

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Síndrome de Gradenigo: importancia de la exploración general

Gradenigo's syndrome: the importance of general pediatric examination

D.M. Fernández-Mayoralas^{a,*}, A. Fernández-Jaén^a, I. Bodegas Canora^b,
L.A. Rodríguez Cuitino^b y F.J. Hernández Calvín^c

^a Servicio de Neurología, Sección de Neuropediatría, Hospital Universitario Quirón, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Quirón, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Sección de Otorrinolaringología Pediátrica, Hospital Universitario Quirón, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2011

Niña de 8 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por cefalea supraciliar derecha intensa de dos semanas de evolución, acompañada de diplopía y torticolis desde hace 3 días. Sin otalgia ni fiebre acompañante. La otoscopia muestra una membrana timpánica derecha abombada, con contenido en el oído medio. Se aprecia cierto enrojecimiento en la región mastoidea derecha. La exploración neurológica demuestra, en el lado derecho, una contractura del esternocleidomastoideo, hiperestesia de la región V1 del trigémino, parálisis de VI par craneal (fig. 1) y paresia del VII par craneal (fig. 2). El resto de la exploración y el fondo de ojo son normales.

Se realiza una resonancia magnética cerebral, donde se observa ocupación del oído medio y celdillas mastoideas derechas, con compromiso del ápice del peñasco (fig. 3).

Tras el ingreso hospitalario y el tratamiento con drenaje, corticoides y cefotaxima intravenosa, la paciente presenta buena evolución clínica sin secuelas neurológicas.

La afectación del VI par craneal asociada o no al compromiso simultáneo de los pares V y VII, secundaria a petrositis apical mastoidea, como complicación evolutiva de una otitis media, constituye el síndrome de Gradenigo,



Figura 1 Imposibilidad para mirar hacia fuera con el ojo derecho debido a parálisis del sexto par craneal.

entidad muy infrecuente en la actualidad^{1,2}. Se trata de una complicación grave que requiere de un tratamiento inmediato para evitar secuelas permanentes^{2,3}. Se debe a una extensión del proceso inflamatorio iniciado en el

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: dmfmayor@yahoo.es
(D.M. Fernández-Mayoralas).



Figura 2 Asimetría comisura bucal con desviación de la misma hacia el lado izquierdo debido a afectación incompleta del nervio facial derecho.

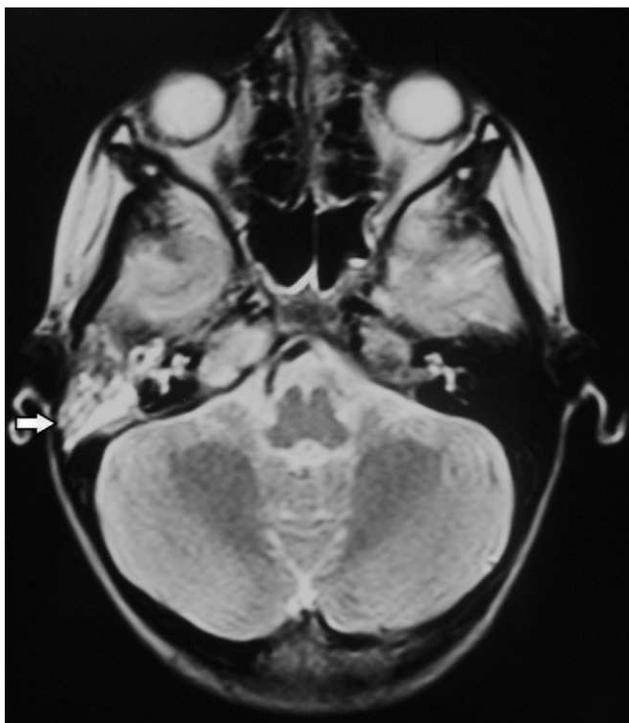


Figura 3 Resonancia magnética cerebral. Ocupación del oído medio y celdillas mastoideas derechas con compromiso del ápice del peñasco (flecha).

oído medio hacia la zona petrosa del hueso temporal². Debe sospecharse en todo paciente con cefalea y parálisis del VI par craneal^{3,4}. La niña no presentaba fiebre ni otalgia, y el diagnóstico se estableció por la exploración del tímpano y de la región mastoidea. Destacamos la importancia de la exploración completa, no sólo neurológica, en niños con cefalea asociada o no a otros síntomas neurológicos.

Bibliografía

1. Villa G, Lattere M, Rossi A, Di Pietro P. Acute onset of abducens nerve palsy in a child with prior history of otitis media: a misleading sign of Gradenigo syndrome. *Brain Dev.* 2005;27: 155–9.
2. Lutter SA, Kerschner JE, Chusid MJ. Gradenigo syndrome: a rare but serious complication of otitis media. *Pediatr Emerg Care.* 2005;21:384–6.
3. Gibier L, Darrouzet V, Franco-Vidal V. Gradenigo syndrome without acute otitis media. *Pediatr Neurol.* 2009;41: 215–9.
4. Guedes V, Gallegos P, Ferrero A, García Minuzzi M, Casanovas A, Georgetti B, et al. Síndrome de Gradenigo: comunicación de un caso. *Arch Argent Pediatr.* 2010;108:e74–75.