

## SOBRE UN CASO ATIPICO DE PARALISIS RECIDIVANTE DEL OCULOMOTOR

(Jaqueca Oftalmoplejica de Charcot)

Drs. Pollola E.: Israel A.: Klgo. Gersellas A. C. \* — Buenos Aires

Numerosos autores estudiaron éste síndrome, entre ellos se destacan: GÜBLER (1860), SAUNDY (1882), MOEBIUS (1884) y PARINAUD y MARIÉ (1885), CHARCOT (1890), quien lo denominó parálisis recidivante del oculomotor. Entre nosotros MALBRAN y MANZITTI han desarrollado y estudiado el tema.

Dentro de las migrañas acompañadas o asociadas a trastornos sensitivos o motores encontramos las migrañas oftalmoplégicas, que debemos diferenciar de las parálisis recidivantes sin el síndrome jaquecoso. Indudablemente ésta neta separación es ficticia, pues los dos síndromes están en íntima relación etiopatogénica.

Son los componentes fundamentales del síndrome:

I) Jaqueca: hemicraneal del lado afectado, acompañada de náuseas o vómitos que desaparecen en pocos días.

II) Parálisis: unilateral del III par craneano — musculatura interna y externa o ambas — acompañadas o no de parálisis del IV par y del VI par (1).

III) Recurrencia: en lapsos muy variables, a veces acortándose el período de intercrisis con el avance de la afección.

IV) Precocidad: comienza en la niñez o adolescencia sin predominio evidente (en la mayoría de los casos) de sexo o de herencia.

Anotamos como componentes ocasionales: en los primeros ataques hay una ligera limitación de la motilidad que afecta algunas ramas del nervio afecto, jaquecas o recidivas sin parálisis, comienzo tardío, etc.

---

\* Hospital Rivadavia - Servicio de Oftalmología, Jefe Prof. Dr. Federico E. K. Cramer.

\*\* Con la colaboración del Servicio de Alergia: Jefe Dr. L. H. Erraiz Ballesteros.

(1) Es necesario recordar que numerosas parálisis recidivantes unilaterales de los nervios craneanos, pertenecen al cuadro clínico de la migraña; pero estos trastornos **cambian de un lado a otro** de una crisis a otra, entrando en el grupo de las oftalmoplegias alternantes y recidivantes.

La etiología ha dado lugar a numerosas discusiones e hipótesis, pero nosotros daremos una lista de los factores desencadenantes invocados:

- a) Tumorales.
- b) Infecciones: T.B.C., Sífilis, Paludismo, etc.
- c) Trastornos metabólicos.
- d) Trastornos alérgicos (EUZIERE y Col.).
- e) Afecciones endócrinas.

Dos regiones son factibles de manifestar su lesión por la sintomatología de éste síndrome: las lesiones nucleares y/o las basales. Los autores modernos están de acuerdo al manifestar como mas probable las lesiones basales, y en especial las que actuan a nivel del seno cavernoso.

El caso que presentamos ahora es de un niño visto por primera vez a la edad de 5 años (F.B.). Se presenta a la consulta el día 10 de Octubre de 1961 manifestando: hemicránea derecha de varios días de duración, acompañada de nauseas y vómitos. Al mejorar éstos síntomas nota ptosis de ese lado. No encontramos antecedentes hereditarios o familiares de la afección.

Visión OD 6/10  
OI 7/10

Esquiascopia: hipermetropía de 3 D.

Visión corregida: 10/10 en ambos ojos.

Biomicroscopia y fondo de ojo: normales.

Examen óculomotor: al Screen Test: c. c Xt 30 DV 10.

Motilidad: parálisis del Recto Superior, Oblicuo Superior, Recto inferior, Recto Interno; Ptosis; Reflejos: fotomotor, de acomodación y consensual; paralíticos; PBC: infinito.

Tratamiento: Vitamina B<sub>1</sub>, cafeína — ergotamina.

