

CASO CLÍNICO

Reacción ocular de inclinación en infarto talámico

María Soledad Boleas-Aguirre^{a,*} y François Chiron^b

^aDepartamento de Otorrinolaringología, Clínica Universitaria de Navarra, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^bFacultad de Medicina, Universidad Joseph Fourier, Grenoble, Francia

Recibido el 8 de enero de 2008; aceptado el 10 de diciembre de 2008
Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Reacción ocular de inclinación;
Infarto talámico

KEYWORDS

Ocular tilt reaction;
Thalamic infarct

Resumen

La reacción ocular de inclinación, constituida por desviación ocular oblicua, torsión ocular e inclinación cefálica, parece que refleja una disfunción de la vía otolítica. También suele asociar alteración de la percepción subjetiva de la vertical. Este caso clínico muestra una reacción ocular de inclinación central por infarto talámico paramediano y mesecefálico rostral simultáneos.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ocular tilt reaction in thalamic infarct

Abstract

Ocular tilt reaction (OTR) includes skew deviation, eye torsion and head tilt. It is usually accompanied by a tilt in the subjective visual vertical. OTR seems to reflect an otolithic dysfunction. This case report shows an OTR of central origin as a result of simultaneous paramedial thalamic and mesencephalon rostral infarcts.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Mujer de 78 años que consulta por cinco episodios de 5–15 min de duración y 3 días de evolución, con oscilopsia, diplopía, sensación de desplazamiento lateral, inestabilidad y somnolencia e hipoacusia bilateral de 2 años de evolución. Antecedentes personales: hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

La exploración otoneurológica revela nistagmo derecho de agitación cefálica y nistagmo derecho de posición.

Durante la exploración física, la paciente presenta un episodio de vértigo, diplopía y reacción ocular inclinación hacia la izquierda (desviación ocular oblicua con hipotropía de ojo izquierdo, torsión ocular e inclinación cefálica izquierda). Se objetiva hemiparesia hemicorporal izquierda, aumento de la base de sustentación y lateropulsión izquierda en la marcha.

La resonancia magnética (RM) cerebral muestra dos infartos talámicos derechos de evolución aguda (fig. 1A y B). Las pruebas vestibulares incluyen videonistagmografía, pruebas rotatorias y posturografía dinámica computarizada

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msboleas@unav.es (M.S. Boleas-Aguirre).

