

Parálisis del músculo oblicuo superior atípica

Atypical paralysis of the superior oblique muscle

Dr. Pedro Daniel Castro Pérez, Dra. Lourdes Rita Hernández Santos, Dra. Yanileidis González Rojas

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las paresias y parálisis oculomotoras implican todos aquellos procesos susceptibles de producir un déficit parcial o total de los movimientos del globo ocular. La lesión puede estar en cualquier parte del sistema oculomotor que incluye la corteza cerebral, el tronco cerebral, nervios, placa neuromuscular y del propio músculo. Las paresias y/o parálisis del músculo oblicuo superior o IV par craneal constituye una de las más frecuentes en la práctica médica estrabológica, puede ser de etiología congénita o adquirida, se caracteriza por hipertropía que aumenta con la inclinación de la cabeza hacia el hombro del lado del ojo afectado (signo de Bielschowsky), anisotropía en V, exciclotropía. Los pacientes con paresias y/o parálisis adquirida muestran diplopía vertical y torsional que aumenta con la mirada hacia abajo, tortícolis con inclinación de la cabeza hacia el lado opuesto del ojo afectado y descenso del mentón. El paciente acude a consulta por presentar diplopía vertical y torsional de 13 años de evolución. Al examen de la motilidad ocular había ortotropía en la Posición Primaria de la Mirada con hiperforia al cover test ojo izquierdo, 10 Dp base inferior por barra de prismas, exciclotropía 5*, tortícolis hacia la derecha y Bielschowsky positivo hacia el lado izquierdo. La impresión diagnóstica fue paresia adquirida del músculo OS izquierdo de etiología no precisada. El tratamiento realizado fue la retroinserción del recto superior del ojo izquierdo 4 mm más el desplazamiento temporal de un 1/4 de la inserción con el objetivo de eliminar la diplopía vertical y torsional y la posición anómala de la cabeza.

Palabras clave: parálisis, músculo oblicuo superior, Bielschowsky.

ABSTRACT

The oculomotor paresis and paralysis involve all those processes capable of producing partial or total deficit of the ocular globe movements. The injury may be located in any part of the oculomotor system that includes the brain cortex, the brain trunk, nerves, neuromuscular plate and of the muscle. Paresis and/or paralysis of the superior oblique muscle or IV cranial nerve is very frequent in the medical practice for strabismus; it can be congenital or acquired, characterized by hypertropia that increases with the head moving toward the shoulder next to the affected eye (sign of Bielschowsky), V-anisotropy and excyclotropia. The patients affected by acquired paresis and/or paralysis show vertical and torsional diplopia that increases when they look down, torticollis from inclining the head towards the opposed side of the affected eye, and lowering of the chin. A patient went to the doctor's because he presented with vertical and torsional diplopia of 13 years of progression. The ocular motility exam revealed orthotropia at primary position of look with hyperphoria at cover test in the left eye, 10 Dp inferior basis in bar prism test, excyclotropia 5°, torticollis toward the right side and positive Bielschowsky index toward the left side. The diagnosis was acquired paresis of the left oblique superior muscle left of unspecified etiology. The treatment was over 4 mm retroinsertion of the superior rectum of the left eye plus one-fourth temporary displacement of the insertion, with the objective of eliminating the vertical and torsional diplopia and the anomalous position of the head.

Key words: paralysis, superior oblique muscle, Bielschowsky.

INTRODUCCIÓN

La paresia y/o parálisis del músculo oblicuo superior (OS) es la más frecuente, a pesar de que algunos autores consideran que es la del VI nervio porque no incluyen los casos congénitos, en los que es más común la parálisis del IV nervio.¹

La etiología de las paresias y parálisis del músculo OS se divide en dos grupos, las congénitas y las de causas adquiridas por enfermedades de origen neurológico, por traumatismos craneoencefálicos, o por lesión directa del músculo o de la tróclea, entre otras.¹

Las paresias del músculo OS presentan ciertas características que las diferencian de los otros músculos oculomotores; es por eso que su diagnóstico no ofrece dificultades. Se basa fundamentalmente en dos signos patognomónicos que deben coexistir obligatoriamente: la hipertropía, que aumenta en la lateroversión correspondiente a la aducción del ojo hipertrópico y disminuye en lateroversión opuesta, y el aumento de la hipertropía con la inclinación de la cabeza hacia el hombro del lado del ojo afectado (signo de Bielschowsky), y dos signos accesorios: la anisotropía en V y la exciclotropía. La magnitud de estos signos varía considerablemente de un paciente a otro.¹

En todos los pacientes con parálisis o paresias se debe realizar un estudio clínico y de laboratorio en dependencia de la etiología. Las opciones de tratamiento no quirúrgico incluyen el empleo de prismas de Fresnel si el ángulo de desviación es pequeño, oclusión monocular para evitar la diplopía e inyección de toxina botulínica en el

músculo no afectado para evitar la contractura antes de que la desviación mejore o se estabilice.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. Los prismas en la mayoría de los casos son poco útiles debido a la incomitancia y que no corrigen la ciclotropía, aunque sí pueden ser útiles en casos con desviaciones muy pequeñas.

