

Parálisis transitoria del III par craneal, ¿un caso de migraña oftalmopléjica?

Sr. Editor:

Ante la aparición de una parálisis transitoria del nervio oculomotor precedida, acompañada o seguida de una cefalea temporal o periorbitaria ipsolateral, se ha de considerar la posibilidad diagnóstica de una variante de migraña complicada, como la migraña oftalmopléjica¹. Su incidencia anual se estima en 0,7 por millón², y es más frecuente en los primeros años de vida. Dada la benignidad de este excepcional cuadro y que su reconocimiento puede ayudar a evitar exploraciones o tratamientos agresivos, comunicamos el presente caso.

Niña de 13 años que acudió a urgencias de nuestro hospital por presentar el día previo cefalea frontal pulsátil que calmó con paracetamol oral. A las pocas horas comenzó con dolor ocular derecho, náuseas y un vómito, y a continuación visión borrosa del ojo afectado. No refiere traumatismo craneal previo, migraña, ni episodios similares anteriores. El desarrollo psicomotor ha sido normal y entre los antecedentes familiares destaca migraña materna.

En la exploración física se evidenció ptosis palpebral derecha, con alteración de la motilidad ocular del lado afectado con imposibilidad para la movilidad vertical y nasal y midriasis bilateral con reflejos pupilares conservados. Los reflejos tendinosos estaban presentes y el resto de la exploración neurológica no demostró focalidades. La exploración general, que incluyó presión arterial, es normal. Tras realizar una tomografía computarizada (TC) craneal que resultó normal, la paciente fue ingresada para estudio. En las primeras 24 h se practicaron análisis sanguíneos, electroencefalograma, fondo de ojo, resonancia magnética (RM) cerebral y vascular-cerebral, que fueron normales. Se instauró tratamiento con ibuprofeno y paracetamol oral, con desaparición progresiva de la sintomatología en 7 días. No ha presentado recidivas posteriores.

En la edad pediátrica la parálisis del III par craneal suele ser congénita, mientras que los traumatismos son la causa más frecuente de afectación adquirida³. Otros procesos adquiridos que se deben considerar son las lesiones inflamatorias o infecciosas (sinusitis o meningitis), los tumores intracraneales, las malformaciones congénitas como los aneurismas de la unión de la arteria carótida interna y la comunicante posterior, y las migrañas. Se puede observar también en pacientes con diabetes o con el síndrome de Tolosa-Hunt.

La migraña oftalmopléjica es una variante poco frecuente de migraña complicada que se caracteriza por la asociación de parálisis completa o incompleta del III par craneal y dolor orbitario. Es una enfermedad rara en niños que se produce con más frecuencia antes de los 2 años de vida⁴. La cefalea puede preceder, acompañar o seguir al episodio de oftalmoplejía y rara vez se prolonga varias horas. Sin embargo, la oftalmoplejía sí puede mantenerse días o semanas y persistir secuelas como la midriasis.

Suele ser autolimitada, con bajo índice de recurrencias y con evolución hacia la resolución completa sin dejar secuelas; no obstante, en los casos recidivantes la oftalmoplejía puede permanecer irreversible⁵.

La etiología no está del todo aclarada; distintas teorías incluyen la inflamación de la arteria cerebral posterior, la inflama-

ción de la pituitaria, y anomalías vasculares con compresión del III par, aunque ninguna de estas teorías está documentada.

El concepto de neuropatía compresiva por edema o dilatación de la porción intracavernosa de la arteria carótida fue propuesta primero por Walsh y O'Doherty⁶ pero no apoyada por las arteriografías realizadas durante las crisis⁷.

El diagnóstico de migraña oftalmopléjica se realiza por exclusión, después de descartar lesiones tales como tumores intracraniales, aneurismas o procesos inflamatorios en la región paraselar. A todos los pacientes se les debería realizar una RM de alta resolución o una angiorresonancia magnética para descartar estas posibilidades⁵. Una parálisis del oculomotor debido a un aneurisma es muy poco frecuente en niños menores de 14 años⁸.

En estudios de RM realizados tras la administración de contraste con gadolinio, varios autores han observado engrosamientos y realces en la porción cisternal del III par⁹. El hecho de que el edema del nervio oculomotor realce con el contraste durante el episodio de parálisis, sugiere más una causa inflamatoria que una causa isquémica.

Aun cuando la oftalmoplejía en niños es más benigna que en adultos, la realización de una RM o una angiorresonancia estaría indicada en todos los casos, tanto para descartar otros procesos, como para apoyar el diagnóstico, dado que existen autores que consideran que en un contexto clínico apropiado, los hallazgos de RM podrían considerarse como un criterio diagnóstico adicional⁵.

Respecto al tratamiento específico se ha observado que los corticoides durante la fase aguda disminuyen la duración de la oftalmoplejía, el dolor y previenen la aparición de secuelas¹⁰. Ante la buena evolución clínica presentada en las primeras horas, en nuestro caso no fue necesaria la utilización de esteroides, empleando únicamente un tratamiento sintomático con buena respuesta.

J. Aliaga Vera y M. Benac Prefaci

Servicio de Pediatría. Hospital de Sagunto.
Valencia. España.

Correspondencia: Dr. J. Javier Aliaga Vera.

Avda. Peris y Valero, 145, pta. 29. 46005 Valencia. España.
Correo electrónico: aliagam@teletel.es

6. Walsh JP, O'Doherty DS. A possible explanation of the mechanism of ophthalmoplegic migraine. *Neurology* 1960;10:1079-84.
7. Vijayan N. Ophthalmoplegic migraine: Ischemic or compressive neuropathy? *Headache* 1980;20:300-4.
8. Gabianelli EB, Klingele TG, Burde RM. Acute oculomotor nerve palsy in childhood. Is arteriography necessary? *J Clin Neuroophthalmol* 1989;9:33-6.
9. Wong V, Wong WC. Enhancement of oculomotor nerve: A diagnosis criterion for ophthalmoplegic migraine? *Pediatr Neurol* 1997;17:70-3.
10. Carlow TJ. Oculomotor ophthalmoplegic migraine: is it really migraine? *J Neuroophthalmol* 2002;22:215-21.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shevell MI, Silver K, Watters GV, Rosenblatt B. Transient ocular sympathetic paresis (group II Raeder paratrigeminal neuralgia) of childhood: Migraine variant. *Pediatr Neurol* 1993;9:289-92.
2. Hansen SL, Borelli-Moller L, Strange P, Nielson BM, Olesen J. Ophthalmoplegic migraine: Diagnostic criteria, incidence of hospitalization and possible etiology. *Acta Neurol Scand* 1990;81:54-60.
3. Miller NR. Solitary oculomotor nerve palsy in childhood. *Am J Ophthalmol* 1977;83:106-11.
4. Elser JM, Woody RC. Migraine headache in the infant and young child. *Headache* 1990;30:366-8.
5. Ramelli GP, Vella S, Lövblad K, Remonda L, Vasella F. Swelling of the third nerve in a child with transient oculomotor paresis: A possible cause of ophthalmoplegic migraine. *Neuropediatrics* 2000;31:145-7.