

Defecto pupilar eferente: el secreto de sus ojos

A. Ibáñez Navarro⁽¹⁾, A. Colmenero Quílez⁽¹⁾, N. Arza Candia⁽¹⁾, S. Martínez Arriazu⁽²⁾

⁽¹⁾ Médico de familia. Centro de Salud de Alcañiz. Alcañiz. Teruel

⁽²⁾ Pediatra. Centro de Salud de Alcañiz. Alcañiz. Teruel

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 57-59]

RESUMEN

La anisocoria fisiológica es una condición médica por la que las pupilas tienen un tamaño diferente sin patología desencadenante. Es muy prevalente, generalmente asintomática, pero al detectarse es imprescindible descartar una parálisis de tercer par y un síndrome de Horner.

Lo desarrollamos a través de un caso de una anisocoria detectada a los 9 meses de edad en un examen de salud, en la que descartamos estas entidades graves y algunas otras posibles.

Para ello, el médico cuenta con la anamnesis y la exploración clínica, identifica síntomas asociados y reactividad pupilar, valora estructuras y secreciones y, finalmente, realiza un test de apraclonidina.

En conclusión, la anisocoria fisiológica es una entidad benigna, pero su hallazgo obliga a descartar una patología ocular grave y/o concomitante. Es por esto que su derivación a consultas de Oftalmología no debe demorarse.

PALABRAS CLAVE

Anisocoria, anomalías pupilares, síndrome de Horner.

Efferent pupillary defect: the secret of his eyes

ABSTRACT

Physiological anisocoria is a medical condition where the pupils are of unequal size without triggering pathology. It is very prevalent and usually asymptomatic. However when it is detected, third-pair paralysis and Horner's syndrome should be ruled out.

We developed our study a case of anisocoria detected at 9 months of age in a health examination, where we ruled out these serious and some other possible causes.

To do this, the doctor uses anamnesis and clinical examination, to identify associated symptoms and pupillary reactivity, assessing structures and secretions and, finally, performing an apraclonidine test.

In conclusion, physiological anisocoria is benign if discovered however, it obliges us to rule out serious and / or concomitant ocular pathology. This is why referral to ophthalmology consultation should not be delayed.

KEY WORDS

Anisocoria, Pupillary abnormalities, Horner's Syndrome.

Correspondencia: Alberto Ibáñez Navarro
Camino el Pílon, n.º 168. 50011. Zaragoza.
aibanez021@gmail.com
Recibido: diciembre 2018. Aceptado: mayo 2019

INTRODUCCIÓN

La anisocoria fisiológica es una condición médica por la que las pupilas tienen un tamaño diferente ($\pm 1-1,3$ mm) sin patología desencadenante⁽¹⁾. Se presenta en una de cada cinco personas y se considera una variante de la normalidad^(1,2). Es asintomática y ambas pupilas reaccionan con normalidad a la luz y a la oscuridad. Generalmente es tan sutil que pasa desapercibida o se detecta tras una consulta de los padres como hallazgo casual fotográfico.

Sin embargo, también puede ser un síntoma de un trastorno ocular grave, lo que obliga siempre a descartar de forma precoz principalmente una parálisis del tercer par craneal y un síndrome de Homer⁽¹⁾.

Se recomienda realizar la derivación lo antes posible a consultas de Oftalmología para hacer el despistaje.

CASO CLÍNICO

Lactante de 9 meses al que se le detecta en la revisión pediátrica programada una anisocoria a expensas de una miosis del ojo derecho (figura 1). Se deriva al servicio de Oftalmología para valoración urgente.

Antecedentes personales: segunda hija de padres sanos no consanguíneos. Embarazo controlado y suplementado. Ecografías prenatales normales. Parto vaginal eutócico a las 31+6 semanas que fue trasladado a UCI-Neonatal por gran prematuridad y distrés respiratorio, por lo que se precisa VMNI, nutrición enteral con sonda nasogástrica y tratamiento antibiótico por pico febril. Ictericia neonatal tratada con fototerapia. Vacunación adecuada. No alergias conocidas.

Exploración oftalmológica: buena fijación y seguimiento. No ptosis palpebral. No heterocromías de iris. Pupilas con luz OD 2 mm y OI 3 mm y en oscuridad OD 4 mm y OI 6 mm. Motilidad ocular extrínseca normal. Test de apraclonidina 0,5%: no inversión de la anisocoria. Se descarta así la parálisis del tercer par y el síndrome de Homer congénito.