El plan quirúrgico debe adaptarse a cada caso según una completa exploración motora y la experiencia de cada cirujano. En el caso de las parálisis adquiridas, la cirugía debe plantearse solo después de que ha terminado completamente la mejoría espontánea. Esto no suele ocurrir antes de seis meses de la fecha de inicio.²

Las alternativas quirúrgicas son las siguientes:

- Debilitar el oblicuo inferior ipsilateral.
- Debilitar el recto inferior contralateral.
- Debilitar el recto superior ipsilateral.
- Acortar el tendón del músculo oblicuo superior afectado.
- Actuar sobre más de un músculo de acción vertical.

Aunque existen muchas controversias en cuanto al plan quirúrgico entre diferentes autores, sí hay unos principios generales aceptados por la mayoría de ellos. El tipo de cirugía dependerá del grado de hipertropía en posición primaria de la mirada (PPM), de los déficits e hiperacciones hallados en las versiones y del grado de exciclotorsión. Si existe hiperacción del oblicuo inferior se tiende al debilitamiento de este, y si la desviación es mayor de 15 dioptrías prismáticas se suele asociar cirugía de otro músculo de acción vertical. Si existe importante hipoacción del oblicuo superior y la desviación es grande, se asocia al debilitamiento del oblicuo inferior y el pliegue del oblicuo superior. Si no existe hiperacción del oblicuo inferior o la hipertropía no varía en las versiones horizontales, se tiende a operar uno o dos de los músculos rectos verticales, según el grado de desviación.^{1,3}

La técnica quirúrgica a emplear estará en dependencia del cuadro clínico que presente el paciente una vez realizada la exploración sensorial y motora, para lo cual se agrupan en 7 tipos o clases conocida como Clasificación de Knapp de 1971.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 24 años de edad, procedencia urbana, con antecedente de salud anterior a la paresia del OS ojo izquierdo, acude a consulta y refiere diplopía binocular vertical y torsional, torticolis compensatoria hacia la derecha desde los 12 o 13 años de edad. Fue valorado por neurología donde se le realizó neuroimágenes, las cuales fueron negativas. Se diagnostica por la clínica y el examen físico una paresia del oblicuo superior unilateral izquierda y se decide interconsulta con el Servicio de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo.

Al examen oftalmológico la agudeza visual sin cristales era de unidad y la tensión ocular dentro de límites normales en ambos ojos. En ambos ojos no existían alteraciones en los anexos, segmento anterior, medios y fondo.

En el estudio de la motilidad ocular se comprueba una torticolis compensatoria hacia la derecha. En posición primaria de la mirada estaba en ortotropía. Al cover test se detecta hiperforia en ojo izquierdo. En el ojo derecho hiperfunción del oblicuo superior

y el recto inferior. En el ojo izquierdo hiperfunción grado I del oblicuo inferior y del recto superior con hipo acción del recto inferior. Bielschowsky positivo hacia el hombro izquierdo. La excicotropía 5* por varilla de Maddox. El mapeo filtro rojo evidenció una diplopía vertical torsional en la mirada a la derecha y abajo.

Por todo lo anterior se llegó al diagnóstico de paresia adquirida atípica del músculo oblicuo superior izquierdo de etiología no precisada. Se interconsultó el caso a través del servicio de telemedicina donde se corroboró el diagnóstico y se decidió realizar retroceso de 4 mm del músculo recto superior izquierdo con desplazamiento de este un cuarto hacia temporal como tratamiento de la excicotropía (Fig. 1).