El cuadro se normaliza a los 15 días. Lo vigilamos periodicamente.

Nueva crisis el 17-X-62: idénticas características que el anterior.

En Octubre de 1963: presenta el mismo fenómeno, siendo tr su Médico Clínico.

El 23 de Septiembre de 1964 observamos otra repetición del cuadro, pero ésta vez acompañada de eczema del pabellón auricular y narinas. Ligero estado de desnutrición. En ésta fecha se realizan exámenes de: Presión ocular diferencial, Campo visual, test de visión de colores, todos son normales.

Se efectúan exámenes de laboratorio: Sangre, orina, etc., clínicos completos, neurológicos, se investigan focos de T.B.C.: todos ellos normales y negativos.

Radiografías de cráneo, órbita, agujero óptico y arteriografías: normales.

Electro retinograma y Electro encéfalograma: normales.

Se decide ante el carácter estacional de las crisis enviar al paciente al Servicio de

Examinado en su período asintomático, además de su parálisis del motor ocular común y de sus jaquecas acompañantes, la madre refiere la aparición coincidente con la misma de colitis y estomatitis angular derecha. Así como la existencia casi permanente de anorexia y de períodos en que no aumenta de peso. Por otra parte, el parto se produjo prematuramente. No fué posible aclarar si los vómitos tuvieron carácter acetónico en alguna oportunidad.

La exploración cutánea acusa sensibilidad para los siguientes alérgenos:

**Alimentos:** carnes de vaca, cordero, cerdo y pescado; leche y derivados; achicoria, cardo, pepino, zapallito, zapallo, berengena, ají, tomate (estos tres últimos con marcada intensidad).

**Inhalantes:** pelo y caspa de gato, conejo, lana; polvo de cereales y domésticos.

**Pólenes:** árboles de floración precóz (Acer, Ngundo, Platanus occidentalis).

**Gérmenes:** de localización bronquial e intestinal (vacunas mixtas).

**Hongos atmosféricos:** mezcla de la microflora del aire de Buenos Aires.

La vacunación con los **inhalantes, hongos atmosféricos, gérmenes y pólenes** que dieron reacciones significativas, acompañada por la dieta de eliminación hecha sobre los resultados de la exploración, más los correspondientes complementos vitamínicos que indican sus signos carenciales, fueron prescritos en el mes de agosto de 1965.

El régimen tenía las características dietoterápicas que requería su aceleración de tránsito intestinal.

Con este conjunto de medidas se ha evitado la reaparición de su síndrome estacional que debiera aparecer en septiembre, por lo menos hasta fines de diciembre en que fué examinado en el Servicio por última vez.

Posteriormente se han tenido referencias de la reaparición de sus síntomas a fines de enero de 1966, después de haber abandonado durante un mes el régimen y la vacunación (por propio criterio del paciente).

## CONCLUSIONES

De acuerdo a la sintomatología presentada por nuestro caso, estamos en condiciones de afirmar que se trata de un síndrome de Charcot; que presenta recurrencias estacionales, y que sometido a un tratamiento desensibilizante anula la crisis y que su suspensión la reorigina.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AMSLER M., BRUCKNER A., FRANCESCHETTI A., GOLDMANN H., y STREIFF E. A. — Oftalmología p. 566 Salvat Ed. 1954. Bs. As.  
BARCENA A. F. y MANZITTI E. — Jaqueca Oftalmoplégica, Arch. Oftal. Bs. As., 23/9: 233-239, (1948).

