Neurocirugia. 2017;28(Espec Congr):379

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C0458 - SÍNDROME DEL UNO Y MEDIO DE FISHER. A CAUSA DE CAVERNOMA BULBOPROTUBERANCIAL

J. Andermatten., S. Torres Bayona, A. Bollar Zabala, M. Arrazola Schlamilch y E. Úrculo Bareño

Hospital Universitario Donostia, Gipuzkoa, España.

Resumen

Objetivos: El síndrome del uno y medio de Fisher está producido por una lesión unilateral en la parte dorsal e inferior de la protuberancia localizada específicamente en el tegmento pontino, área que contiene el fascículo longitudinal medial (FLM), la formación reticular paramediana pontina (FRPP) y el núcleo del VI par craneal, responsables de los movimientos horizontales de la mirada. Su etiología más frecuente es la lesión isquémica en alguna rama perforante de la arteria basilar en los adultos, y la esclerosis múltiple en pacientes jóvenes. Clínicamente se manifiesta con diplopía o visión borrosa por parálisis en la mirada horizontal. El ojo ipsilateral a la lesión esta inmóvil (Uno) y el contralateral presenta pérdida de la aducción (Medio).

Métodos: Paciente de 60 años, hipertensa, acudió a urgencias por diplopía binocular y debilidad en hemicuerpo derecho. Al examen oftalmológico presentó una endotropia en ojo izquierdo con imposibilidad para la convergencia de la mirada. Se realizó TC y RM cerebral que mostraron un hematoma hemiprotuberancial secundario a un cavernoma.

Resultados: Tras conducta expectante, presentó varios episodios de resangrados con empeoramiento clínico: cefalea, diplopía, hemiparesia derecha e hipoestesia en hemicara derecha. Ante la mala evolución de la lesión, se planteó intervención quirúrgica del cavernoma.

Conclusiones: El síndrome de uno y medio se caracteriza por una oftalmoplejia internuclear y parálisis de la mirada conjugada horizontal hacia el lado de la lesión. La etiología más frecuente es vascular (isquemia/hemorragia) y el tratamiento es conservador, habiéndose descrito otras causas como metástasis y malformaciones vasculares (angioma cavernoso), donde el abordaje quirúrgico se plantea como terapia. En nuestro caso los resangrados repetidos del angioma cavernoso (tres en dos semanas), con el agravamiento clínico correspondiente, nos hizo reconsiderar la terapia adecuada.

See front matter © 2017 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados