

# Caso Radiológico

## Síndrome Tolosa-Hunt

GAXIOLA-HIGUERA L<sup>1</sup>, PÉREZ-BALDENEGRO G<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Tolosa-Hunt es una oftalmoplejía dolorosa recurrente provocada por una inflamación granulomatosa inespecífica que afecta al seno cavernoso, la hendidura esfenoidal y el ápex orbitario. En 1954, Eduardo Tolosa describió en Barcelona un paciente de 47 años con dolor retro-orbitario unilateral, disfunción de los nervios oculomotores y de la rama oftálmica del trigémino. El paciente falleció en la exploración neuroquirúrgica. La anatomía patológica mostró una reacción inflamatoria granulomatosa que infiltraba la porción intracavernosa de la carótida interna y los nervios craneales adyacentes.<sup>1</sup>

En 1961, William Hunt describió en Ohio seis pacientes con la misma sintomatología, teniendo una respuesta espectacular a la administración de corticoides; Hunt infirió que se trataba de la misma afección.<sup>2</sup> Posteriormente Lakke, Schatz y Farmer,<sup>3</sup> describen tres casos en los que se pudo obtener una biopsia,<sup>4</sup> encontrándose una reacción inflamatoria granulomatosa en el seno cavernoso. Estos enfermos también tuvieron una excelente respuesta a los esteroides, por lo que concluyeron que correspondían a los casos de Tolosa y Hunt. Desde entonces esta entidad se conoce con este nombre.<sup>5</sup>

Se desconoce la etiología del síndrome de Tolosa-Hunt. El pseudotumor inflamatorio de la órbita y la inflamación idiopática del seno cavernoso son probablemente la misma entidad nosológica, con una diferente distribución del proceso patológico.<sup>6</sup>

La enfermedad aparece en la edad media de la vida, con una relación mujeres: hombres de 2:1.

### RESUMEN CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 47 años de edad, quien acude a la consulta con un cuadro clínico de 6 meses de evolu-

ción, caracterizado inicialmente por dolor orbitario y retro-orbitario izquierdo de manera constante de intensidad leve a moderada, con extensión a hemicráneo y a hemicara del mismo lado a lo que diez días posterior al inicio del dolor se agregó diplopía, proptosis y ptosis palpebral izquierda.

En una valoración oftalmológica se detectó una discreta disminución de la agudeza visual en ambos ojos de predominio en ojo izquierdo sin más datos de otro tipo de lesión estructural.

Clínicamente se hace evidente la afección de nervios oculomotores (III, IV y VI) por la limitación de los movimientos oculares y la rama oftálmica de trigémino, (V) ya que se encontró ligera hipoestesia en región periorbitaria izquierda.

Una vez identificado el síndrome, se solicita estudio de imagen (IRM con gadolinio) y se inicia de manera empírica tratamiento a base de esteroides (prednisona) y demás medidas generales como analgésico y antineurítico. En una revaloración con IRM ocho días más tarde, ha disminuido la intensidad del dolor y éste aparece de manera intermitente reduciendo la inflamación periorbitaria.

### Hallazgos en la resonancia magnética nuclear

En la IRM de cráneo se utilizó un equipo SIEMENS Symphony de 1.5 Tesla, realizándose secuencias multiplanares T1 y T<sub>2</sub>; posterior a la aplicación del material de contraste se realizaron secuencias multiplanares T1, así como TOF 3D de vasos intracraneales, observando desde las primeras secuencias de ambas órbitas la presencia de unos músculos oculares aumentados de tamaño, sobre todo a expensas del oblicuo superior, recto interno, recto inferior izquierdo, alteraciones del seno cavernoso y engrosamiento del nervio óptico.<sup>5,7,8</sup> Posterior al contraste intravenoso paramagnético (gadolinio), hay captación. (**Figura 1 y 2**).

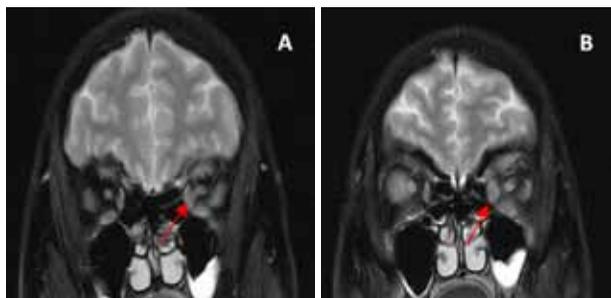
<sup>1</sup> Médico radiólogo adscrito a la Unidad de Imagenología y Radiodiagnóstico del Hospital General de Culiacán, <sup>2</sup> Médico neurocirujano adscrito al Hospital General de Culiacán.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias a la Dra. Lorena Gaxiola Higuera adscrita a la Unidad de Imagenología y Radiodiagnóstico del Hospital General de Culiacán, calle Aldama esq. con Nayarit s/n col. Rosales, Culiacán, Sinaloa, correo electrónico: logaxiola@hotmail.com teléfono 7169800 ext. 147.

