



## Parálisis III Par Craneal

### CLÍNICA

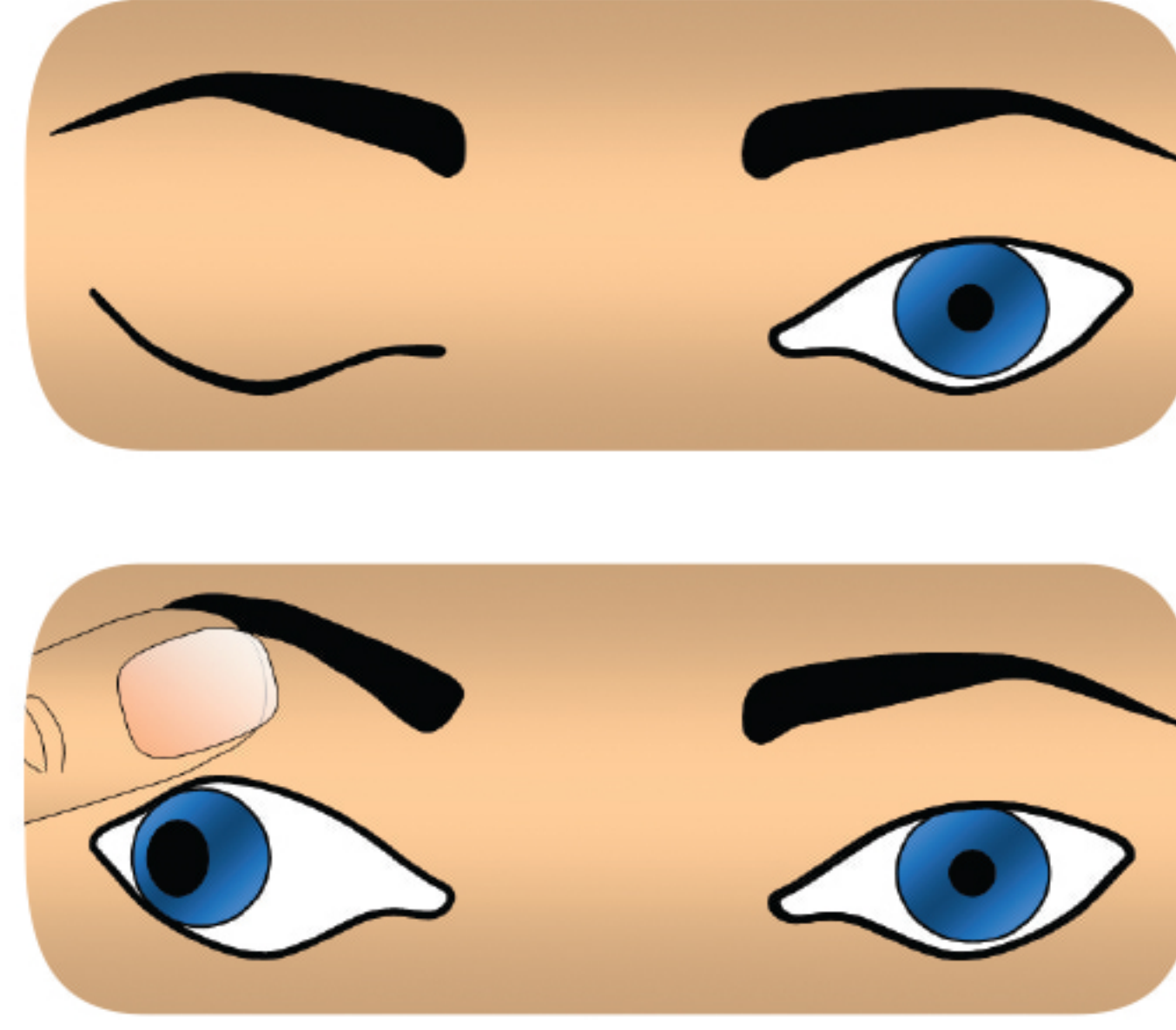
Diplopía binocular + ptosis y XT

• **Con alteración pupilar:**

Midriasis = **URGENCIA**

• **Sin alteración pupilar:**

Control.



### RECORDAR

Las fibras parasimpáticas tienen una distribución más superficial en el nervio y por ende son más susceptibles a compresiones. (+ *frec. aneurisma de la art. comunicante posterior*). Las fibras motoras son profundas y sufren ante fenómenos isquémicos (DBT, HTA, etc.) .



### DIFERENCIALES

- **Miastenia gravis** (no se afecta pupila, ptosis empeora con mirada superior, varía a lo largo del día);
- **Oftalmoplejía externa progresiva crónica;**
- **Oftalmoplejía internuclear. Síndrome de Parinaud** (pupilas dilatadas que hacen miosis en convergencia);
- **Arteritis de células gigantes** (por isquemia de los músculos en >55 años).

### CONDUCTA

- Anamnesis;
- Evaluación neurológica;
- Exploración ocular completa con FO.

