

Síndrome de Parinaud

Drs. José Enrique López*, Myriam Marcano Torres, José Enrique López Salazar, Yolanda López Salazar, Humberto Fasanella

En la historia clínica del médico internista tiene espacio adecuado la exploración de la mirada tanto horizontal como vertical. Su presencia o sus alteraciones nos señalan de manera inequívoca la normalidad o anormalidad de las estructuras anatómicas responsables de la mirada, como son los lóbulos frontal y occipital, el mesencéfalo y el puente. En los casos de parálisis o paresia de la mirada horizontal, la lesión puede localizarse tanto en el puente como en lóbulos frontal y occipital. La parálisis de la mirada vertical, se deben a lesión bilateral del mesencéfalo. En la zona pretectal terminan las vías de control de la mirada vertical y las lesiones de esta región originan alteración de las motilidades voluntaria y refleja.

Las parálisis de la mirada hacia abajo son raras ya que los núcleos de ésta (núcleo intersticial rostral del fascículo longitudinal medial y el núcleo intersticial de Cajal) son muy laterales, por lo que las lesiones que afectan ambos núcleos deber ser muy extensas y potencialmente mortales (1). Por el contrario, **las parálisis de la mirada hacia arriba** se producen por lesión de las fibras eferentes del núcleo intersticial rostral del fascículo longitudinal medial en el momento que se cruzan en la comisura posterior para buscar los subnúcleos del recto superior y del oblicuo inferior, del complejo nuclear del oculomotor (2). Las lesiones producidas en estas estructuras originan el síndrome dorsal del mesencéfalo, síndrome colicular o síndrome de Parinaud (en honor a Henri Parinaud, célebre oftalmólogo francés, quien vivió entre 1844 y 1905), caracterizado por pérdida de la mirada vertical, pupilas dilatadas que responden débilmente a la luz y nistagmus de convergencia (3).

Resumen de la historia clínica: Paciente masculino, 54 años, consultó por cefalea intensa y paresia de los miembros superior e inferior derechos. Hipertensión arterial sistémica desde hace 15 años, tratado de manera inadecuada; al examen clínico parálisis de la mirada vertical hacia arriba, hemiplejía derecha. Ingresó con TA: 160/110. Diagnóstico síndrome de Parinaud. Accidente cerebro vascular isquémico del tectun mesencefálico. La resonancia magnética de cráneo mostró lesión hiperintensa característica de lesión isquémica en el tectun mesencefálico izquierdo (Figuras 1,2,3,4,5).

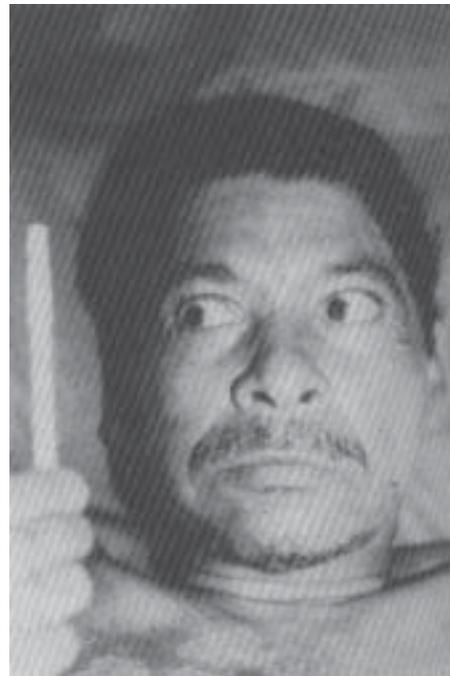


Figura 1. Síndrome de Parinaud. La mirada lateral a la derecha es normal: El ojo derecho abduce mientras que el izquierdo aduce.

*Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina, Sillón XVII.



Figura 2. Síndrome de Parinaud. La mirada lateral a la izquierda es normal: El ojo derecho aduce mientras que el izquierdo abduce.



Figura 4. Síndrome de Parinaud. El paciente no puede realizar una adecuada convergencia ocular.



Figura 3. Síndrome de Parinaud. Hay nítida parálisis de la mirada hacia arriba.



