

Síndromes de base del cráneo por infecciones del área ORL

Iván Manuel Seijo Raposo, Alejandro Rivero de Aguilar Pensado, Alberto López Traba, Purificación Cacabelos Pérez

Planta de Hospitalización de Neurología General. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.



INTRODUCCIÓN

Los síndromes de base de cráneo (ver tabla) se caracterizan por la lesión de nervios craneales secundaria a una afectación contigua de diferentes estructuras (1). Es fundamental conocer la neuroanatomía para el diagnóstico de los mismos (2), ayudándonos de esta manera para dirigir el estudio del caso por técnicas de imagen, junto con la presentación clínica que apunta a la fisiopatología subyacente.

CASOS CLÍNICOS

- Caso 1: varón de 29 años que tras presentar una otitis media derecha tratada con antibiótico local desarrolla cefalea hemicraneal derecha. Se administra antibiótico oral y 3 semanas después aparece diplopía horizontal. A la exploración presenta paresia del VI par derecho.
- Caso 2: mujer de 62 años con factores de riesgo vasculares que desarrolla infección dental con mala evolución pese a tratamiento antibiótico. Presentó adormecimiento en hemicara izquierda y posteriormente diplopía horizontal. A la exploración destacaba hipoestesia en territorio trigeminal izquierdo y paresia del VI par izquierdo.
- Caso 3: varón de 64 años, obeso e hipertenso, con melanoma metastásico a tratamiento quimioterápico con pembrolizumab, que presenta de forma aguda diplopía cruzada. No aquejaba clínica infecciosa o cefalea. La exploración es compatible con paresia del IV par derecho.

RESULTADOS

- Caso 1: En la resonancia magnética (RM) se detectó un absceso a nivel de la punta del peñasco (figura 1). Tanto el estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) como el microbiológico fueron normales/negativos. El paciente presentó buena evolución tras tratamiento con vancomicina y meropenem, remitiendo la clínica y con resolución radiológica subtotal de la lesión.

Este caso se corresponde con un síndrome de Gradenigo, con afectación de V y VI nervios craneales por otitis media complicada con absceso en ápex petroso.

- Caso 2: En la RM se observó engrosamiento del seno cavernoso izquierdo con realce homogéneo tras contraste (figura 2). El LCR fue normal. Presentó buena evolución tras extracción de 3 piezas dentales y tratamiento intravenoso con meropenem, clindamicina y vancomicina, resolviéndose la clínica neurológica.

Se trata de un síndrome de seno cavernoso incompleto con afectación de V1, V2 y VI par izquierdos por tromboflebitis infecciosa de origen odontógeno.

- Caso 3: La RM mostró ocupación del seno esfenoidal con captación local de contraste (figura 3). En el LCR había ligera pleocitosis linfocítica e hiperproteinorraquia. Se realizó exploración quirúrgica con aspecto de sinusitis fúngica, evidenciándose abundantes hifas en mucosa inflamatoria. En cambio el cultivo de mucosa esfenoidal fue positivo para staph. lugdunensis y corynebacterium. Se administró antibioterapia guiada por antibiograma con tripetropirim-sulfametoxazol endovenoso con buena evolución.

En este caso se produjo una neuropatía del IV nervio craneal izquierdo por infección de origen mixto (fúngica/bacteriana) del seno esfenoidal. Existen pocos casos descritos de afectación única del nervio troclear por patología del seno esfenoidal (3)