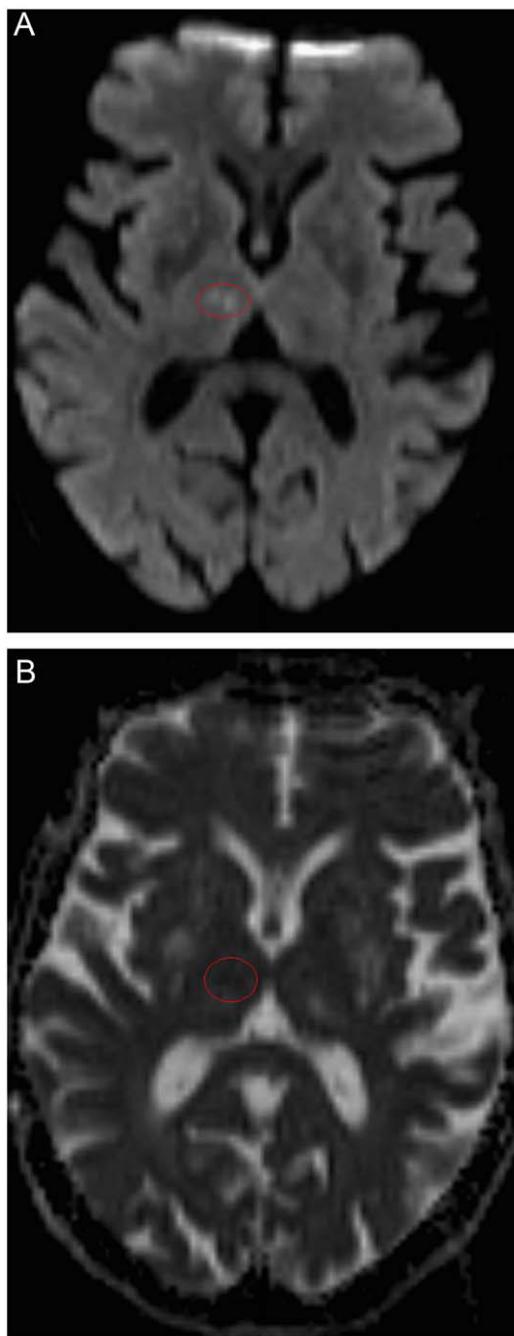


Figura 1 A: imagen de resonancia magnética en plano axial potenciada en difusión (b 1000) junto con su correspondiente mapa ADC. B: en el tálamo derecho hay dos focos puntiformes de hiperintensidad de señal en la imagen potenciada en difusión e hipointensidad en la imagen ADC correspondientes a infartos agudos-subagudos (en el tálamo izquierdo se identifica una lesión de comportamiento inverso en relación con infarto crónico). Dichos focos no eran visibles en las secuencias potenciadas en T2 convencional o T2 con atenuación líquida (FLAIR).

(PDC). La agitación horizontal y vertical desencadena un nistagmo monofásico irritativo con acoplamiento vertical. Los resultados de las pruebas calóricas y rotatorias son normales. Hay una correcta supresión visual de nistagmo perrotatorio. El Sensory Organization Test (SOT) de la PDC es

patológico (déficit combinado visual y vestibular). La audiometría tonal refleja hipoacusia neurosensorial bilateral moderada para frecuencias agudas.

Con lo anterior, se diagnostican infartos cerebrales en región talámica derecha, con accidentes isquémicos transitorios de repetición en territorio vertebrobasilar.

Discusión

La reacción ocular de inclinación (ROI) está constituida por la tríada de: desviación ocular oblicua (desalineación ocular vertical), torsión ocular (polos superiores oculares rotados hacia el ojo más bajo, es decir, exciclotorsión del ojo más bajo e inciclotorsión del otro) e inclinación cefálica, todas hacia el mismo lado.

Su presencia indica una disfunción en cualquier punto de la vía graviceptiva (de los receptores periféricos al córtex cerebral). La ROI suele estar acompañada de alteración de la PSV del mismo lado que la ROI^{1,2}.

La ROI es isoversiva o contraversiva según la localización de la lesión. Es isoversiva en lesiones periféricas y pontobulbares caudales a la decusación de las vías graviceptivas y contraversiva en lesiones rostrales a la decusación^{2,3}. Curiosamente, las lesiones localizadas por encima del núcleo intersticial de Cajal (en tálamo o corteza cerebral) ocasionan sólo alteración de la PSV isoversiva o contraversiva pero sin ROI, es decir, sin desviación oblicua, torsión ocular ni inclinación cefálica^{2,4}. Esto sucede en infartos talámicos unilaterales que afectan al tálamo posterolateral. Sin embargo, se ha descrito la existencia de una ROI contraversiva en infartos talámicos paramedianos que en realidad es el resultado de un infarto mesencefálico rostral paramediano asociado. Esto se explica porque la oclusión de la arteria basilar (origen frecuente de las arterias talámicas paramedianas y mesencefálicas superiores paramedianas) puede ocasionar simultáneamente infarto talámico paramediano e infarto mesencefálico rostral, y éste es la causa de la ROI⁴. Por lo tanto, en este caso la ROI afina el diagnóstico radiológico, de modo que no se trata de un infarto talámico exclusivamente, sino de infarto talámico paramediano y mesencefálico rostral simultáneos.

Finalmente, los demás síntomas de la paciente cuadran con el diagnóstico topográfico⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Brodsky MC, Donahue SP, Valphiades M, Brandt T. Skew deviation revised. *Survey Ophthalmol.* 2006;51:105–28.
2. Sung KB, Lee TK, Furman JM. Abnormal eye movements in dizzy patients. *Neurol Clin.* 2005;23:675–703.
3. Brandt T. Vestibular disorders in (frontal) roll plane. In: Brandt T, editor. *Vertigo: its multisensory syndroms.* New York: Springer-Verlag; 2003. p. 175–97.
4. Diagnosis of central vestibular disorders of ocular motility. In: Leigh RJ, Zee DS, editors. *The neurology of eye movements.* New York: Oxford University Press; 2006. p. 598–683.
5. Bradley WG. *Neurology in clinical practice*, 4ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2004 p. 1208–9.