

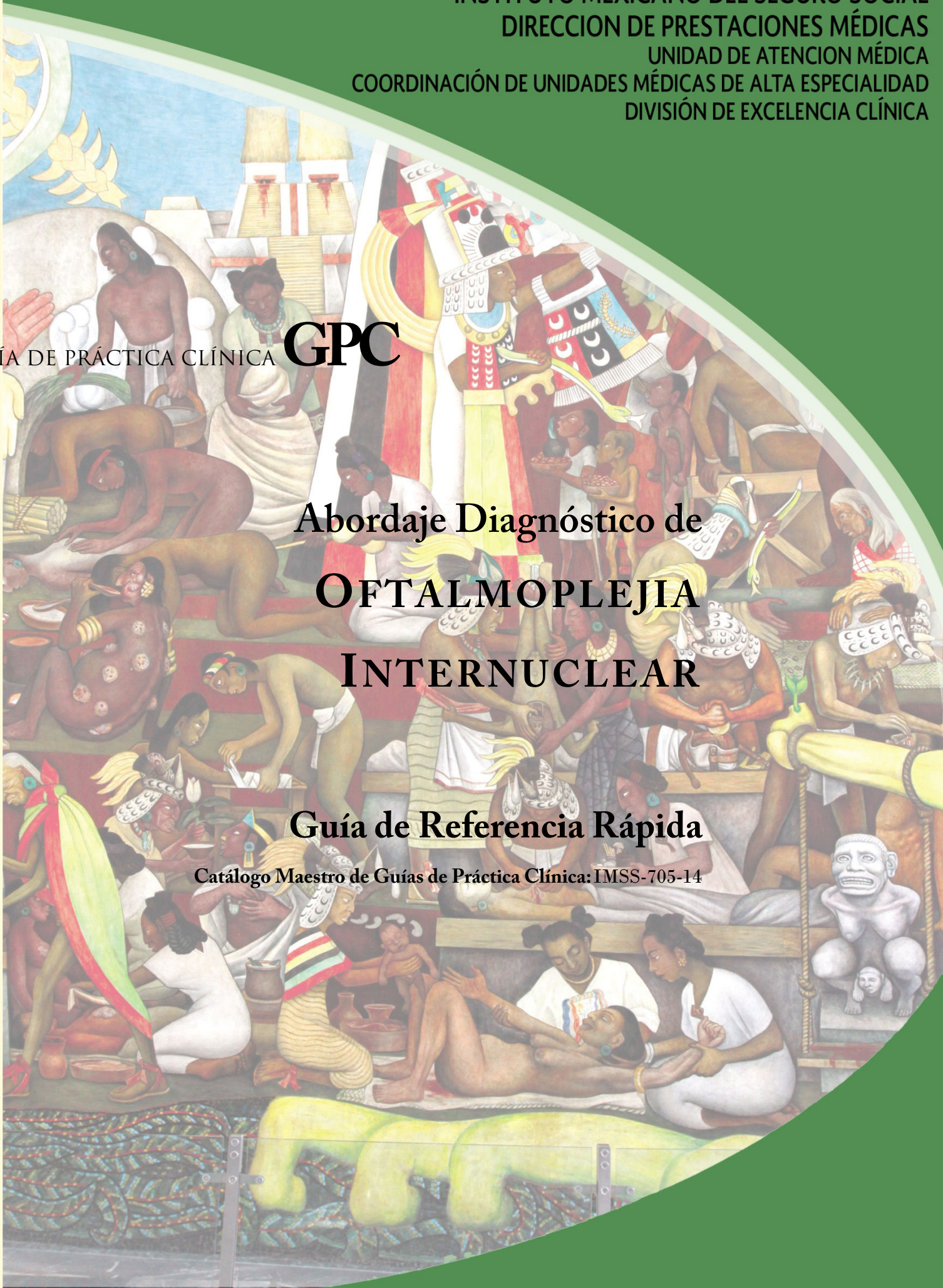
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Abordaje Diagnóstico de
**OFTALMOPLEJIA
INTERNUCLEAR**

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-705-14



Índice

| | |
|---|----------|
| 1. CLASIFICACIÓN DE LA OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR | 3 |
| 2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR..... | 3 |
| 3. HISTORIA NATURAL DE LA OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR | 3 |
| 4. DIAGRAMAS DE FLUJO | 5 |

1. Clasificación de la Oftalmoplejia Internuclear

CIE-10: H512 Oftalmoplejia internuclear

GPC: Abordaje Diagnóstico de Oftalmoplejia Internuclear

2. Definición y Contexto de la Oftalmoplejia Internuclear

Es una entidad rara, y a la vez, es un síndrome localizador muy común, resultado de afección del fascículo longitudinal medial en el tallo cerebral dorsomedial, entre el puente y el mesencéfalo. Las manifestaciones clínicas dependerán del nivel de afección del fascículo longitudinal medial, serán las manifestaciones clínicas que presentará el paciente.