Figura 5. Resonancia magnética nuclear de cráneo. Se puede apreciar nítida lesión isquémica del tectun mesencefálico izquierdo.

REFERENCIAS

1. Pierrot-Deseilligny Ch, Chain F, Gray F, Serdarun M, Escourolle R, Lhermitte F. Parinaud's syndrome: Electro-oculographic and anatomical analyses of vascular cases with deductions about vertical gaze organization in the premotor structures. *Brain* 1982;105:667-696.
2. Serdaru M, Gray F, Lyon-Caen O, Escourolle R, Lhermitte F. Parinaud syndrome and tonic vertical gaze deviation, 3 anatomic-clinical observations. *R Neurol (París)* 1982;138:601-617.
3. Leuenberger AE. Clinical patterns of Parinaud syndrome. *Klin Monatsbi Augenheilkd* 1975;167:615-618.

“El desenlace a largo plazo de niños que sobreviven a quemaduras masivas”

“El tratamiento exitoso de las lesiones masivas de las quemaduras es uno de los mayores progresos en la atención del trauma en los últimos 20 años. Antes de 1970, una quemadura que abarcara más de un tercio de la superficie del cuerpo era casi siempre fatal; los pocos pacientes que no morían por el *shock* de la quemadura durante los primeros pocos días pos lesión, morían por sepsis de las heridas en las subsiguientes semanas. El mejorado tratamiento de líquidos y electrolitos y los cuidados críticos, combinados con la excisión y cierre precoces de las heridas, han tenido un profundo impacto en la historia natural de tales lesiones. Aun cuando ha sido posible salvar la vida de niños masivamente quemados, el buen juicio de hacer esto ha sido una cuestión de ética y de salud pública.

Aun cuando casi un millón de niños americanos sufren anualmente quemaduras, aproximadamente sólo 3% tienen lesiones masivas, definidas como extendidas a más del 70% de la superficie del cuerpo. Alrededor del 75% de aquellos con lesiones masivas son tratados en centros de quemados especializados, multidisciplinarios, y los restantes en las unidades de cuidados intensivos de hospitales pediátricos generales. El tratamiento óptimo de personas severamente quemadas es enormemente costoso y aun después de que se ha asegurado la supervivencia, pueden requerir prolongadas intervenciones quirúrgicas, médicas, psicológicas y de rehabilitación durante muchos años. Se ha argumentado que los resultados son tan desalentadores que a estos niños debería permitírsele “morir con dignidad”. No se conoce el impacto del tratamiento global en los

centros de tratamiento de quemados, sobre el desenlace a largo plazo.

Los datos existentes sobre niños que sobreviven a extensas quemaduras están comprometidos por seguimientos cortos, pequeño tamaño de las muestras, falta de medidas estándar de desenlaces, altas cifras de abandono y no participación, y falta de ajustes en la severidad de las lesiones. Sólo se ha publicado un estudio de seguimiento a largo plazo de niños con severas quemaduras. En ese estudio de 4 años de seguimiento de 12 niños, se creyó que la calidad global de vida era aceptable, pero no fue objetivamente definida. Aun cuando se cree comúnmente que el tamaño de la lesión es el principal determinante de la calidad del desenlace, también se cree que los factores sociales y emocionales tienen gran influencia. En este estudio evaluamos el desenlace a largo plazo de todos los niños tratados en un solo centro dedicado a los quemados que sobrevivieron a masivas lesiones...

“Los niños que sobreviven a severas y masivas quemaduras tendrán trastornos cosméticos y funcionales que no podrán ser nunca completamente corregidos. Sin embargo, estos datos muestran que el tratamiento de niños masivamente quemados, no está sistemáticamente seguido por una pobre calidad de vida. An cuando los niños masivamente quemados no pueden ser regresados a su apariencia y función pre lesión, cuidados intensivos de alta calidad combinados con cuidados posteriores hábiles, multidisciplinarios, más el soporte familiar, pueden producir desenlaces a largo plazo, satisfactorios” (Sheridan RL y col. *JAMA* 2000;283:69-73.