

FENÓMENO DE MARCUS GUNN TÍPICO

B. RODRÍGUEZ-ARIAS

C. LAMOTE DE GRIGNON

Desde que el oftalmólogo inglés Marcus Gunn dió a conocer, en 1883, el fenómeno que lleva su nombre (retracción del párpado superior cuando se abre la boca o se desvía hacia un lado la mandíbula), se habrán descrito un centenar de casos típicos, puesto que el llamado síndrome de Marín-Amat (o fenómeno de Marcus Gunn invertido), también raro, representa una sincinesia facial de significación y de mecanismo del todo diferentes. Wartenberg (1946 y 1948) ha contribuido a precisar bien lo que son esos dos síndromes tan conexos. En los últimos años — según los índices de “Excerpta Médica”, de “Progress in Neurology and Psychiatry” y de la “Revue Neurologique”, por ejemplo — tan sólo aparecen referencias de las citadas publicaciones de Wartenberg, de un caso de Wells, de otro de Halbertsma y de otro de Mortensen. Nosotros — en el transcurso de unos meses — hemos podido observar un auténtico o clásico fenómeno de Marcus Gunn y dos síndromes de Marín-Amat, tal como los definió el colega oftalmólogo de Madrid y tal como los concibe e interpreta actualmente Wartenberg.

Nos ocuparemos en el estudio del primer caso, ya que los otros dos serán expuestos en un trabajo ulterior.

M. R. M. M., de 5 años de edad, natural y vecina de Barcelona. Acude por vez primera al Dispensario el 29 Marzo 51 (nº 4015-D, de la Clínica de Neurología I). Sus padres manifiestan que la niña presenta un defecto congénito en forma de asimetría facial (hendidura palpebral izquierda menor que la derecha). Antecedentes familiares: sin valor especial; un abuelo alcohólico; padre (41 años) y madre (29 años) sanos; hija única; no abortos. Antecedentes personales: Parto a término con aplicación de forceps (el tocólogo hubo de vencer una falta de encajamiento fetal en presentación cefálica y afirmó que pudo causar la lesión del 7º par craneal); sarampión y una intervención quirúrgica (adenoidectomía); desarrollo e inteligencia normales.

Exploración — Se nota, ya a la simple inspección, la asimetría facial mencionada, con discreta blefaroptosis izquierda y estrabismo divergente en el O.I. (desviación de la pupila, ligeramente, hacia fuera y hacia arriba). Pero la motilidad ocular extrínseca resulta con todo normal, como también la facial (au-

Comunicación anunciada y no presentada a la “Seizième Réunion annuelle des Sociétés d’Oto-Neuro-Ophthalmologie de langue française”, Marsella, mayo de 1951.

Trabajo del Instituto Neurológico Municipal de Barcelona (Director: Prof. B. Rodríguez-Arias).

sencia, por tanto, de parálisis oculares y facial). Motilidad ocular intrínseca, campos y agudeza visuales y fundus oculi igualmente normales.

Ahora bien, los movimientos de desviación hacia los lados (diducción) de la mandíbula provocan una sincinesia rítmica — de elevación — en el párpado izquierdo, mucho más evidente cuando la niña mantiene la mirada dirigida hacia abajo. Por el contrario, la abertura y cierre de los ojos no determina ninguna sincinesia mandibular, como tampoco la contracción forzada de los músculos de la cara. La maniobra de oponerse al descenso de la mandíbula origina tan sólo una sincinesia fisiológica (abertura de los párpados), si bien más ostensible en el lado afecto. Finalmente, la posición de la mirada puede facilitar o entorpecer la sincinesia al aumentar o disminuir la ptosis palpebral. Los reflejos conjuntival y corneal — por supuesto existentes — no motivan sincinesia alguna al ser examinados.

El resto de la exploración neurológica y las exploraciones somática y psíquica generales no permiten encontrar nada anormal o digno de mención.



Fig. 1 — Caso M. R. M. M. La ptosis palpebral puede calificarse de discreta y el estrabismo divergente del ojo izquierdo aparece compensado (o disimulado) por la rotación hacia la derecha que la niña imprime involuntariamente a su cabeza con el fin de corregir la diplopia. (En la película que además se impresionó resultan perfectamente visibles las contracciones orbiculares izquierdas, sincrónicas con los desplazamientos mandibulares).

COMENTARIO

No hay duda de que en nuestra enfermita la sincinesia aparece al desviar lateralmente la mandíbula (movimiento de diducción), pero nunca si se hace pausadamente — ya que la respuesta palpebral tiende a agotarse con rapidez — sino bruscamente.

En efecto, todos los autores insisten en que la abertura (descenso de la mandíbula) de la boca, y en contados pacientes de media boca, o bien la desviación hacia el lado opuesto o incluso hacia el mismo lado afecto, la proyección o protusión hacia delante (del maxilar) y la desviación de la lengua — incluso con la mirada fija en posiciones varias — ocasionan la asociación de movimientos involuntarios e irresistibles en el párpado

ptosado congénita y casi completamente. Por excepción, la asociación de movimientos puede tener lugar cuando falta la ptosis. Es por esto que la hendidura palpebral se agranda más que la del lado sano. Raras veces, en ausencia de la fundamental ptosis, cabe advertir que se halla paralizado el recto externo (m. o. e.); y jamás (o habría que discutir la realidad de la parálisis) los demás músculos oculares.

Menos a menudo la asociación de movimientos mandibulares y palpebrales obedece a los actos de hablar, de cantar, de reír, de bostezar, de toser, de chupar o succionar, de mascar, de tragar, de comer o hasta de enseñar simplemente los dientes.

Según la teoría supranuclear en boga, las conexiones pueden establecerse entre los nervios craneales V.^o (al contraerse el músculo pterigoideo externo del mismo lado) y VII.^o (al responder el orbicular de los ojos), pero nunca entre el V.^o (al abrir la boca se contrae el digástrico) y el III.^o (al moverse el elevador de los párpados). Habría que hablar de un atavismo, de una regresión a tipos primitivos en la asociación de funciones.

La observación que comentamos, con asimetría facial ya evidente en el acto del nacimiento y por ende congénita y difícilmente atribuible a una aplicación de forceps, hace pensar más bien en la existencia de sincesias no fisiológicas o anómalas (movimientos asociados por parte de los oculomotores). Tanto más cuanto que se citan ejemplos de blefaroptosis familiar combinada con blefaroptosis bilateral y adquirida. Y también porque la elevación de los párpados llega a producirse, para ciertos investigadores, sin movimiento mandibular previo o coetáneo.

RESUMEN

Una niña de 5 años, con blefaroptosis izquierda congénita y sin lesión apreciable de los nervios craneales, eleva el párpado afecto (aumento ostensible de la hendidura palpebral) cuando efectúa movimientos de diducción (desviación lateral) con la mandíbula.

BIBLIOGRAFÍA

- Cogan, D. G. — *Neurology of the Ocular Muscles*. Springfield, 1948.
Halbertsma, K. T. A. — *Psych. Neur. Blad.*, 50, 1950.
Mortensen, J. — *Ugesk. Laeg.*, 112, 1950.
Walsh, F. B. — *Clinical Neuro-Ophthalmology*. Baltimore, 1947.
Wartenberg, R. — *Arch. Neurol. a. Psychiat.*, 60, 1948.
Wells, J. L. — *Naval M. Bull.*, 46, 1946.