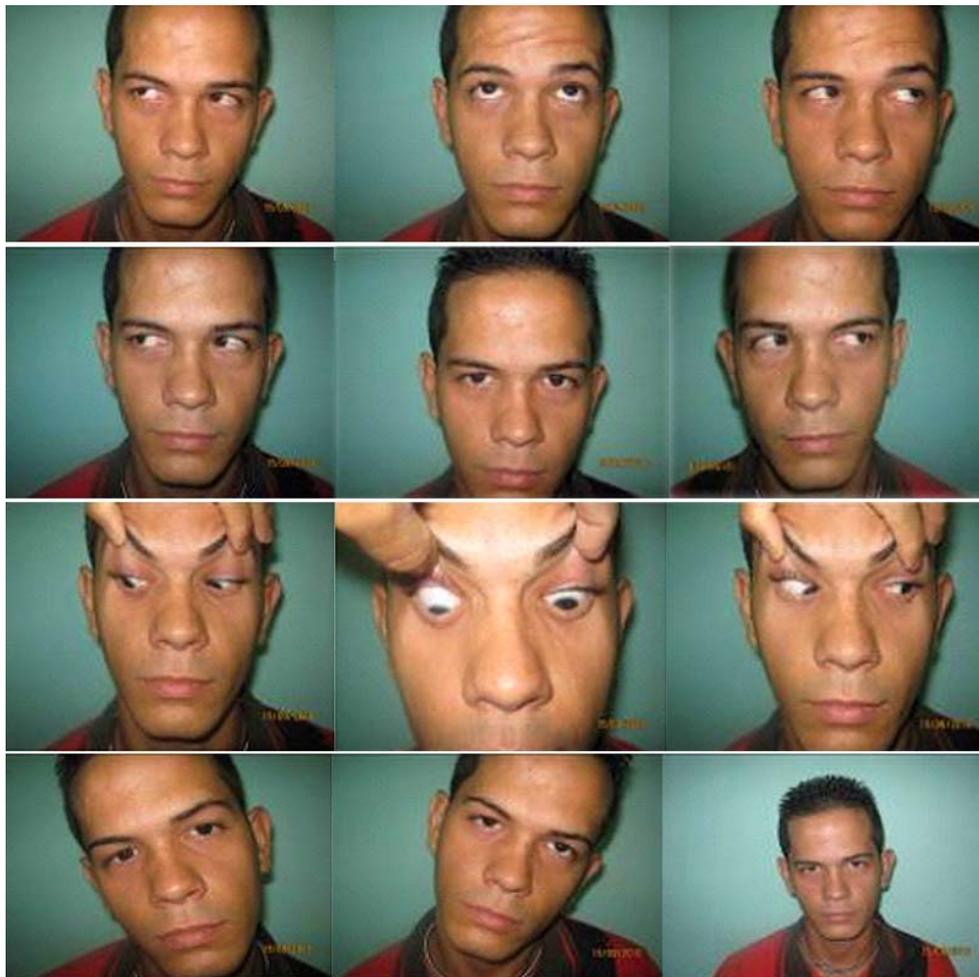


Fig. 1. Preoperatorio.

La evolución posoperatoria fue favorable, con desaparición de la diplopía vertical y torsional y la tortícolis, y ortotropía en la posición primaria de la mirada. La elevación del ojo al inclinar la cabeza sobre el hombro izquierdo (Bielschowsky) desapareció (Fig. 2).

