Oftalmoplejia externa secundaria a petrositis apical: síndrome de Gradenigo

R. Neipp López*, C. Vizcaíno Díaz**, F. Revert Lázaro**,
N. Espinosa Segui**, MA. Fuentes Castelló***, C. Neipp Lindenau***
**Médico de Familia, Madrid.*
***MIR Pediatría. ***Pediatra.*
Hospital Universitario de Elche, Alicante.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 571-575

Resumen

El síndrome de Gradenigo está constituido por dolor facial unilateral en la zona inervada por el trigémino y oftalmoplejía externa unilateral (parálisis del VI par craneal) secundaria a petrositis apical aguda, por complicación evolutiva de una otitis media supurada. Ha sido una entidad frecuente en la era preantibiótica, pero su incidencia actual es excepcional. No obstante, es importante un alto índice de sospecha, dentro del contexto de una patología habitual en pediatría, como es la otitis media aguda, cuando ésta se complica y se objetivan signos sugestivos de complicación intracraneal, puesto que el tratamiento médico precoz, evita el siempre complicado abordaje y tratamiento quirúrgico, indispensables en los casos muy evolucionados.

Palabras clave: *Síndrome de Gradenigo, Parálisis del VI par craneal, Petrositis apical, Otitis media, Complicaciones intracraneales.*

Abstract

Unilateral facial pain in the trigeminal sensitive area and unilateral abducens paralysis (VI cranial nerve) are the main clinical features of Gradenigo´s syndrome, due to apical petrositis as secondary intracranial involvement during an acute episode of purulent otitis media. Very common in the preantibiotics era, nowadays very unusual although a high index of clinical suspicion is important when facing a child with acute otitis media and signs of brain involvement, in order to start promptly medical treatment to avoid the surgical treatment, often needed in the late diagnosed cases.

Key words: *Gradenigo´s syndrome, Abducens paralysis, Apical petrositis, Otitis media, Brain complications.*

Caso clínico

Acude a urgencias una niña de once años de edad y refiere cefalea frontal, de carácter pulsátil, diaria, de tres semanas de evolución, que cede con analgesia habitual, y se asocia a lagrimeo bilateral.

Antecedentes familiares sin datos clínicos significativos para su patología actual. Antecedentes personales: a destacar por su posible relación con su cuadro clínico actual rinoconjuntivitis recidivantes de probable etiología alérgica. Presentó un episodio de otitis media supurada un mes y medio antes de la consulta actual, no habiendo recibido tratamiento alguno. Posteriormente presentó un segundo episodio de otitis media supurada quince días antes del cuadro clínico actual, la cual sí fue tratada con antibioticoterapia.

A la exploración física, los hallazgos más destacados fueron: estrabismo divergente del ojo izquierdo secundario a parálisis del motor ocular externo con rotación cefálica compensadora y diplopia (Figura 1); el resto de la exploración neurológica fue normal; no signos de papiledema en la funduscopia; en la otoscopia se distinguen signos residuales de otitis media izquierda. Ante los hallazgos clínicos de oftalmoplejía externa se inicia evaluación neuroradiológica por la sospecha de una probable complicación intracraneal de otitis media.

En la TAC craneal se objetiva una opacificación de las celdillas mastoideas izquierdas y signos inflamatorios en la porción petrosa apical izquierda (Figura 2).

En la RMN craneal se visualiza una señal hiperintensa en la secuencia ponderada en T2 y señal realzada mediante gadolinio en T1 en la porción petrosa apical izquierda, cavum de Meckel y seno cavernoso (Figura 3).

Ante la sintomatología clínica y los hallazgos neurorradiológicos compatibles con petrositis apical, se instaura tratamiento inicialmente con amoxicilina-clavulánico (para cubrir los gémenes mas frecuentemente implicados: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*) y metilprednisolona por vía parenteral durante una semana; posteriormente se pasa a vía oral hasta completar tres semanas. Tras finalizar el tratamiento y en el control evolutivo ulterior, se apreció una resolución progresiva de su oftalmoplejía externa izquierda así como una progresiva normalización de los hallazgos patológicos radiológicos.

Discusión

Descrito a principios del siglo XX por Gradenigo, la signología sindrómica secundaria a complicaciones evolutivas intracraneales de la otitis media supurada era frecuente en la era preantibiótica.

La triada clásica del síndrome de Gradenigo consiste en otitis media su-

Figura 1. *Estrabismo divergente del ojo izquierdo secundario a parálisis del motor ocular externo.*