3. Historia Natural de la Oftalmoplejia Internuclear

Diagnóstico

Cuadro clínico clásico (Afección intermedia entre el puente y el mesencéfalo):

Alteración de la aducción del ojo ipsilateral a la lesión del fascículo medial y el nistagmo disociado de la abducción en el ojo contralateral. La limitación de la aducción es variable y puede ser bilateral cuando hay afección bilateral del fascículo longitudinal medial. Entre más severa es la lesión del fascículo medial, mayor es la limitación de la aducción

Afección superior, se manifiesta con exotropia en posición primaria, con limitación importante a la aducción bilateral.

Afección inferior, se manifiesta con diplopia, oscilopsia, visión borrosa, así como vértigo, cefalea, vómito, parestesia de hemicuerpo izquierdo, con parálisis de la mirada conjugada en una dirección (uno) y en dirección opuesta una oftalmoplejia internuclear (medio).

La diplopia es un síntoma que puede acompañar a las manifestaciones clínicas, sin embargo su presencia no es obligada.

Los síntomas generales que pueden acompañar a los datos clínicos previamente descritos son:

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Mareo, visión borrosa | Pérdida del estado de conciencia |
| Inestabilidad, debilidad facial | Hemiparesia moderada aguda |
| Vértigo, diplopia, cefalea, náuseas | Ataxia progresiva |

Etiología

Las causas pueden ser:

| Aisladas | Asociadas |
|---|--------------------------------------|
| Enfermedad desmielinizante | Paraneoplásica, tumores |
| Fármacos: fenotiazinas, tricíclicos, barbitúricos | Hidrocefalia, meningoencefalitis |
| Traumatismos | Trastornos nutricionales/metabólicos |
| Accidente vascular del tallo cerebral | Lupus eritematoso sistémico |

Métodos de Diagnósticos

Se sugiere de acuerdo a la literatura iniciar con un estudio de exámenes generales para tratar de establecer una etiología primaria:

| | |
|---------------------|-------------------------------------|
| Biometría hemática | Anticuerpos antinucleares |
| Química sanguínea | Anticuerpos anti DNA |
| Proteína C reactiva | Examen de líquido cefalorraquídeo |
| Factor reumatoide | HIV |
| VDRL / FTA-ABS | Velocidad de sedimentación globular |

