

# Síndrome de Terson y parálisis de III nervio craneal derecho

## A propósito de un caso

Dr. JOSÉ Chevalier, Dr. REMBERTO Escoto, Dra. JULIA Reyna y Dra. BERNICE Santiago

### RESUMEN

La asociación entre cualquier forma de hemorragia intracranial, subaracnoidea o subdural con hemorragia intraocular se conoce como Síndrome de Terson. Se asocia a traumatismos craneales y sobretodo a roturas de aneurismas intracraniales. La presencia de un síndrome de Terson es indicativa de la severidad de la hemorragia subaracnoidea. Su diagnóstico implica un pronóstico malo y frecuentemente sugiere un resangrado del aneurisma.

[PALABRAS CLAVES]

**Síndrome de Terson, Aneurisma cerebral, hemorragia intraocular.**

### ABSTRACT

The association between any form of intracranial hemorrhage, subarachnoid or subdural bleeding is called Terson syndrome. It is associated with head injuries and especially broken intracranial aneurysms. The presence of Terson's syndrome is indicative of the severity of subarachnoid hemorrhage. His diagnosis implies a poor prognosis and often aneurysm rebleeding.

KEY WORDS

**Terson Syndrome, cerebral aneurysm, intraocular hemorrhage.**

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Terson es la asociación de una hemo-

rragia intraocular con una hemorragia subaracnoidea o hipertensión endocraneal, generalmente secundaria a la ruptura de un aneurisma cerebral. Fue descrita por primera vez por el oftalmólogo francés *Albert Terson* en 1900. El mecanismo mediante el cual la hemorragia intraocular se asocia con el sangrado subaracnoideo no es bien conocido. La presencia de un síndrome de Terson es indicativa de la severidad de la HSA. Su diagnóstico implica un pronóstico malo y frecuentemente el resangrado del aneurisma.

La patogenia del Síndrome de Terson es desconocida. Algunos autores sugieren que la sangre del espacio subaracnoideo disecaría la vaina del nervio óptico, llegando al interior del ojo. El otro mecanismo propuesto, el más aceptado, en el cual una subida aguda de la presión intracranial se transmitiría a través de la vaina del nervio óptico, causando una elevación de la presión venosa intraocular con ruptura de capilares retinianos y consecuentemente hemorragia intraocular.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una femenina de 48 años de edad con Antecedentes mórbidos conocidos de Hipertensión Arterial de un año de evolución, tratada con Atenolol 50mg y antecedentes quirúrgicos de clipaje de un aneurisma de la arteria comunicante posterior derecha hace 1 mes.

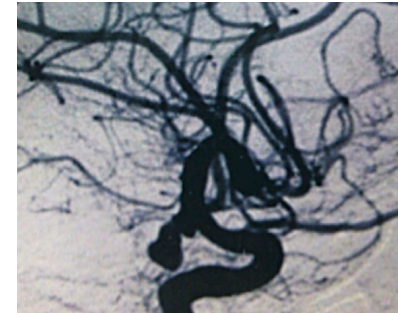


Figura 1. Angiografía del paciente.

La misma acude por presentar ptosis palpebral completa de Ojo Derecho de aproximadamente 1 mes de evolución. En la evaluación oftalmológica la paciente presentaba una *Agudeza Visual* sin corrección de 20/200 en ambos ojos que no mejoraba con el uso de agujero estenopeico. La paciente presentaba una

exotropía de 60 dioptrías prismáticas y presentaba limitación a la supraducción, adducción e infraducción del Ojo Derecho. En la evaluación pupilar del ojo derecho presentaba una pupila midriática arreactiva con una apertura pupilar tanto en luz como en penumbra de 6 mm con reflejo fotomotor de 1/4 sin defecto pupilar aferente. En tanto que en el ojo izquierdo se evidencian diámetros pupilares dentro de los parámetros fisiológicos.

Una biomicroscopia sin alteraciones con presiones intraoculares de 10 mmhg en ambos ojos.

