

## CASOS CLÍNICOS

# Disfunción episódica de pupila

R López Díaz, J Sierra Rodríguez, D Gutiérrez Guerra

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

### RESUMEN

Presentamos dos casos de disfunción episódica de pupila en dos hermanos diagnosticados en nuestro servicio. A continuación describimos las características clínicas de dicho síndrome. Creemos se trata de una afección cuyo conocimiento puede evitar la realización de exámenes complementarios.

**Palabras clave:** Disfunción pupilar episódica; anisocoria; midriasis, migraña.

### EPISODIC PUPILLARY DYSFUNCTION

#### ABSTRACT

We show two episodic pupillary disfunction cases affecting two brother diagnosed in our service. Also we describe clinics features of this syndrome. We think that knowledge about it help us to avoid complementary examinations.

**Key words:** Episodic pupillary dysfunction; anisocoria; mydriasis; migraine.

### INTRODUCCIÓN

Se trata de un síndrome que probablemente comprende un heterogéneo grupo de condiciones que por medio de una insuficiencia del sistema nervioso parasimpático a veces o una hiperactividad del sistema nervioso simpático en otras se manifiesta como midriasis unilateral intermitente acompañada de visión borrosa, cefalea, dolor orbital o trastornos transitorios de la acomodación en ausencia de otros signos de disfunción palpebral, oculomotora o neurológica y de aplicación farmacológica tópica<sup>(1-4)</sup>. Fue descrito por Hallett y Cogan en 1970<sup>(1)</sup>. Su conocimiento es importante debido a la angustia que habitualmente genera la asociación cefalea más anisocoria.

### CASO CLÍNICO 1

Paciente de 10 años que consulta por episodio de cefalea con midriasis unilateral observada durante dicha crisis.

**A. Familiares:** Varios familiares con cefaleas migrañosas. Tía materna con midriasis unilateral episódica observada con posterioridad a la consulta.

**A. Personales:** Desde los 4 años de edad cefalea recidivante de poca intensidad sin ritmo horario ni síntomas acompañantes.

**Exploración:** Midriasis llamativa en ojo izquierdo. Resto de exploración neurológica y por aparatos normal. Reacción a la luz y a la acomodación con igual intensidad en ambos ojos. Agudeza visual O.D: 0,7 y O.I: 1. Fondo de ojo normal.

**Pruebas complementarias:** RNM con gadolinio normal. Angio-RNM Normal. Aplicación de colirio de pilocarpina al 0,125% no produce respuesta. Aplicación de Pilocarpina al 1% produce miosis bilateral más rápida en el ojo midriático.

**Evolución:** Episodios de midriasis de horas de evolución 2 ó 3 veces al día. Cefaleas inespecíficas acompañando o no a la midriasis.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente de 6 años al cual se le observa midriasis unilateral a raíz de estudiar a su hermano.

Los A. Familiares, A. Personales, Exploración, Test con Colirios y evolución fueron iguales a los de su hermano a excepción de la Agudeza visual que fue de la unidad en ambos ojos.

La RNM y angio RNM no se realizaron.

### DISCUSIÓN

Ambos casos se ajustan a la definición de la disfunción episódica pupilar. No obstante cabe realizar un recorrido por los diferentes cuadros con los que es posible realizar un diagnóstico diferencial.

**Anisocoria esencial:** Presente en aproximadamente el 20% de la población. Es fija y no se afecta con los cambios de iluminación ni la acomodación ni con la aplicación de colirios. Es fácil que pase desapercibida y se observe accidentalmente con motivo de una exploración física por otro motivo<sup>(3)</sup>.

**Pupila tónica o Sme de Holmes-Adie:** Se trata de



Figura 1. Caso clínico 1.



Figura 2. Caso clínico 2.

una «lentitud» para la dilatación -contracción del iris que generalmente es unilateral y produce midriasis relativa en el ojo afecto con la luz y miosis relativa con la oscuridad. La aplicación de pilocarpina al 0,125% produce una miosis lo cual pone de manifiesto una hipersensibilidad del SN. Parasimpático<sup>(2)</sup>.

**Síndrome de Horner:** Se trata de una miosis en el lado afecto acompañada generalmente de ptosis palpebral debidas a afectación del SN simpático por lo que se acentúa la anisocoria en la oscuridad. La aplicación de cocaína al 4% produce una escasa dilatación pupilar<sup>(2)</sup>; la ausencia de respuesta a hidroxianfetamina y la pholedrina 6 indican lesión en la 3ª neurona. En nuestros casos no creímos necesaria la realización de estos test debido a la clínica no superponible.

**Pupila de Argyll Robertson:** Disminución del reflejo fotomotor con reflejo de acomodación conservado. En nuestros casos ambos reflejos estaban conservados.

**Uso de midriáticos:** Es la más frecuente de las causas de midriasis unilateral aislada. Generalmente es arreactiva a la luz y a la acomodación y no responde si se instila pilocarpina al 1%<sup>(2, 5)</sup>.

**Parálisis del III par:** Debido a lesiones del mismo a diferentes niveles. Generalmente se acompaña de otros signos como parálisis ocular extrínseca. Puede existir parálisis intrínseca aislada en los casos en los que la afectación es exclusiva del núcleo pupilar, pero estos casos son raros y presentan una midriasis permanente<sup>(2)</sup>.

## CONCLUSIONES

La disfunción episódica de pupila es un cuadro infrecuente de carácter benigno cuyo diagnóstico dife-

rencial es preciso conocer para evitar excesivos exámenes complementarios.

Su etiología no está clara aunque algunos autores lo relacionan con la migraña<sup>(4)</sup> y otros con cefalea no migrañosa<sup>(3)</sup>. En nuestro caso parece evidente el condicionamiento genético.

El tratamiento con flunaricina en estos casos disminuyeron los episodios de cefalea pero no así la midriasis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hallet M, Cogan D. Episodic unilateral mydriasis in otherwise normal patients. *Arch Ophthalmol* 1970;**84**:130-136.
2. Glaser JS. *Neurooftalmología*. 2ª ed. Ediciones científico-técnicas S.A. Barcelona 1993. Pag 437-458.
3. Iriarte García Baquero LM, Aguayo Maldonado J. Disfunción episódica de la pupila. *An Esp Pediatr* 1988;**29**(4): 337-338.
4. Jacobson. Benign episodic unilateral mydriasis. Clinical characteristics. *Ophthalmology* 1995;**102**(11):1623-1627.
5. Thompson HS, Newsome DA, Loewenfield IE. The fixed dilated pupil: sudden iridoplegia or mydriatic drops? A simple diagnostic test. *Arch Ophthalmol* 1971;**86**:21-27.
6. Wilhelm H, Schaffer E. *Pholedrin zur lokalisation des Horner Syndroms*.
7. Edelson RY, Levy D. Transient benign unilateral pupillary dilation. *Arch Neurol* 1974;**31**:12-14.
8. Loewenfield IE. Pupillary deficit in ophthalmoplegic migraine. En: Glaser JS (ed). *Neuro-ophthalmology symposium*. St Louis, CV Mosby, 1980;10:265-270.
9. Corbet J. Neuro-ophthalmic complications of migraine and cluster headaches. *Neurologic Clinics* 1983;1(4): 973-995.
10. Ulrich J. Morphological basis of Adie's syndrome. *Eur Neurol* 1980;**19**:390-395.
11. Woods D, O'Connor PS, Fleming R. Episodic unilateral mydriasis and migraine. *Am J Ophthalmol* 1984;**98**:229.