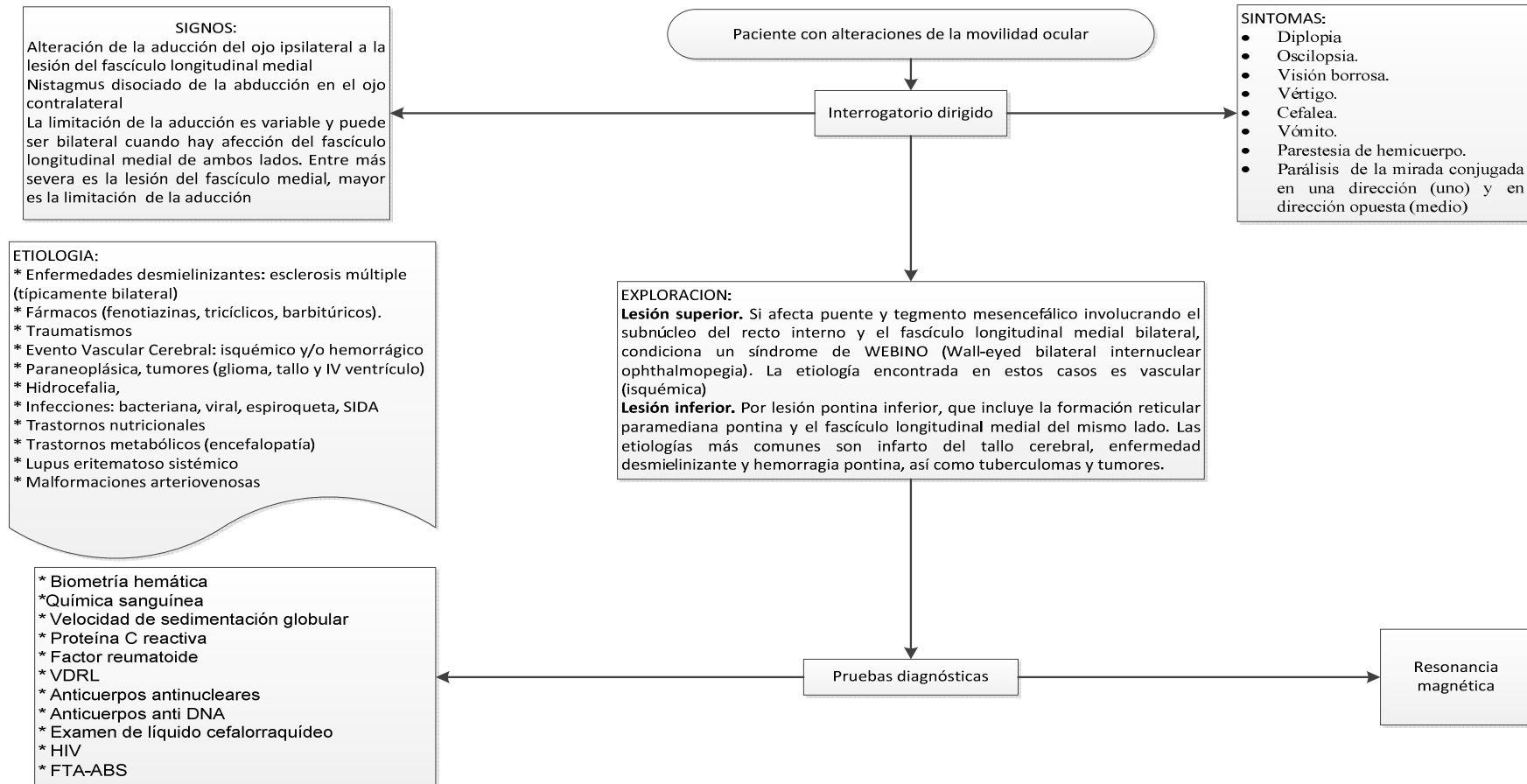
La resonancia magnética es el estudio de elección para evaluar pacientes con alteraciones oculomotoras atribuibles a alteraciones en el tallo cerebral por lo que deberá ser el estudio de imagen que se realice.