Al examen de fondo de ojo podemos observar en Ojo Derecho medios claros, con una papila óptica de polos y bordes regulares con una excavación que luce fisiológica con vasos que emergen desde el centro de la misma con trayecto y calibre adecuado. Llama la atención la presencia de una hemorragia subhialoidea a nivel de la salida de la arcada temporal inferior y un cambio de coloración a nivel del área macular que podría corresponder a un levantamiento de la hialóides posterior provocando pliegues

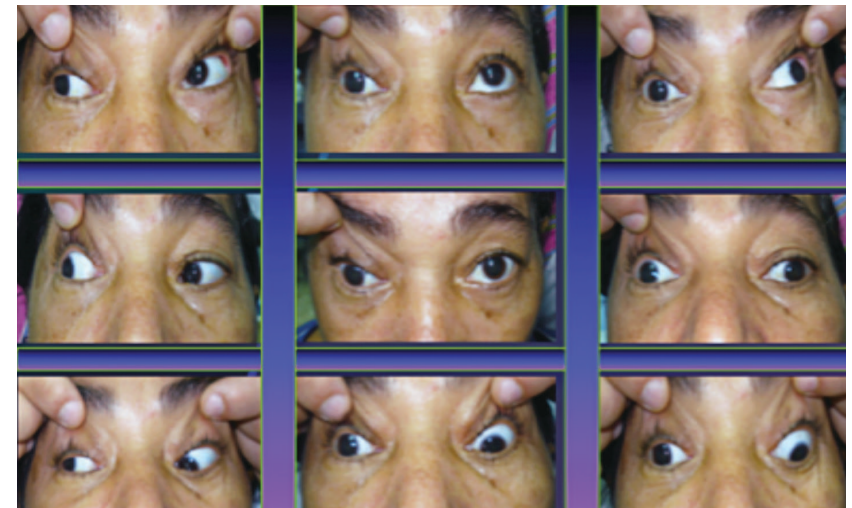


Figura 2. Posiciones de la mirada.

en el área macular. Además la presencia de un moteado rojizo a nivel de polo posterior que podrían ser debido a hemorragias intrarretinianas.

En el Ojo Izquierdo podemos evidenciar que tanto la papila óptica como los vasos sanguíneos son fisiológicos, nos llama la atención la presencia de una hemorragia subhialoidea que se extiende desde la arcada temporal superior y que ocupa el área foveolar, también se evidencia la presencia del moteado rojizo disperso tanto en polo posterior como en área peripapilar que pueden corresponderse a hemorragias intrarretinianas.

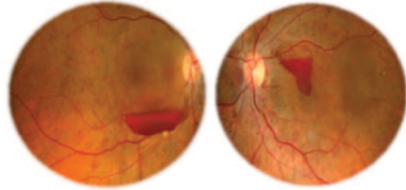


Figura 3. Fotografía de fondo de ojo, ambos ojos.

Realizamos a nuestra paciente una AFG en la que en Ojo derecho en un tiempo arteriovenoso se evidencia el llenado completo de los vasos sanguíneos y llama la atención la presencia de una imagen hipofluorescente que produce un efecto pantalla correspondiente a la hemorragia antes descrita que no permite valorar el trayecto de la arcada temporal inferior, en la parte superior de la misma se observan áreas hipofluorescentes que se extienden desde la arcada temporal superior a la arcada temporal inferior abarcando el haz papilomacular no permitiendo valorarlo adecuadamente.

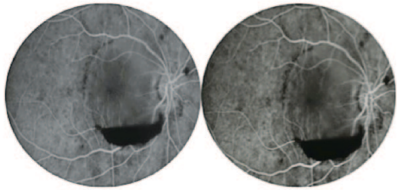


Figura 4. Angiografía Ojo derecho, tiempo arteriovenoso

En Ojo izquierdo, también podemos ver una zona de hipofluorescencia que ocasiona un efecto pantalla correspondiente a la hemorragia subhialoidea descrita en el fondo de ojo y también podemos ver otras áreas de hipofluorescencia peripapilar y dispersas en polo posterior que pudieran corresponder a hemorragias intrarretinianas.

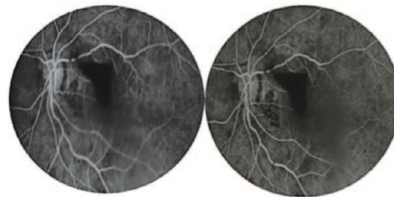


Figura 5. Angiografía Ojo izquierdo, tiempo arteriovenoso

Realizamos una tomografía de coherencia óptica donde en Ojo derecho en un corte temporo-nasal se evidencia una banda hiper-reflectiva correspondiente a la hialóides posterior que ocasiona tracción retiniana en dicha área, además de un aplanamiento del área foveolar, así como una esquisis de las capas retinianas por acumulo de líquido subretiniano.