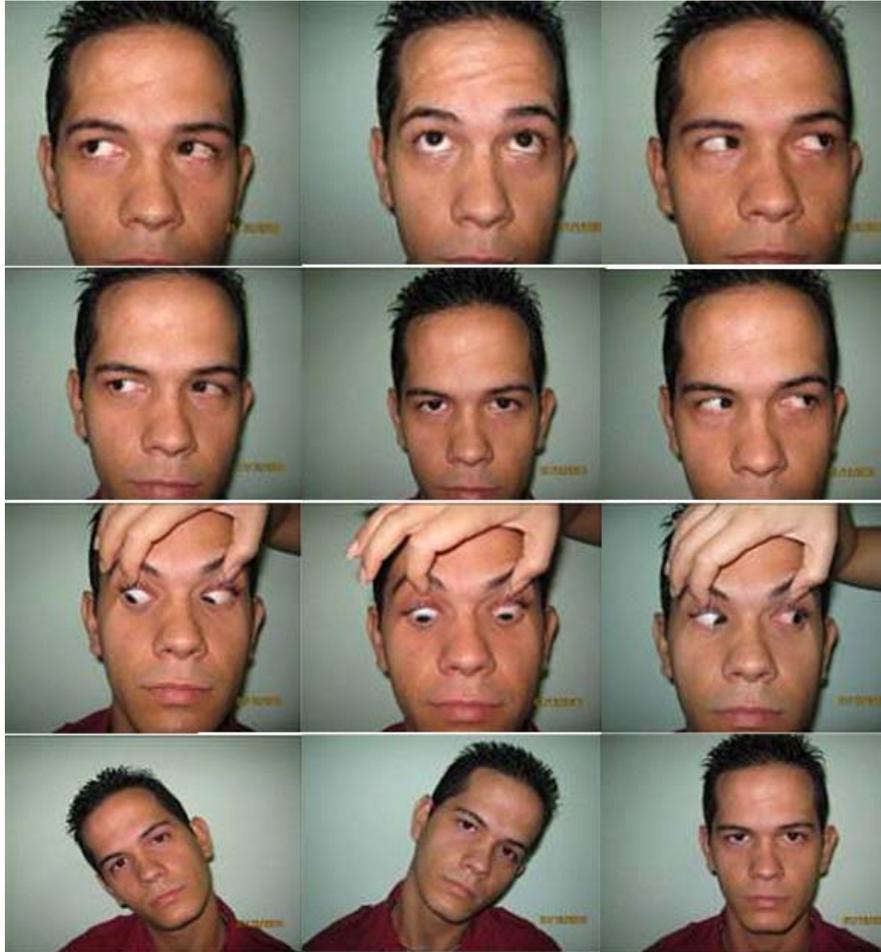


Fig. 2. Posoperatorio.

DISCUSIÓN

La paresia unilateral del músculo OS es la forma de presentación más frecuente de este tipo de parálisis, la clínica subjetiva en niños es negativa no se quejan de diplopía por el mecanismo de supresión que existe en esta edad. Cuando la parálisis es adquirida y el paciente es lo suficientemente mayor como para que no intervenga este mecanismo compensador, el paciente se quejará de diplopía vertical y torsional a veces acompañada de signos vegetativos (náuseas, vómitos, signos vertiginosos, entre otros). Las molestias importantes son sobre todo a la mirada hacia abajo, por lo que la lectura y descender escaleras es insostenible, el enfermo tratará de eliminar esta diplopía ocluyéndose un ojo o también adoptando la posición de tortícolis.⁴

En las parálisis adquiridas con excepción de las producidas por traumatismos del cráneo, cuya frecuencia va aumentando en la misma proporción que los accidentes de tránsito, pocas veces se logra determinar su etiología. Existen otras causas como la exéresis de tumor cerebral, cirugía de sinusitis, accidente vascular cerebral, drenaje de mucocelo e infección viral, además de las parálisis de origen neurológico, lesión directa del músculo o de la tróclea, por mordedura y patadas de perro, cornada de buey, herida punzante por armas blancas, esquirlas en ruptura de parabrisas de automóvil y por cirugía de los senos frontales o de blefaroptosis y las causadas por iatrogenia en el tratamiento quirúrgico del síndrome de Brown.^{1,3-5}

En las parálisis del oblicuo superior se instaura una hiperfunción del antagonista ipsilateral (oblicuo inferior) y de su sinergista contralateral o yunta (recto inferior). Al ser el músculo recto superior, antagonista vertical del oblicuo superior, se desarrolla también en muchos casos una hiperfunción del recto superior que puede llevar a su contractura.¹

Se presenta este paciente para demostrar otras alternativas en el tratamiento de la paresia del oblicuo superior, cuando la hiperfunción de su antagonista ipsilateral (oblicuo inferior) no es quirúrgica y ya está establecida la contractura de otros músculos de acción vertical, en este caso el recto superior ipsilateral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto Díaz J, Souza Dias J. Estrabismo. 5ta ed. Argentina: Ediciones científicas Argentinas; 2005.
2. Kanski JJ. Clinical Ophthalmology Oftalmologia clinica. 6ta ed. EE.UU. Butterworth: Helnemann Elsevier; 2007.
3. Helveston E. Surgical management of strabismus. EE.UU Butterworth: Wayemborgh Publishing; 2005.
4. Perea García J. Parálisis oculomotoras. En: Estrabismo. Toledo, Madrid: Artes gráficas Toledo, SAU; 2006. p. 345.
5. Skuta GL. Basic and clinical Science Course. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2008-2009.
6. Fernández Naranjo R, Sánchez Méndez T, Pedroso A. Parálisis del Oblicuo Superior. Comportamiento Clínico Quirúrgico. Rev Cubana Oftalmol 2004; 17(2)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s0864_21762001000100002

Recibido: 28 de noviembre de 2012

Aprobado: 15 de enero de 2013.

Dra. *Lourdes Rita Hernández Santos*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: lourdesrita@infomed.sld.cu