Referencia

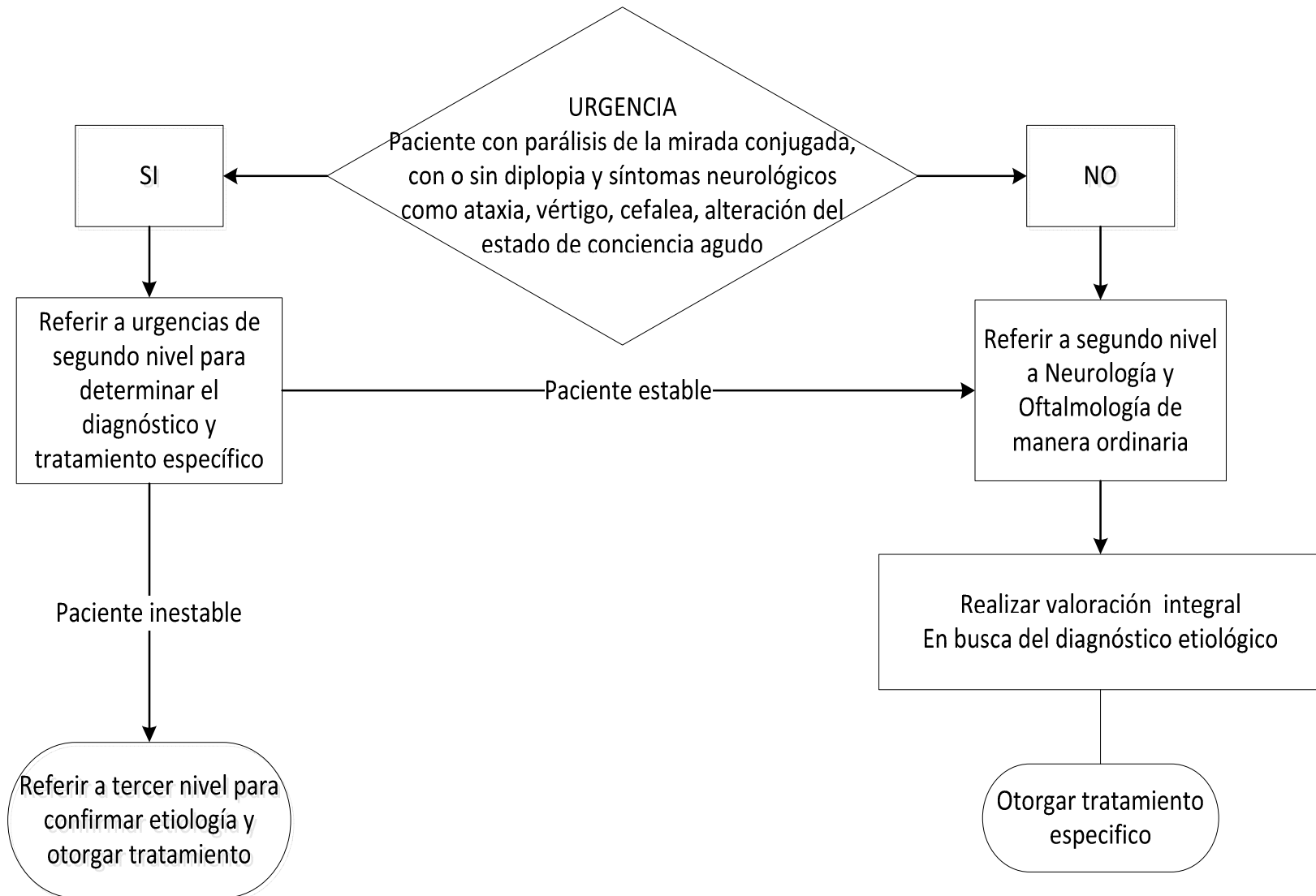
Todo paciente que presente parálisis de la mirada conjugada, con o sin diplopia y síntomas neurológicos como ataxia, vértigo, cefalea, alteración del estado de conciencia agudo; debe ser considerado una urgencia médica y ser referido como tal a valoración integral.

