmos derecho con buen fenómeno de Bell, paresia hemifacial derecha con sensibilidad bien conservada y blefarospasmo en ojo izquierdo.

Al cover en lejos y cerca, se objetiva endotropía de ojo derecho de 20 dioptrías prismáticas, similar con corrección y sin ella. La abducción de ojo derecho estaba parcialmente limitada y el Bielschowsky ausente. Se acompañaba de tortícolis ligero cara derecha.

Presentaba también un nistagmo horizontorrotatorio de alta frecuencia y baja amplitud, hacia la derecha, sin punto de bloqueo pero menor batida en posición primaria de la mirada e infraversión. El paciente no refería oscilopsia.

En la biomicroscopía se observaba queratitis inferior en ojo derecho, siendo el resto normal, y sin alteraciones en ojo adelfo. La presión intraocular fue de 14mm Hg, y el fondo de ojo era normal en ambos ojos.

Después de la exploración descrita, y con los antecedentes mencionados, es diagnosticado de paresia de VI par craneal derecha de origen nuclear. Se diagnosticó también de paresia de VII par craneal derecha nuclear, y nistagmo de origen central.

### TRATAMIENTO

Se recomienda tratamiento lubricante y oclusión nocturna de ojo derecho por la queratitis y el lagoftalmos. Se indica también inyección de toxina botulínica periocular en ojo izquierdo por el blefarospasmo y en recto medial derecho por la endotropía, pendientes de realización.

Cuatro años antes, el paciente había comenzado con un cuadro de inestabilidad tratado como vértigo periférico y síndrome ansioso. Un año después, persistiendo los síntomas iniciales, se encuentra en estudio con resonancia magnética un glioma en hemiprotuberancia y unión bulboprotuberancial derechas, de bajo grado. Por su localización resulta intratable. Es observado con resonancias cada seis meses, sin cambios aparentes hasta la actualidad. Este caso nos muestra un origen menos frecuente de la parálisis del VI par craneal y su asociación con las estructuras vecinas, de gran valor localizador. Así ocurrió con la parálisis del VII par craneal, que había desarrollado poco antes de la diplopía. La causa más frecuente de paresia de VI



**Sesión 8**



**Sábado, 14**  
de abril



**10:15 h a 10:30h**



**Terminal 4**



par craneal en pacientes de más de 60 años es microvascular y habitualmente es difícil definir el lugar de o lugares de alteración del nervio. El caso también muestra como la enfermedad produce daño local, aunque no se haya objetivado crecimiento en las pruebas de imagen.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