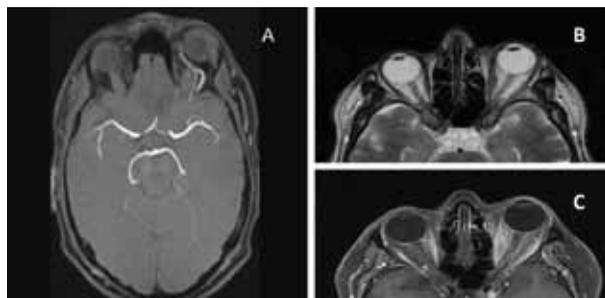
Artículo recibido el 30 de octubre del 2009.

Artículo aceptado para publicación el 8 de diciembre del 2009.

Este artículo puede ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y [www.hgculiacan.com](http://www.hgculiacan.com)



**Figura 1.** A y B. Coronal T2.



**Figura 2.** A. TOF 3D vasos intracraneanos, B. Axial T2, C. Axial T1 contrastado.

## DISCUSIÓN

Existe un discreto predominio por el seno cavernoso izquierdo, siendo la excepción el compromiso bilateral.<sup>5</sup> Se ubica al síndrome de Tolosa-Hunt como la tercera causa de síndrome del seno cavernoso, superado por el trauma y los tumores.<sup>9</sup>

La Sociedad Internacional de Cefaleas ha definido los criterios diagnósticos del síndrome de Tolosa-Hunt; consta de episodios de dolor orbitario unilateral que duran un promedio de 8 semanas sin tratamiento, con paresia de uno o más pares craneanos. La paresia de nervios craneanos puede coincidir con la aparición del dolor o aparecer hasta dos semanas después. El dolor debe mejorar dentro de las 72hs de iniciado el tratamiento con corticoides. Sin embargo, estos criterios han sido discutidos,<sup>10</sup> para el diagnóstico diferencial el examen de primera línea es la reso-

nancia magnética<sup>11</sup>(IRM). Además, estas modernas técnicas de neuroimágenes permiten visualizar tumores (meningiomas), fístulas carótido-cavernosas, infiltración linfomatosa o carcinomatosa del seno cavernoso, sarcoidosis, tuberculosis y granulomatosis de Wegener.<sup>5</sup>

Sin embargo, el examen de resonancia magnética puede resultar dentro de límites normales.<sup>12</sup> En este último caso, el diagnóstico diferencial debe realizarse con la oftalmoplejía diabética, la migraña oftalmopléjica y la arteritis de la temporal.<sup>5</sup>

El diagnóstico del síndrome de Tolosa-Hunt se sustenta en el estudio por imágenes del seno cavernoso, la espectacular respuesta al tratamiento esteroideal y el seguimiento del paciente.<sup>5</sup> De existir una buena respuesta a la prednisona, la mayoría de los autores son contrarios a la exploración quirúrgica del seno cavernoso.<sup>13-14</sup>

## Referencias

1. Tolosa E. Periarteritic lesions of carotid siphon with clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysm. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1954;17:300-302.
2. Hunt WE, Meagher JN, LeFever HE, Zemann W. Painful ophthalmoplegia: its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. *Neurology* 1961;11:56-62.
3. Lakke JPWF. Superior orbital fissure syndrome: report of a case caused by local pachymeningitis. *Arch Neurol* 1962;7:289-300.
4. Schatz NJ, Farmer P. Tolosa-Hunt syndrome: the pathology of painful ophthalmoplegia. in: Smith JL, editor. *Neuro-ophthalmology*. St Louis: Mosby, 1972;102-112.
5. SILVA, Carlos y ARAYA, Paula. Síndrome de Tolosa-Hunt: Presentación de dos casos. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* jul. 2002, vol.40, no.3, p.258-262. ISSN 0717-9227.
6. Keane JR. Cavernous sinus Syndrome. Analysis of 151 cases. *Arch Neurol* 1996;53:967-971.
7. Lee JH, Lee HK, Park JK, Choi CG, Suh DC. Cavernous Sinus Syndrome: Clinical Features and Differential Diagnosis with MR Imaging *AJR* 2003;181:583-590.
8. Yousem DM, Atlas SW, Grossman RI, Sergott RC, Savino PJ, Bosley TM. MR imaging of Tolosa-Hunt syndrome *American Journal of Neuro-radiology* 1989;10(6):1181-1184.
9. Henderson JW. Inflammatory orbital tumors. In: Henderson JW, editor. *Orbital tumors*. 3rd ed. New York, Raven, 1994;391-411.
10. Forderreuther S, Straube A. The criteria of the International Headache Society for Tolosa-Hunt syndrome need to be revised. *J Neurol*. May 1999;246(5):371-377.
11. Odobasi Z, Gokcil Z, Attila S, Pabusco Y, Vural O, Yardim M. The value of MRI in a case of Tolosa-Hunt syndrome. *Clin Neurol Neurosurg* 1997;99:151-154.
12. Aktan S, Aykut C, Erzwg C. Computed tomography and magnetic resonance imaging in three patients with Tolosa-Hunt syndrome. *Eur Neurol* 1993;33:393-396.
13. Rousseaux P, Peruzzi P, Schaison-Cusin M. Should Tolosa-Hunt syndrome still be an exclusion diagnosis? *Rev Neurol (Paris)* 1993;149:315-319.
14. Buzzi Alfredo E, caso clinico síndrome de Tolosa-Hunt, *Rev Méd Arg* 2007;120(3):6-8.