4. Diagramas de Flujo

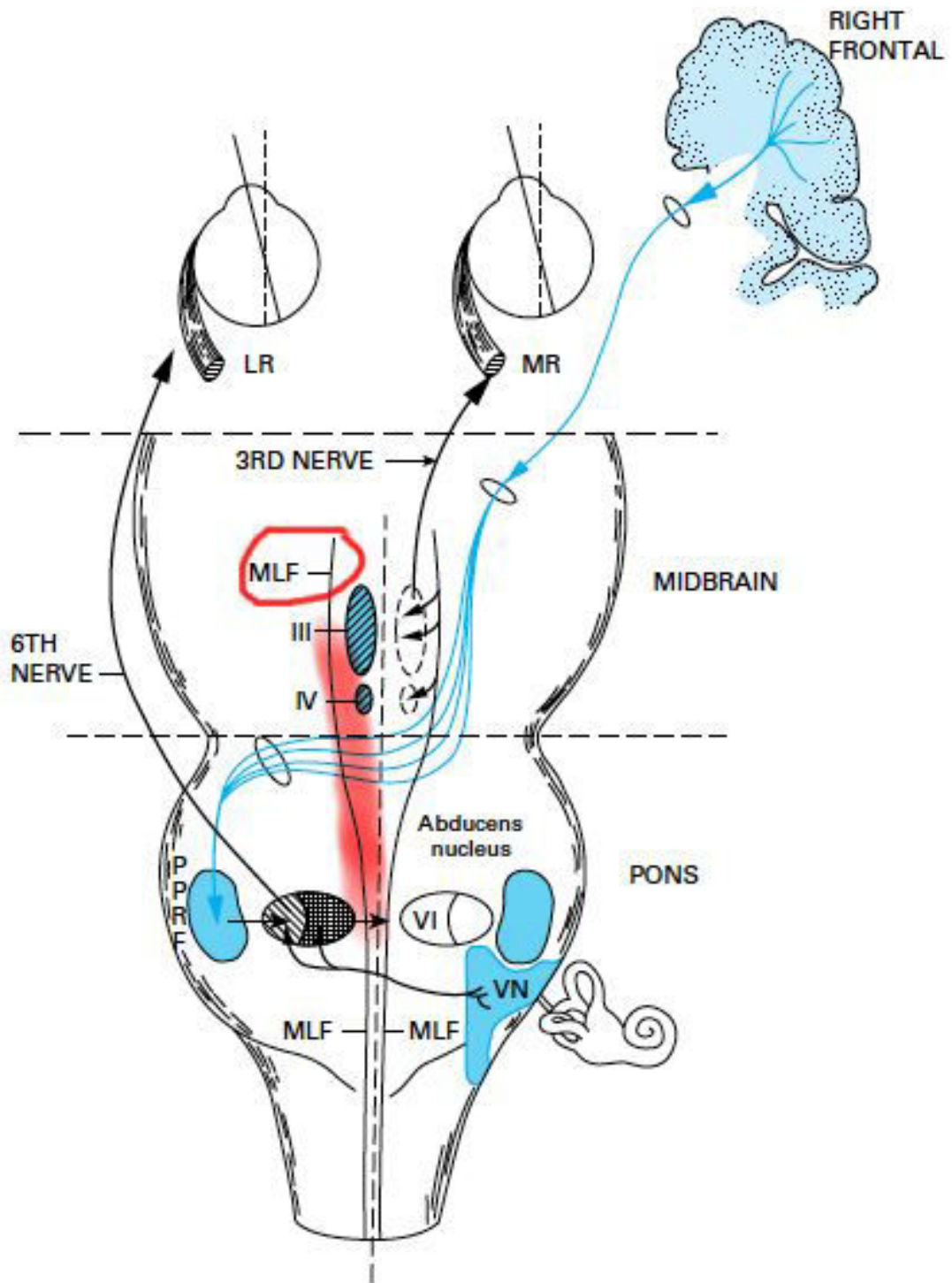
Abordaje diagnóstico



Referencia



El fascículo longitudinal medial (FLM o MLF) es un conjunto de haces de fibras nerviosas, uniendo el VI nervio craneal con el subnúcleo del recto interno del III nervio craneal.

