

Corrección quirúrgica del estrabismo en paresia del oblicuo superior

Surgical correction of strabismus in upper oblique paresia

Lucy Pons Castro, Yahyma Chang Sánchez, Yaimir Estévez Miranda

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

RESUMEN

La paresia de oblicuo superior adquirida puede ser unilateral o bilateral, producida por traumatismos craneales cerrados, tumores, enfermedades microvasculares -como malformaciones, infecciones, inflamaciones o lesiones directas sobre el músculo o la tróclea- y aneurismas. Se presentan las características oftalmológicas de un paciente masculino de 66 años, con diagnóstico de paresia de oblicuo superior en el ojo derecho adquirida, de etiología no precisada. Se caracteriza por presentar diplopía vertical binocular, tortícolis, hipertropía y Bielschowsky positivo del lado de la paresia. Se decide realizar recesión del recto superior del ojo derecho, que es el ojo parético, y Faden del recto inferior contralateral. Con esta técnica quirúrgica desapareció la diplopía vertical y se logró simetría en infraversión.

Palabras clave: paresia; diplopía; técnica quirúrgica.

ABSTRACT

The acquired paresia of the upper oblique can be unilateral or bilateral, caused by closed cranial traumas, tumors, microvascular illnesses, as malformations, infections, inflammations or direct lesions on the muscle or the trochlea and aneurismas. Here is the case of a 66 years-old male patient with diagnosis of acquired paresia of the upper oblique in his left eye, with no precise etiology. It is characterized by binocular vertical diplopia, torticollis, hypertrophy and positive Bielschowsky on the side of

paresia. After this, it was decided to perform recession of the upper rectus of the right eye, which was the paretic eye, and also Faden procedure to treat contralateral lower rectus. With this surgical technique, the vertical diplopia disappeared and symmetry was achieved in infraversion.

Key words: paresis; diplopia; surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

La paresia de oblicuo superior adquirida puede ser unilateral o bilateral, producida por traumatismos craneal cerrado, tumores, enfermedades microvasculares, como malformaciones, infecciones, inflamaciones o lesiones directas sobre el músculo o la tróclea, aneurismas y un alto porcentaje es de etiología desconocida.¹⁻⁴ Dentro de las parálisis oculomotoras, la del IV nervio craneal es considerada la más frecuente en una consulta oftalmológica y, a su vez, la causa más frecuente de diplopía vertical.^{1,3} En aquellos casos adquiridos en los que no exista etiología determinada se deben solicitar exámenes complementarios, en especial de neuroimágenes.¹

El músculo oblicuo superior es un músculo depresor, por lo que el paciente con paresia refiere diplopía vertical en la mirada hacia abajo (al leer o bajar escaleras). Objetivamente el ojo se encuentra en hipertropía, la cual aumenta en la lateroversión correspondiente a la aducción del ojo hipertrópico y disminuye en la lateroversión opuesta, así como existe aumento de la hipertropía al inclinar la cabeza hacia el hombro del lado del ojo afectado (signo de Bielschowsky positivo). Otras características que lo acompañan son la anisotropía en V y la exciclotropía.^{1-3,5} Se ha reportado que este tipo de paresia es la de mejor resultado quirúrgico. El éxito de la cirugía oscila entre 75 y 80 %, independientemente de la técnica empleada.⁴ Realizamos esta presentación de caso teniendo en cuenta el cuadro clínico y la variante quirúrgica utilizada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 66 años de edad, masculino, con diplopía vertical hace dos años, principalmente en la mirada hacia abajo. Se le realizaron imágenes radiológicas por su área de salud, y se sospechó que podía tratarse de una enfermedad vascular encefálica. Los estudios de neuroimágenes resultaron negativos. Se le indicó tratamiento con vitaminas del complejo B intramuscular los 10 primeros días y después se continuó por vía oral. Se mantuvo la diplopía que le interfería en la realización de las actividades cotidianas.