Figura 1

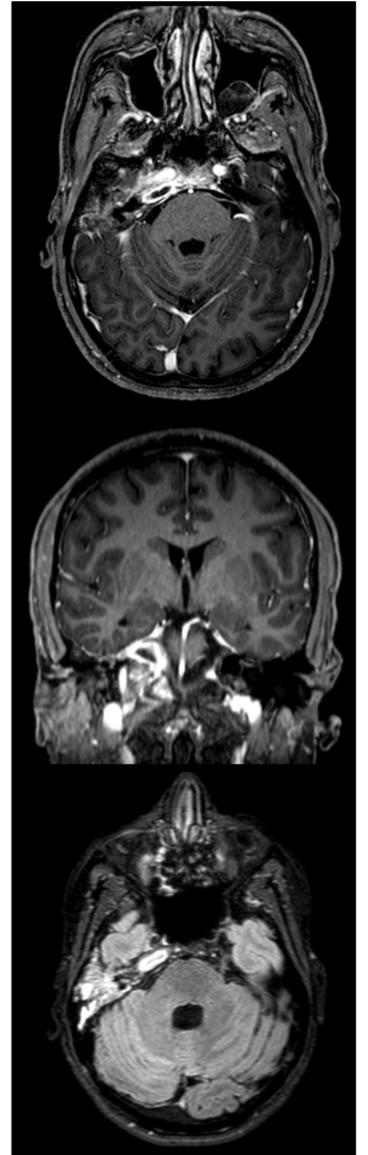


Figura 3



Figura 2

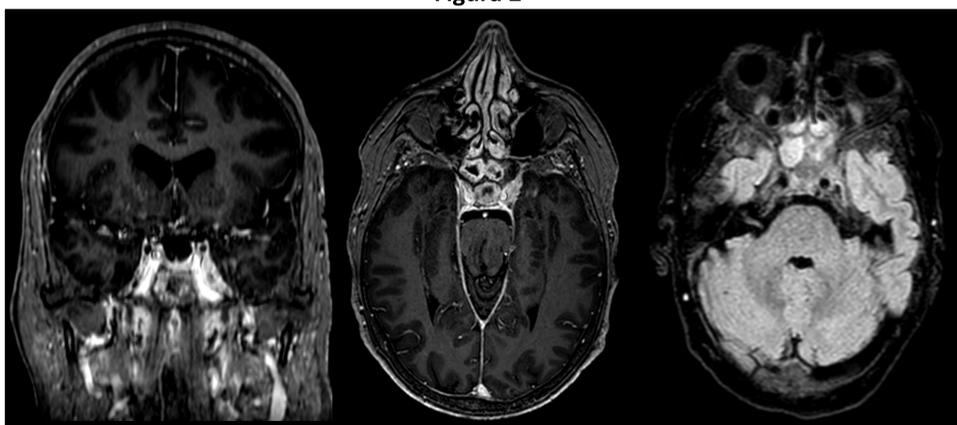


Tabla: síndromes de base del cráneo

III, IV, V1, VI	Fisura orbitaria superior Seno cavernoso (anterior)
III, IV, V1, V2, VI	Seno cavernoso (posterior)
V, VI	Ápex petroso (<i>Gradenigo</i>)
VII, VIII	Ángulo pontocerebeloso Conducto auditivo interno
IX, X, XI	Foramen yugular (<i>Vernet</i>)
IX, X, XI, XII	Espacio retrofaríngeo (<i>Villaret</i>) Espacio intercondíleo (<i>Collet-Sicard</i>)

CONCLUSIONES

Dentro de las causas de neuropatías craneales debemos considerar la posibilidad de focos infecciosos del área ORL. La RM con gadolinio es de particular apoyo ante esta sospecha. Además de ser causas tratables, su detección es importante por la posibilidad de desarrollo de serias complicaciones intracraneales.

REFERENCIAS

1. Bone I, Hadley D. Syndromes of the orbital fissure, cavernous sinus, cerebello- pontine angle, and skull base. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2005;76(Suppl 3):iii29-iii38. doi:10.1136/jnnp.2005.075259
2. Brazis PW, Masdeu JC, Biller J. Localization in clinical neurology, 4th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.
3. Kimakura M, Oishi A, Miyamoto K, Yoshimura N. Sphenothmoidal mucocele masquerading as trochlear palsy. *J AAPOS* 2009; 13:598-599