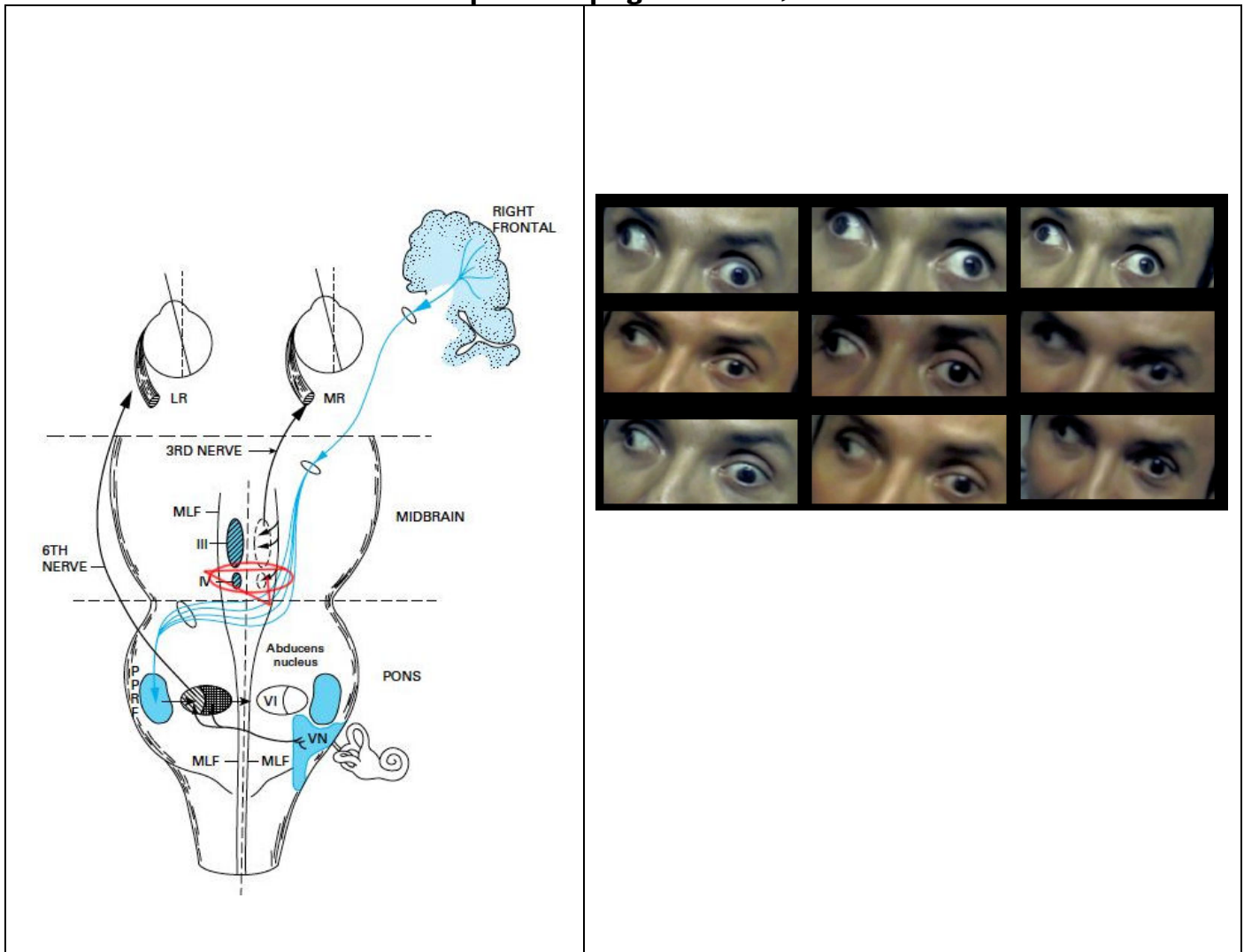


Allan H.Ropper, Robert H.Brown ,Adams and Victor's ,Principles of Neurology Eighth Edition .McGraw-Hill
2005

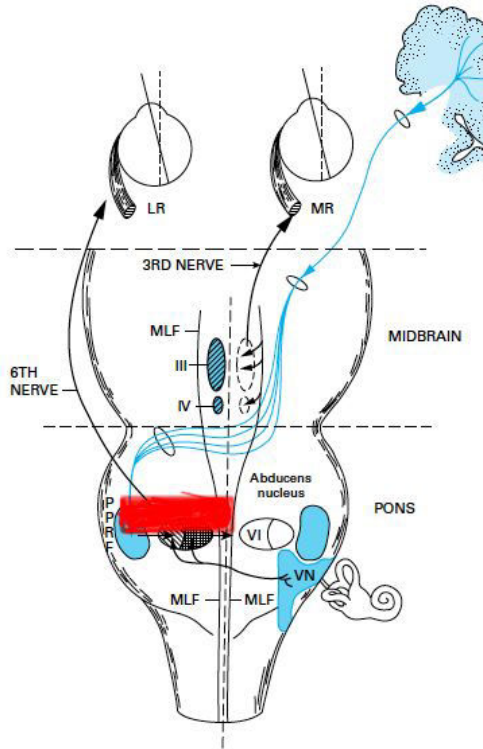
Oftalmoplejia internuclear clásica (Afección intermedia entre el puente y el mesencéfalo)

| | |
|--|--|
| | |
| <p>Figura 1: oftalmoplejia internuclear unilateral que condiciona limitación a la aducción unilateral y nistagmos en abducción contralateral</p> | <p>Foto clínica: con limitación a la aducción importante de ojo derecho, por oftalmoplejia internuclear derecha, con nistagmos en abducción del ojo izquierdo.</p> |

Oftalmoplejia internuclear bilateral (Wall –eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia WEBINO)



Lesión que afecta puente y tegmento mesencefálico involucrando el subnúcleo del recto interno y el fascículo longitudinal medial bilateral, esto condiciona un síndrome de WEBINO (Wall-eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia), término atribuido a Hoyt y Daroff en 1971.

Oftalmoplejia internuclear de afección pontina (Lesión inferior.)

Se produce por lesión pontina inferior, que incluye la formación reticular paramediana pontina y el fascículo longitudinal medial del mismo lado.



Se aprecia en la fotografía clínica que en la mirada horizontal solo conserva la abducción de ojo izquierdo, esto por parálisis de la mirada conjugada derecha y oftalmoplejia internuclear derecha.

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2014

ISBN en trámite