Al examen oftalmológico el paciente presentaba hipertropía de 10° en ojo derecho (OD) según la clasificación de Hirschberg en posición primaria de la mirada (PPM). Cuando fijaba el OD parético había hipotropía del ojo contralateral. En el ojo izquierdo (OI) existía en la levoversión hiperfunción del oblicuo inferior derecho. Al realizar la

prueba de Bielschowsky el resultado fue positivo cuando ladeaba la cabeza hacia el lado del ojo parético. La agudeza visual con corrección óptica en ambos ojos era de 1,0 según la Cartilla de Snellen. Al realizar la refracción dinámica resultó:

OD: + 2,00 esférico; OI: + 2,00 esférico; Add: + 3,00.

Al efectuar el estudio motor y sensorial encontramos:

Método de ocluser y prisma: 6 m y 33 cm; OD: 20 dioptrías prismáticas de base (DP) inferior; OI 20 DP de base superior.

Dominancia ocular: OI fijador.

Prueba de las cuatro luces de Worth: 5 luces.

TNO: el paciente no tenía estereopsia.

Mapeo de filtro rojo: diplopía en todas las posiciones de la mirada.

Nuestra impresión diagnóstica fue: paresia de oblicuo superior en el ojo derecho por el examen oftalmológico (Fig. 1, 2 y 3).

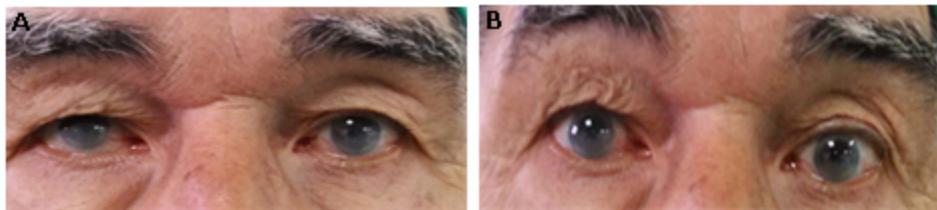


Fig. 1. Paresia de IV par. A: Hipertropía ojo derecho fijando con ojo izquierdo. B: Hipotropía ojo izquierdo fijando con ojo derecho.



Fig. 2. Hiperfunción del oblicuo inferior en la supraleveoversión del ojo derecho.



Fig. 3. Maniobra de Bielschowsky positiva.

La técnica quirúrgica empleada en este paciente fue la recesión del recto superior a 6 mm de la inserción en OD y mioescleropexia retroecuatorial (Faden). (Fig. 4, 5 y 6).



Fig. 4. Se observa mejoría de la hipertropía.



Fig. 5. No hiperfunción de oblicuo inferior en el ojo derecho en levoversión.



Fig. 6. Maniobra de Bielschowsky negativa.

DISCUSIÓN

Los criterios de cirugía están indicados en las siguientes situaciones: diplopía, tortícolis, hipertropía marcada y maniobra de Bielschowsky positiva.²⁻⁴ En algunos casos puede ser necesaria la cirugía de dos o más músculos incluyendo los verticales, sobre todo cuando en PPM la desviación es mayor de 15 DP.^{4,5} La tortícolis que presentan estos pacientes la corrige la mayoría de las veces la intervención sobre los músculos oblicuos (superior o inferior); el refuerzo sobre el oblicuo superior es muy controversial por la dificultad de la técnica y por la presencia del Síndrome de Brown iatrogenicamente adquirido.⁵

Si la desviación es de 8 a 10 DP se obtiene buen resultado con el debilitamiento de oblicuo inferior; si es mayor por contractura del recto inferior, muchos autores sugieren realizar recesión del recto inferior contralateral, pero la recesiones amplias del recto inferior asociado a la presencia de contractura de este puede provocar hipercorrecciones a largo plazo.⁵ Durante el transoperatorio se realizó la prueba de tracción del oblicuo superior y se encontró normal, por lo cual se decidió realizar la

recesión del recto superior a 6 mm de la inserción en OD y mioescleropexia retroecuatorial a 14 mm del recto inferior en el ojo contralateral (técnica de Faden).

