

Parálisis de convergencia

Convergence pals

Teresita de J. Méndez Sánchez^I; Rosa M. Naranjo Fernández^{II}; Yaimir Estévez Miranda^{III}; Yaniledy González Blanco^{IV}

^I Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Auxiliar. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Oftalmología. Asistente. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Oftalmología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Oftalmología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Aspirante a investigador. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La parálisis de convergencia se caracteriza por la imposibilidad de la convergencia en la mirada próxima, con diplopía horizontal cruzada a partir de 1 metro, con aducción normal. La parálisis de la convergencia es una condición distinta de la insuficiencia de la convergencia y normalmente secundaria a una lesión intracraneal. Acude paciente de 12 años de edad por presentar diplopía horizontal de cerca $\pm$ 1 metro de 3 meses de evolución, cefalea, lagrimeo y fotofobia. La impresión diagnóstica fue parálisis de convergencia. En los estudios neurológicos solo se encontró implantación baja de las amígdalas cerebrales. Aún no se precisa la etiología aunque se recoge el antecedente de un traumatismo craneal sin relevancia por la familia.

Palabras clave: parálisis de convergencia, diplopía horizontal, oftalmología pediátrica, neurología.

ABSTRACT

The convergence paralysis is characterized by impossible convergence in the near sight, with crossed horizontal diplopia at one meter distance and normal adduction. The convergence paralysis is a condition different from the inadequate convergence and usually secondary to intracranial lesion. A 12-years old patient went to the hospital because he had suffered horizontal diplopia in near sight (± 1 meter) for 3 months, migraine, watering and photophobia. The definitive diagnosis was convergence paralysis. In the neurological studies, the low placing of the tonsils of cerebellum was the only finding. The etiology of this disorder is not determined yet; although there is some history of head trauma to which the family did not pay enough attention.

Key words: Convergence paralysis, horizontal diplopia, pediatric ophthalmology, neurology.

INTRODUCCIÓN

La parálisis de convergencia se caracteriza por la imposibilidad de la convergencia en la mirada próxima, con diplopía horizontal cruzada a partir de 1 metro, con aducción normal. Todo ello indicaría una parálisis de mirada o función. Fue descrita por primera vez en 1886 por Parinaud.¹

La parálisis de la convergencia es una condición distinta de la insuficiencia de la convergencia y normalmente secundaria a una lesión del intracraneal, está caracterizado por una aducción y acomodación normal^{2,3} con exotropía y diplopía en el intento de la fijación de cerca. La parálisis de la convergencia difiere de la insuficiencia de la convergencia en su comienzo relativamente agudo y la incapacidad del paciente para superar cualquier base prismática.²

La parálisis de la convergencia puede ser de causa orgánica o funcional, la diferencia entre la orgánica y la funcional es basada sobre todo en la hipótesis de que la acomodación y la constricción pupilar son provocadas durante los intentos de convergencia en la primera pero no en la segunda, las causas mas frecuentes son la vejez y la falta de esfuerzo. La parálisis de la convergencia puede ser consecutiva diversos procesos orgánicos como encefalitis, difteria,^{3,4} traumas craneales, síndrome post encefalítico, enfermedades desmielinizantes como la esclerosis múltiple, tumores del área de los tubérculos cuadrigéminos, enfermedad oclusiva del mesencéfalo superior, histeria,¹ lesión del núcleo del nervio craneal III y puede asociarse con el síndrome de Parinaud.²

Bielschowsky estableció los siguientes requisitos para el diagnóstico de parálisis de la convergencia: la evidencia de una enfermedad intracranial, la historia de ataque súbito de diplopia cruzada a la fijación de cerca, resultados reproducibles en los exámenes subsecuentes, la preservación de la acomodación y la reacción del pupilar en los esfuerzos por converger. Si la parálisis de la convergencia se encuentra asociada con la oftalmoplejia interna, la presencia de una lesión orgánica, de localización nuclear o supranuclear es casi cierta.⁵

El tratamiento se basa en tratar la causa de la afección, así como los síntomas, una opción de tratamiento es la corrección con prismas en la visión cercana para eliminar la diplopía. Ocasionalmente, también está afectada la acomodación, particularmente en pacientes con enfermedad crónica, y el uso de lentes positivos se pueden necesitar para la visión de cerca. En estos pacientes puede que no sea posible la confortable restauración de la visión binocular. La oclusión de un ojo para la visión cercana está indicada mientras que la cirugía de los músculos oculares está contraindicada.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 12 años de edad atendida en el Servicio de Oftalmología pediátrica del Instituto Cubano de Oftalmología «Ramón Pando Ferrer». La niña acude a consulta por presentar diplopía horizontal de cerca ± 1 metro de 3 meses de evolución, cefalea, lagrimeo y fotofobia. Hay información de antecedentes patológicos familiares ya que el padre presenta insuficiencia de convergencia.

El examen oftalmológico en lámpara de hendidura y a fondo de ojo es normal. La agudeza visual es de la unidad de visión en ambos ojos. Al examen de la motilidad ocular se encontró test de sensibilidad al contraste 3 m y 1 m: normal, visión de colores: 19/21 y TNO: 30". Dominio ocular: ojo izquierdo fijador, dominancia cruzada. Método de oclisor y prisma: 6m ortoforia 33 cm 8 dioptrías prismáticas. Se diagnostica parálisis de la convergencia.

Fue valorado por el Servicio de Neurooftalmología en nuestro centro y por el Instituto de Neurología, confirmándose el diagnóstico.

