

Síndrome de Weber, Etiología Infrecuente y Resolución Espontánea

Juan Paúl Montalvo Herdoíza,¹ Paola Susana Montalvo Perero,² Diana Victoria Moreira Vera.¹

Resumen

El Síndrome de Weber es una patología mesencefálica, caracterizada por la parálisis del tercer par craneal asociado a hemiparesia contralateral por daño del pedúnculo cerebral debido a múltiples etiologías.

Presentamos el caso de un paciente de 40 años de edad, sin antecedentes de diabetes mellitus ni hipertensión arterial que acude a consulta por diplopía súbita y hemiparesia izquierda. Las imágenes de resonancia magnética demostraron un angioma en el mesencéfalo. Su relevancia recae en la infrecuente etiología del síndrome y a su resolución espontánea.

Palabras clave: Síndrome de Weber, lesión mesencefálica, parálisis del tercer par, tallo cerebral, hemiparesia contralateral, diplopía.

Abstract

Weber's syndrome is characterized by a third nerve palsy associated with contralateral hemiparesis because of a damage to the cerebral peduncle, due to multiple etiologies.

We report the case of a 40 years old man with no history of diabetes mellitus or hypertension who suddenly presented with diplopia and left hemiparesis. The MRI scan showed an angioma in the midbrain. Its relevance lies in the rare etiology of this syndrome and its spontaneous resolution.

Keywords: Weber's syndrome, midbrain injury, third nerve palsy, brainstem, contralateral hemiparesis, diplopia.

Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 24, N° 1-3, 2015

Introducción

El Síndrome de Weber, descrito por el médico inglés Sir Herman David Weber en 1863, es uno de los síndromes vasculares mesencefálicos^{1,2} determinado por la afectación ipsilateral del fascículo del III par craneal asociado a hemiparesia contralateral por lesión en la vía corticoespinal y corticobulbar del pedúnculo cerebral.

La hemorragia en el mesencéfalo, espontánea y aislada es poco usual, presentando una incidencia de 0,5 al 1% de todas las hemorragias intracraneales primarias espontáneas.³

En cuanto a sus causas, éstas pueden ir desde infartos del mesencéfalo que afectan al pedúnculo cerebral y los fascículos del III par, hasta aneurismas y otros fenómenos compresivos como hematomas extradurales y neoplasias intracraneales.

Caso Clínico

Varón de 40 años sin antecedentes patológicos de importancia. No DM ni HTA, que presenta de forma súbita diplopía y hemiparesia izquierda.

La exploración neurológica muestra afectación del III par craneal derecho en forma parcial (paresia del recto

superior, recto inferior, recto interno y elevador del párpado superior), y hemiparesia izquierda braquiorradial 3/5.

Las funciones cognitivas superiores estaban conservadas. Los reflejos miotáticos en miembro superior e inferior izquierdo ligeramente aumentados asimétricos con respecto al lado derecho, el reflejo cutáneo plantar en flexión bilateralmente. Las características clínicas eran compatibles con el Síndrome de Weber.

Una TAC simple de cerebro fue normal. La RMI angiología no mostró imágenes anormales en el mesencéfalo ni en T1, T2, ni en FLAIR.

Sin embargo posterior a la administración de contraste paramagnético, se observa imagen hiperintensa alargada de aproximadamente 2 a 3 mm en pie de pedúnculo derecho.

Discusión

Los síndromes vasculares mesencefálicos como el síndrome de Weber, de Benedikt, de Claude, de Nothnagel, entre otros, son eventos clínicos sumamente infrecuentes, siendo sus manifestaciones principales neuro-oftalmológicas asociadas a malformaciones vasculares del tallo cerebral que remiten, por lo general, espontáneamente.

¹Universidad Técnica de Manabí.
Centro Médico de Neurociencias Montalvo.

Correspondencia
vmontal@gmail.com



Figura 1: Imágenes clínicas del paciente. Evaluación del tercer par craneal, y hemiparesia contralateral izquierda.

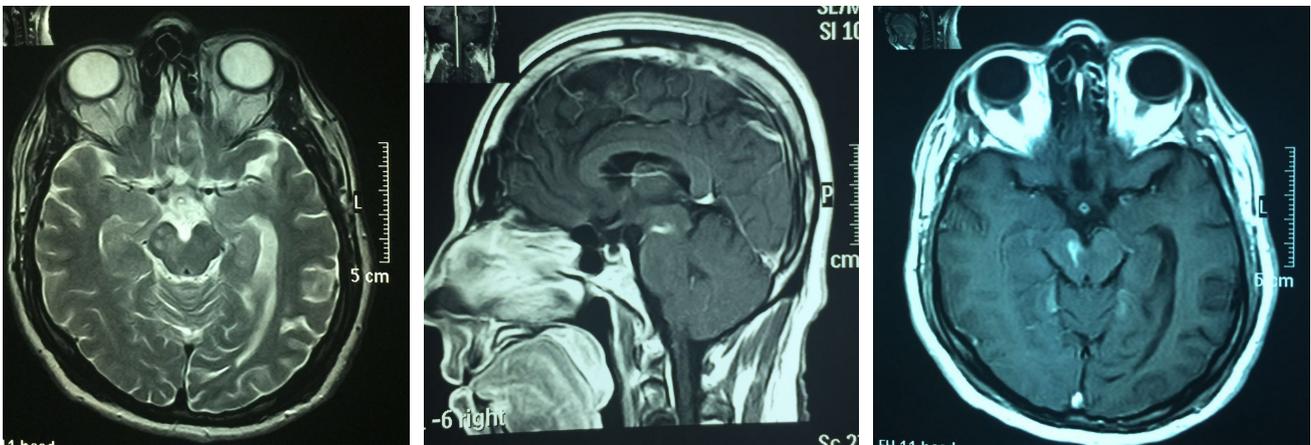


Figura 2: Imágenes de Resonancia Magnética de Cerebro con contraste paramagnético. Lesión hiperintensa de 2-3 mm en pie del pedúnculo derecho

En el síndrome de Weber, la lesión se localiza en la región ventral mesencefálica, afectando los fascículos del tercer par provocando una lesión ipsilateral del oculomotor común que puede incluir midriasis si se afecta el núcleo de Edinger-Westphal, además de presentar signos de hemiparesia contralateral.

En el presente caso resaltamos esta patología por su inusual frecuencia y por su resolución sin tratamiento médico farmacológico.

Referencias

1. Palacio, M., Nuñez, T., Montiel, K., Ferrer, Y. F., & Parra, M. (2012). Síndrome de Weber hemorrágico: a propósito de un caso. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 45-47.
2. Montalvo J. *Neurociencias, Bases anatomofisiológicas*. Segunda edición 2008.
3. Acosta Sánchez, C., Rodríguez, W., & Preinfalk, G. (2003). Síndrome de Weber secundario a astrocitoma pilocítico. *Neuroeje*, 19-22.
4. Ibarra-de la Torre, A., Aguilar-López, R., García-Benítez, C., & Silva-Morales, F. (2007). Parálisis del nervio oculomotor secundaria a hemorragia primaria aguda en el mesencéfalo. *Archivos de Neurociencias*, 254-257.
5. Moreno-Izco, F., Ruibal, M., & Escalantea-Boleas, M. (2007). Infarto talámo-mesencefálico inusual: correlaciones clínico radiológicas. *Revista de Neurología*, 604-606.