En Ojo izquierdo en un corte inferosuperior se observan áreas de hiperreflectividad correspondientes al acumulo de sangre y engrosamiento del área juxtafoveal por acumulo de líquido intrarretiniano.

#### DISCUSIÓN

Las hemorragias intraoculares descritas en el Síndrome de Terson también pueden presentarse en otros cuadros como: retinopatía por Valsalva, retinopatía diabética proliferativa, obstrucción venosa retiniana, macroaneurisma retiniano, traumatismo ocular; patologías con las que habría que hacer diagnóstico diferencial. El tiempo de desaparición de la hemorragia es variable, pudiendo ser de semanas, meses e incluso años. El contacto de la retina con la sangre puede producir cambios permanentes en la mácula como membranas epirretinianas o desprendimientos maculares traccionales por desarrollo de

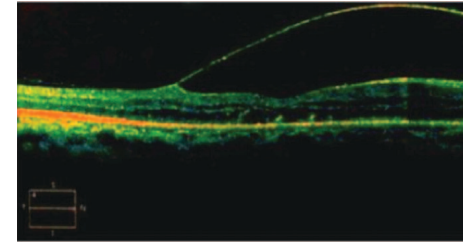


Figura 6. Tomografía de coherencia óptica ojo derecho.

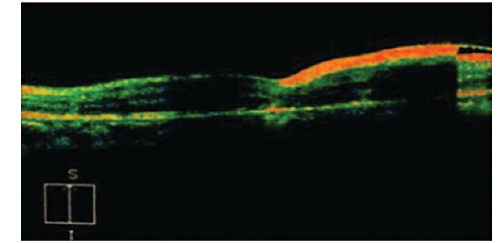


Figura 7. Tomografía de coherencia óptica ojo izquierdo.

proliferación vitreoretiniana, que obligarían a realizar vitrectomía. Hasta la aparición del láser Nd: Yag estas hemorragias se dejaban evolucionar hasta su desaparición o se aclaraban por vitrectomía vía pars plana. El láser Nd: Yag ha supuesto una alternativa para el tratamiento de algunas de las hemorragias prerretinianas en el Síndrome de Terson, drenándolas al vítreo y permitiendo su reabsorción.

Dada las condiciones generales de la paciente se optó por la terapia conservadora y observaciones frecuentes. Desafortunadamente nuestra paciente sufrió una recaída la cual le imposibilita actualmente la realización de las actividades básicas de la vida diaria, incluyendo el chequeo oftalmológico. ●

#### REFERENCIAS

1. R. Augsten, E. Königsdörffer, J. Strobel. Surgical approach in terson syndrome: vitreous and retinal findings. *Eur J Ophthalmol.* 2000 Oct-Dec; 10(4): 293-6.
2. Arroyo JG, Bula DV. Immunohistochemical study of the internal limiting membrane in Terson syndrome. *Retina.* 2004 Feb; 24(1): 155-7.
3. AH, Kerimoglu H, Erdurman C, Demirel A, Karagul. Long-term results of Nd:YAG laser treatment for premacular subhyaloid haemorrhage owing to Valsalva retinopathy. *Eye.* 2006 Sep 1.
4. Srinivasan S, Kyle G. Subinternal limiting membrane and subhyaloid haemorrhage in Terson syndrome: the macular 'double ring' sign. *Eye.* 2006 Sep; 20(9): 1099-101. Epub 2005 Oct 14.
5. Vries-Knoppert W. Vitreous findings in a patient with Terson's syndrome. *Doc Ophthalmol* 1995;90:75-80.
6. Pfäusler B, Belcl R, et al. Terson's syndrome in spontaneous subarachnoid hemorrhage: a prospective study in 60 consecutive patients. *J Neurosurg* 1996;85:392-4.
7. Ávila M, Cialdini AP, Crivelin M, Correa SMB. Vitrectomía na síndrome de Terson. *Arquivos Bras. de Oftalmologia* 2001;60:67-71.
8. Síndrome de Terson y hemorragia alveolar difusa en pacientes con leucemia mieloide aguda promielocítica. *Rev Col Cancerol* 2007; 11(4) : 263-269.