En los estudios realizados de neuroimágenes se encontró implantación baja de las amígdalas cerebrales. El estudio toxicológico fue negativo.

Se le indicaron cristales prismáticos como conducta a seguir.

DISCUSIÓN

Parinaud es quien describe la parálisis de convergencia como una condición distinta de la insuficiencia de convergencia donde el paciente es incapaz converger, la acomodación puede estar normal, disminuida o ausente, y la pupila puede o no estar involucrada. En algunos pacientes el reflejo puede abolirse para la convergencia.⁵

En la parálisis de la convergencia el paciente es capaz de aducir los ojos monocularmente, pero no pueden converger (aducción simultánea), manifestando así los síntomas de la diplopía cruzada constante de cerca, acomodación normal^{6,7} y los reflejos pupilares están presentes cuando el paciente intenta converger.^{6,7} Esta condición suele ser resultado de un traumatismo craneal cerrado importante, pero también puede ser consecuencia de una lesión en el cerebro medio, encefalopatía tóxica o encefalitis,⁶ lesiones occipitales; otros factores etiológicos son la esclerosis múltiple y miastenia grave.⁷ Puede o no estar asociada con insuficiencia acomodativa.⁶

La parálisis de la convergencia se caracteriza por diplopía cruzada en la mirada próxima. Factores etiológicos de la parálisis de convergencia son encefalitis. El diagnóstico debe efectuarse con la exploración de la convergencia, este puede realizarse de dos maneras: una haciendo al paciente fijar la vista en un objeto pequeño y aproximarlos lenta y progresivamente por la línea media hacia la nariz hasta que le vea doble, un individuo normal es capaz de converger hasta 8 o 9 cm de distancia; la otra es mediante el uso de prismas. Las cifras normales de convergencia son de 20-25 dioptrías prismáticas (DP) para cerca y de 35-40 DP para lejos. En casos funcionales o de poca gravedad, el resto de la exploración es normal. En posición primaria de la mirada hay ortotropía. La acomodación y la miosis inducida por la proximidad es normal,¹ además de el estudio imagenológico.

Debemos descartar lesiones occipitales, secuela de una encefalitis epidémica,⁸ parálisis de la acomodación.^{4,9}

En ocasiones la parálisis de la convergencia es simulada, o se debe a falta de motivación o de atención, la ausencia de constricción pupilar cuando intenta la convergencia permite identificar los casos de convergencia simulada.^{10,11}

Para establecer el diagnóstico es necesario comprobar que se conservan los movimientos de aducción, así como que la acomodación y las pupilas están normales.

Pensamos que este caso es importante por tener un estudio oftalmológico, neurológico, imagenológico, toxicológico completo, sin embargo no hemos establecido aún la etiología, el caso fue discutido por un equipo multidisciplinario y pensamos que sea consecuencia de un traumatismo craneal al cual no se le dio relevancia en el seno familiar; llevando hasta la fecha un año de tratamiento y seguimiento. Además en nuestra práctica clínica diaria no es frecuente realizar este tipo de diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perea García J. Parálisis oculomotoras. En: Estrabismo. 1ra ed. España: Artes gráficas Toledo; 2006. p. 366-7.
2. American Academy of Ophthalmology. Parte VI. Cap 8: Exodeviations. En: Pediatric Ophthalmology and Strabismus. (Basic and Clinical Science Course; 6). USA: American Academy of Ophthalmology; 2008. p. 11.
3. Agnes MF, Wong MD. Eye Movement Disorders. 1ra ed. EE. UU.: Oxford University Press; 2007.
4. Daroff RB, Todd Troost, John Leigh R. Trastornos supranucleares de los movimientos oculares. En: Glaser JS. Neurooftalmología. 2da ed. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1993.
5. Von Norden GK. Anomalies of Convergence and Divergence. En: Binocular vision and ocular motility. 6ta ed. EE. UU.: Mosby; 2002. p. 500-7.
6. Michael J Bartiss, OD, MD, Medical Director, Ophthalmology, Family Eye Care of the CarolinasEmedicine [Página principal en Internet]. Bartiss MJ. Convergence

Insufficiency: Differential Diagnoses & Workup. [citado 11 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1199429-diagnosis>

7. Ondategui Parra JC, Pacheco Cutillas M, Borrás García MR. Visión binocular. Diagnóstico y tratamiento. 1ra ed. España: Ediciones UPC; 1996.

8. Ure J, D'Onofrio H. Los movimientos oculares en la práctica neuropsiquiátrica. ALCMEON. 1999 Mar;7(4).

9. Gómez de Liaño P. Parálisis oculomotora infantil. En: Fonseca Sandomingo A. Actualización en Cirugía Oftálmica Pediátrica. [monografía en Internet]. [citado 7 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/publicaciones/pediatria/cap46.htm>

10. Walter J, Bradley G, Daroff RB, Fenichel G. Neurooftalmología: sistema motor ocular. En: Walter J, Bradley G, Daroff RB, Fenichel G. Neurología clínica: diagnóstico y tratamiento. 6ta ed. España: ELSEVIER; 2005. p. 718.

11. Fenichel GM. Neurología pediátrica clínica: un enfoque por signos y síntomas. 5ta. ed. España: ELSEVIER; 2006.

Recibido: 28 de noviembre de 2010

Aprobado: 15 de diciembre de 2010

Dra. *Teresita de J. Méndez Sánchez*. Servicio de Oftalmología Pediátrica. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: teresitaj.mendez@infomed.sld.cu