### Realizar neuroimagen de inmediato si

- Presenta alteración pupilar parcial o completa;
- < 50 años sin DBT ni HTA Alteración de otros Pares Craneales;
- Niños < 10 años;
- > 3M. de evolución sin mejoría.

*1ra Línea TAC con contraste. Puede optarse por RMN con gadolinio. Si persiste sospecha: angiografía.*

### SIN AFECTACIÓN PUPILAR

Control cada 24 hs x 7 días buscando empeoramiento del cuadro o alteración de la pupila. Luego control cada 4 semanas.

Si pasados 3 meses no mejora **Neuroimagen**

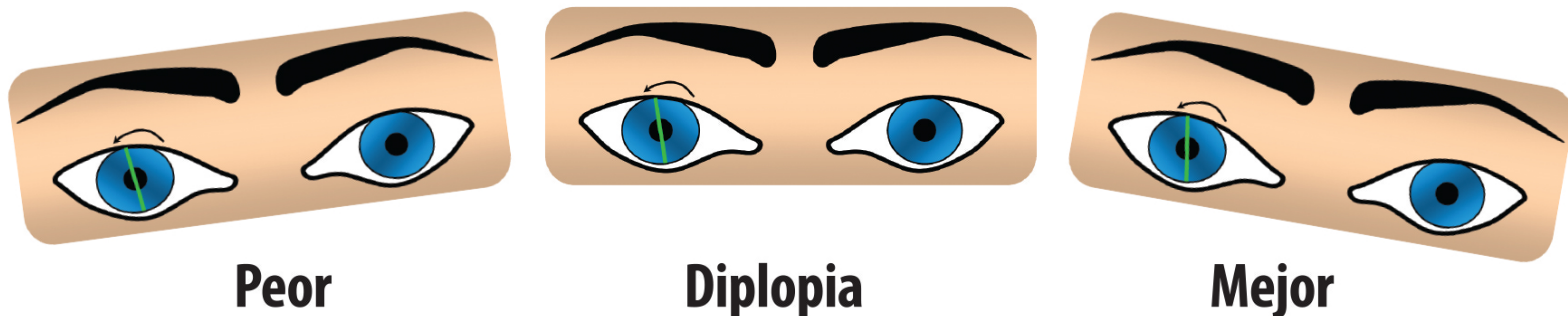


# Parálisis IV Par Craneal

## CLÍNICA

Diplopia binocular vertical u oblicua que empeora al inclinar la cabeza hacia el ojo afectado

## Fenómeno de Bielschowsky IV PC

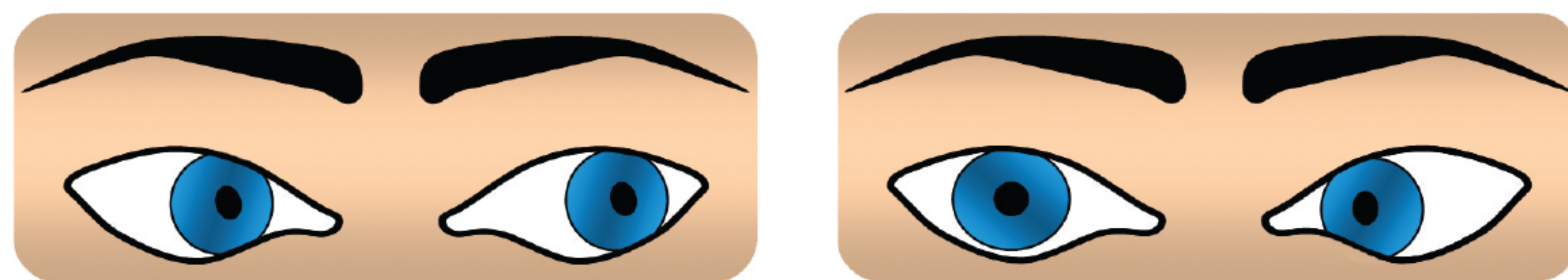


# Parálisis VI Par Craneal

## CLÍNICA

Alteración VI PC OD – Limitación abducción.

**Diplopia** > en visión lejana y mirando hacia el ojo afectado.



## CONDUCTA

- Evaluación oftalmológica completa con hincapié en NO.
- Evaluación neurológica completa y descartar afectación de otros PC.
- Anamnesis: ¿Cáncer? ¿DBT? ¿HTA? Trauma? ¿Infecciones/vacunas?
- **Neuroimagen** si: <45 años sin antecedentes. Presencia de otras alt. Dolor intenso, Papiledema, Antecedente de cáncer.
- Seguimiento cada 4-6 sem. hasta 3 meses. Si no mejora en 3 meses, **Neuroimagen**

## RECORDAR

- NO dilatar sin antes haber controlado la pupila ante alt. de la motilidad ocular. Existen presentaciones completas e incompletas de III PC motor independientes de la afectación pupilar.
- El IV y VI aislados rara vez significan una urgencia. El compromiso de múltiples pares craneales debe hacer sospechar afectación del seno cavernoso.

*La presente guía no constituye bibliografía oficial.*

*Laboratorio ELEA no se hace responsable por la información aquí presentada.*