

### C-21. Exploración ocular exhaustiva del neonato: parálisis completa del III par craneal

MA. María Tablado<sup>a</sup>, S. Palomar Saiz<sup>b</sup>, J. Mena Feria<sup>c</sup>, V. Martínez Rubio<sup>c</sup>, C. Montejo Martínez<sup>d</sup>, T. Mpaltatzidou Vázquez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz, Madrid. <sup>b</sup>MIR-MFyC. CS Canillejas. Madrid. <sup>c</sup>Pediatra. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz, Madrid.

<sup>d</sup>Médico de Familia. CS Canillejas. Madrid. <sup>e</sup>MIR-MFyC. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz, Madrid.

**Caso clínico.** Paciente varón de diez días, parto eutócico, fórceps por no progresión, test de Apgar 9/10. Embarazo controlado normal. Acude a nuestro centro de salud para realización de pruebas metabólicas según protocolo.

Lactancia materna exclusiva aceptable. Ganancia ponderoestatural acorde. Ha sido valorado en Urgencias de Pediatría por acúmulo de secreciones en ambos ojos. Se le diagnóstico de posible incompetencia de drenaje lagrimal. Se recomendó colirio antibiótico en caso de empeoramiento.

La exploración cardiopulmonar y abdominal es normal. La fontanela es normotensa, de 2 x 2 cm. Los reflejos y la movilidad de las extremidades son normales.

Presenta un pequeño cefalohematoma temporoparietal izquierdo. Ojo izquierdo: movilización, conjuntiva, reflejo pupilar y transparencia normales. Ausencia de secreciones. Ojo derecho: movilidad del párpado superior ausente. En la apertura forzada: cámara anterior formada, conjuntiva y transparencia normal. Reflejo pupilar alterado: midriasis fija. Ausencia de aducción, elevación y depresión del mismo.

Con la sospecha de parálisis completa del III par craneal, se deriva e ingresa para estudio. La ecografía transfontanelar es normal. La resonancia magnética (RM) cerebral con contraste evidencia un hematoma extraaxial temporoparietal derecho de 14,5 mm de espesor con efecto de masa y desplazamiento de la línea media. Se realiza craneotomía temporoparietal derecha, evacuando hematoma epidural. La evolución posquirúrgica es perfecta disminuyendo de forma progresiva la midriasis, la desviación ocular y la ptosis. Actualmente se encuentra asintomático. Se realiza una tomografía computarizada (TC) craneal de control a los tres días: cerebro reexpandido, línea media centrada y ausencia de daño cerebral aparente.

**Comentarios.** La parálisis completa del III par en niños es poco frecuente: 1,7/100 000. Las causas más frecuentes son traumáticas y congénitas. Menos fre-

cuentes son las infecciones, los tumores y la migraña. El diagnóstico diferencial obliga a descartar lesión intracraneal u orbitaria. La RM, la TC y la angiorresonancia son fundamentales.

La presencia de ptosis protege al ojo paralítico de ambliopía, diplopía y torticolis compensatoria. Descomprimido el nervio de forma precoz, las secuelas son mínimas.