La mioescleropexia retroecuatorial es una cirugía debilitante sin modificar el ángulo de desviación en PPM. Su objetivo es eliminar el arco de contacto. Con esto se crea una nueva inserción anatómica muy posterior coincidente con la inserción fisiológica del músculo. Disminuye la eficacia del músculo en su campo de acción y provoca paresia del músculo.⁵⁻⁷ La técnica está indicada en los casos en que hay hiperfunción de los músculos rectos sin desviación en PPM. En las paresias de oblicuo superior en los cuales hay hipertropía, solamente en infraversión se opera el recto inferior contralateral.

El debilitamiento sobre el músculo recto superior debería empeorar la posición de la cabeza al encontrar inversión de la tortícolis, pero cuando la cirugía se impone en estos casos por la presencia de otros signos que afectan al paciente, como presentar una desviación en posición primaria de la mirada mayor de 15 DP de desviación vertical. Es recomendable operar un músculo vertical, en este caso el recto superior y/o recto inferior, según desviación. El diagnóstico diferencial de esta entidad se realiza con la desviación vertical disociada, una parálisis aislada del oblicuo inferior y paresia del recto superior contralateral. La desviación vertical disociada es bilateral asimétrica; se asocia a pacientes con esotropías congénitas, lo que aparece en edades más tempranas.⁸⁻¹¹

La hipofunción del oblicuo inferior aislado no es frecuente. Las características del cuadro son: hipotropía del ojo afectado que aumenta en lateroversión correspondiente a su aducción, hipertropía del ojo sano si el paciente fija con él, anisotropía en A y acentuación de la hipotropía cuando el paciente inclina la cabeza sobre el hombro del lado opuesto al ojo afectado. El resultado del estudio motor posquirúrgico fue el siguiente:

6 metros, 33 cm.

OD: 2 DP base externa; 2 DP base inferior.

OI : 2 DP base externa; 2 DP base superior.

Con la técnica quirúrgica empleada desapareció en este paciente la diplopía vertical, con corrección de la hipertropía, y se negativizó la maniobra de Bielchowsky.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galán Terraza A, Visa Nasarre J. Estado actual del tratamiento del estrabismo. Sociedad Española de Oftalmología; 2012. p. 140-5.
2. Eguía F, Río Torres M, Capote A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
3. Prieto-Díaz J, Souza-Díaz C. Estrabismo. La Plata: Ediciones Científicas Argentinas; 2005.

4. Plager David A. Strabismus Surgery Basic and Advanced Strategies. New York: Oxford; 2004.
5. Perea García J. Estrabismo. Toledo, Madrid: Artes gráficas Toledo, SAU; 2006. p. 345.
6. Helveston EM. Surgical management of strabismus. Bélgica: Wayenborgh Publishing van Iseghemlaan; 2005.
7. Von Noorden GK, Campos EC. Special forms of strabismus. Binocular vision and ocular motility: Theory and management of strabismus. St. Louis: MO Mosby; 2013 [citado 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.cybersight.org/>
8. Wright K, Spiegel P, Thompson L, editores. Handbook of pediatric strabismus and amblyopia. Chicago: Springer Science+Business Media; 2006.
9. American Academy of Ophthalmology. Pediatric ophthalmology and strabismus (Basic and clinical science course). San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2011.
10. Taylor D, Creig SH. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016.
11. Nelson LB. Oftalmología Pediátrica. México DF: Mc Graw-Hill; 2000.

Recibido: 28 de febrero de 2017.

Aprobado: 2 de marzo de 2017.

Lucy Pons Castro: Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: lucypons@infomed.sld.cu