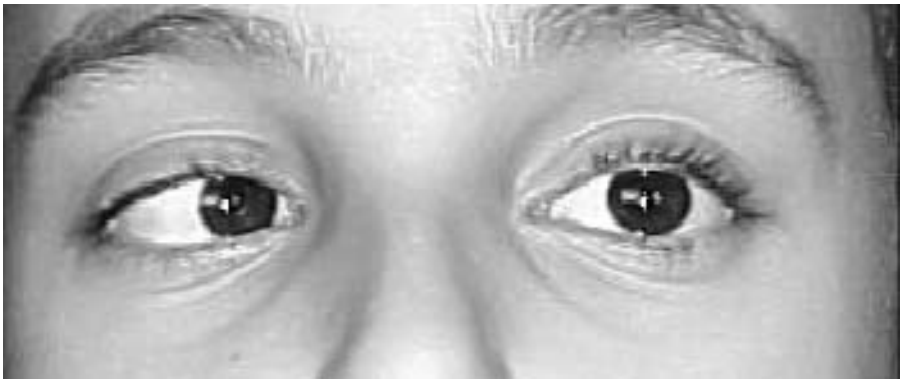
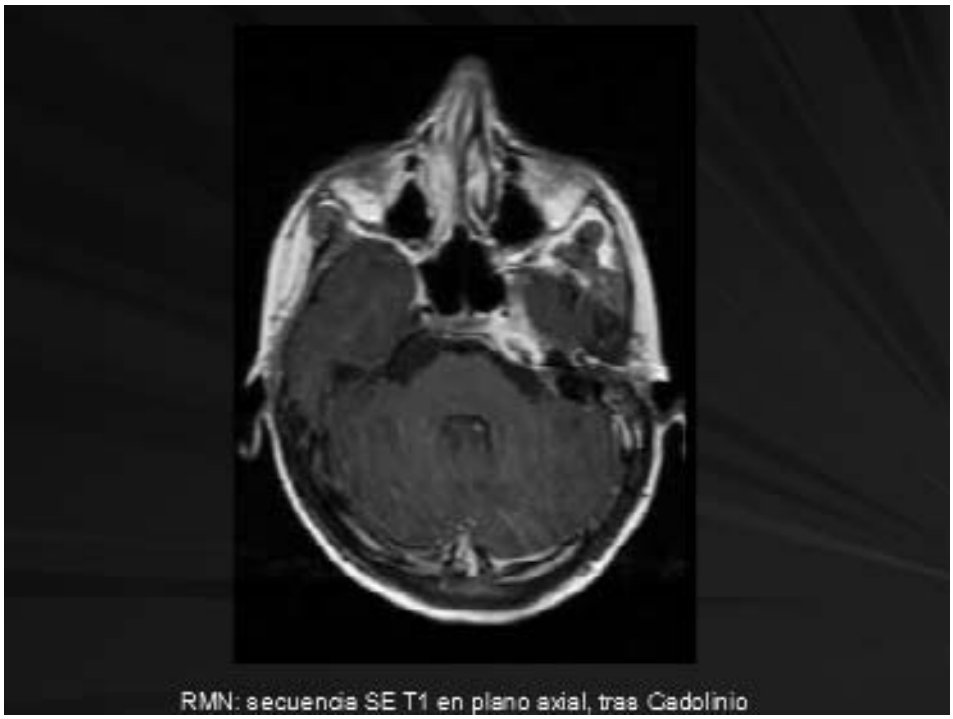


Figura 2. *TAC craneal: se objetiva una opacificación de las celdillas mastoideas izquierdas y signos inflamatorios en la porción petrosa apical izquierda.*

Figura 3. *RMN craneal: se visualiza una señal hiperintensa en la secuencia ponderada en T2 y señal realzada mediante gadolinio en T1 en la porción petrosa apical izquierda, cavum de Meckel y seno cavernoso.*



purativa, dolor facial en la región inervada por la primera y segunda rama del trigémino y parálisis del VI par craneal[1]. Esta patología puede evolucionar a complicaciones intracraneales tales como meningitis, abscesos, trombosis del seno cavernoso, mastoiditis[2] crónica, a veces con mortalidad relevante. Son patognomónicos de esta entidad los hallazgos neurorradiológicos objetivados en la TAC y la RMN[3-4], en las que visualizan signos inflamatorios en la porción petrosa apical mastoidea, compatibles con una petrositis aguda.

La oftalmoplejía externa y la diplopia concomitante[6], de comienzo más o menos agudo plantea los diagnósticos diferenciales de las siguentes entidades clínicas: traumatismos (la causa más frecuente de parálisis, según distintos autores[9]), neoplasias, hipertensión endo-

craneal y procesos infecciosos intracraneales tales como trombosis del seno venoso lateral, abcesos intracraneales epi y subdurales.

El tratamiento incluye antibióticos de amplio espectro por vía parenteral[5], así como mastoidectomía, si ha evolucionado a una mastoiditis severa, lo que es habitual cuando se diagnostica tardíamente.

Se ha de concluir consecuentemente, que ante signos de compromiso de pares craneales y antecedentes de otitis media previa, es recomendable mantener un alto índice de sospecha clínica para descartar la existencia de petrositis apical asociada[7], que puede ensombrecer el devenir evolutivo de una patología infecciosa por lo demás frecuente en la edad pediátrica.

Bibliografía

1. Marianowski R, Rocton S, Ait-Amer JL, Morisseau-Durand MP, Manach Y. Conservative management of Gradenigo syndrome in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2001; 57 (1): 79-83.

2. Minotti AM, Kountakis SE. Management of abducens palsy in patients with petrositis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999; 108 (9): 897-902.

3. Dave AV, Diaz-Marchan PJ, Lee AG. Clinical and magnetic resonance imaging features of Gradenigo syndrome. Am J Ophthalmol 1997; 124 (4): 568-70.

4. Mathew L, Singh S, Rejee R, Varghese AM. Gradenigo's syndrome: findings on computed tomography and magnetic resonance imaging. J Postgrad Med 2002; 48 (4): 314-6. [Medline].

5. Tutuncuoglu S, Uran N, Kavas I, Ozgur T. Gradenigo syndrome: a case report. Pediatr Radiol 1993; 23 (7): 556.

6. Motamed M, Kalan A. Gradenigo's syndrome. Postgrad Med J 2000; 76 (899): 559-60.

7. De Juan Frigola J, Díaz Vázquez CA, Valdes-Hevia J, Ramos Pérez A, Crespo Hernández M. Gradenigo's syndrome. Apropos of a pediatric case. An Esp Pediatr 1992; 36 (2): 151-2.

8. De Graaf J, Cats H, De Jager AE. Gradenigo's syndrome: a rare complication of otitis media. Clin Neurol Neurosurg 1988; 90 (3): 237-9.

9. Alfie JD, Pastrana SC, Massaró M. Parálisis del motor ocular externo en pediatría. Arch Argent Pediatr 2000; 98 (2): 120-4.