- BOTTONI A. — Emericrania Oftalmoplégica de Charcot, un caso raro di paralisi solitaria dell'abducente. *G. Ital. Oftal.* 4/5:379-389, (1951).
- CAPACCINI A. — Síndrome Emericrania Oftalmoplégica (considerazioni patogenetiche). *Riv. O.N.O.* 37:175-186, (1962).
- CHARCOT J. M. — Sur un cas de migraine Oftalmoplégique (paralysie oculo-motrice periodique) *Progr. Med.*, Paris, 1:91-102, (1890).
- EUZIERE J. LAFON R., CAZABAN R., MINVIELLE J. et RIBSTEIN — Paralytic Externe Alternante et Recidivante des Moteurs Oculaires Communs associée á des Perturbations Métaboliques Cycliques *Rev. Oto-Neuro-Ophtal.* 24/2:120-124, (1952).
- FRIEDMAN A. HARTER D. H. and MERRIT H. H. — Ophthalmoplegic Migraine. *Arch. Neur.* 7:320-327, (1962).
- FOCOSI M. y MAGGIONI G. — Emericrania Oftalmoplégica de Charcot da aneurisma della Carotide Interna (contributo alla eziologia dell'emierancia oftalmoplégica) *Boll. Ocul. Bologna* 25/10/12:537-551, (1946).
- HARRINGTON D. O. and FLOCKS M. — Ophthalmoplegic Migraine A discussion of its Pathogenesis with a Report of the Pathological Findings in a Case of Recurrent Oculomotor Palsy. *Tras. Amer. Acad. Ophtal. Oto-laring.* 57/4:517-530, (1953). *Arch. Ophtal. Chicago*, 49/6:643-655, (1953).
- GOLTMAN, A. M. — The Mechanism of migraine *J. of allergy* 7:351, (1936).
- JIMENEZ JORDAN, F. — Aportación al Síndrome de la Jaqueca Oftalmoplégica. *Rev. Esp. Oto Neuro Otol.* 16/91:251-258, (1957).
- MADGNICK, J. and RUSKIN, A. P. — Recurrent Oculomotor Paresis, Paresis Associated with a Vascular Anomaly, Carotid Basilar Anastomosis. *Arch. Neurol. Chicago*, 6:353/357, (1962).
- MALBRAN, J. — Estrabismos y Parálisis. *E. Oftalmológica Arg. Bs. As.*, (1949).
- MAZZEI E. S., BONAFINA M. y DAMENO, E. — Síndrome de Hemorragia meníngea, Cefalalgia y Oftalmoplegía Unilateral, por Aneurisma Supraclinoideo de la Carótida Interna. A propósito de las Formas Menores de la Jaqueca Oftalmoplégica. *An. Cát. Clin. Méd. Mazzei* 5:103-116, (1952).
- MOENCH, L. A. — Headache. Ed. The Yearbook Publisher, Chicago, (1951).
- PINCUS, J. H. and DAROFF, R. — Sphenoid Sinus Mucocele. Accurable Cause of the Ophthalmoplegic Migraine Syndrome. *J.A.M.A.* 187/6:459-460, (1964).
- REMKY, H. — Zur Pathogenese der Ophthalmoplegischen Migräne. *V. Graefes Arch. Ophthalm.* 155/5:518-524, (1954).
- ROGER, H. SEDAN et DUPLAY — Paralysies récidivantes (souvent alternantes) du moteur-oculaire Commun et Migraine Oftalmoplégique. *Rev. Oto-Neuro Ophtal.* Paris 19/3:129-143, (1947).
- PLUVINAT, E. R. — La Migraine et son Traitement (Publicación Sandoz S.A. Bâle, Suisse).
- VAUGHAN, W. T. — An analysis of the allergic factor in recurrent paroxysmal headaches. *J. of Allergy* 6:365, (1935).
- VAUGHAN, W. T. — Practice of allergy. The C. W. Mosby Co. St. Louis, (1939).
- WOLFF, G. — Ophthalmoplegische Migräne ein Kasuistischer Beitrag. *Med. Mschr.* 6/10:668-671, (1952).
- WALSH, J. P. — A Possible Explanation of the Ophthalmoplegic Migraine. *Neurology*, 10/12:1079-1084, 1960.