Figura 1. Defecto pupilar aferente.

DISCUSIÓN

Como demuestra este caso, la anisocoria no es un hallazgo frecuente en la consulta^(3,4) al que estemos acostumbrados, por lo que su detección obliga a derivar al paciente a Oftalmología sin demora para descartar principalmente dos patologías potencialmente graves: una parálisis del tercer par craneal y un síndrome de Homer. Ambas son alteraciones nerviosas de posible causa traumática, por compresión tumoral o por derrame cerebrovascular⁽⁴⁾.

Algunos síntomas de alerta⁽⁵⁾ son la ptosis palpebral, la limitación del movimiento ocular, el dolor ocular recurrente, la fiebre sin foco y/o una cefalea persistente.

El oftalmólogo⁽⁶⁾ examinará la reactividad pupilar con luz y en oscuridad, de forma que, al apagar las luces, la pupila más pequeña es la anormal. Además, utilizará una lámpara de hendidura para evaluar estructuras y secreciones y un oftalmoscopio para valorar el fondo de ojo.

El síndrome de Homer⁽⁷⁾ es un síndrome neurológico caracterizado por miosis, ptosis palpebral, anhidrosis y aspecto hundido del ojo, sin ser un enoftalmos real. Se comprueba administrando un colirio de apraclonidina al 0,5%^(4,8), un alfa-1-agonista que en ojos sanos no reacciona, pero que, cuando hay lesión en la vía simpática, hace que la anisocoria se invierta, la pupila afectada se dilate y disminuya la ptosis palpebral.

La parálisis del tercer par craneal⁽⁴⁾ se produce por compresión o falta de irrigación del nervio relacionado con un aneurisma o una hemiación cerebral, lo que provoca una diplopía al mirar en cierta dirección, ptosis palpebral y anisocoria a expensas de una midriasis del ojo afectado.

En ambos casos se debe completar el estudio con una resonancia magnética o un escáner craneal⁽⁴⁾.

También puede aparecer la anisocoria⁽⁴⁾ en relación con defectos congénitos del iris, la pupila tónica de Adie (respuesta lenta e incompleta al estímulo luminoso), la pupila de Argyll Robertson (con antecedentes de sífilis, produce una pupila reactiva a la acomodación pero, no a la luz), como secuela quirúrgica o tras exposición ocular con determinados productos químicos-farmacológicos (como parches de escopolamina, cocaína, colirios de pilocarpina, fármacos antiparasitarios en collares de animales o en aerosoles antipulgas, bromuro de ipatropio o tiotropio, insecticidas organofosforados).

En conclusión, la anisocoria responde a variedad de causas, muchas de las cuales pueden ser benignas, pero no debemos retrasar el diagnóstico de un síndrome de Homer o una parálisis del tercer par craneal por su potencial morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rickmann A, Waizel M, Kazerounian S, Szurman P, Wilhelm H, Boden KT. Digital pupillometry in normal subjects. *Neuroophthalmology*. 2017; 41(1): 12-8.
2. Suh SH, Suh DW, Benson C. The Degree of Anisocoria in pediatric patients with Homer syndrome when compared to children without disease. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2016 May 1; 53(3): 186-9.
3. Payne WN, Barrett MJ. Anisocoria. In: StatPearls [online] [actualizado el 27 de noviembre de 2017]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470384/>.
4. Friedman DI. Pupillary abnormalities. In: Neurology Medlink [online] [actualizado el 5 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.medlink.com/article/pupillary_abnormalities.
5. Boyd K, Denise DeAngelis K. What is anisocoria? En: American Academy of Ophthalmology [online]. Publishing: Apr. 23, 2018. Disponible en: <https://www.aaopt.org/eye-health/diseases/what-is-anisocoria>.
6. Steck RP, Kong M, McCray KL, Quan V, Davey PG. Physiologic anisocoria under various lighting conditions. *Clin Ophthalmol*. 2018 Jan 4; 12: 85-9.
7. Kanagalingam S, Miller NR. Homer syndrome: clinical perspectives. *Eye Brain*. 2015; 7: 35-46.
8. Pérez-Íñigo MA, González I, Fernández FJ, Díaz S, Ferrer C, Alias E, Honrubia FM. Usefulness of apraclonidine in the diagnosis of Homer syndrome. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. Vol. 84 n.º 2, feb. 2009.