

11234
54
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA FUNDACION CONDE DE
VALENCIANA

"PARALISIS MONOCULAR DE ELEVADORES.
RESULTADOS CLINICOS DE SU MANEJO"

TESIS DE POSGRADO
QUE PRESENTA:
ADRIANA DE LOS SANTOS ALGARIN
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO OFTALMOLOGO

ASESOR DE TESIS:
DRA. CLAUDIA MURILLO CORREA

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA FUNDACION CONDE DE VALENCIANA

**“PARALISIS MONOCULAR DE ELEVADORES.
RESULTADOS CLINICOS DE SU MANEJO”**

TESIS DE POSGRADO QUE PRESENTA

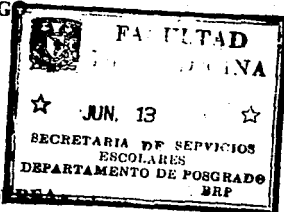
ADRIANA DE LOS SANTOS ALGARIN

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO OFTALMOLOGO

ASESOR DE TESIS

DRA. CLAUDIA MURILLO CO



**INSTITUTO DE
OFTALMOLOGIA**

FUNDACION CONDE DE VALENCIANA

JEFATURA DE ENSEÑANZA

Chimalpopoca 14 México 8, D. F.

Col. Obrera



DR. ENRIQUE GRAUE WIECHERS

Profesor titular del curso

DR. DAVID LOZANO RECHY



Jefe de Enseñanza e Investigación



DRA. CLAUDIA MURILLO CORREA

Asesor de tesis

DEDICATORIA

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS

A MIS MAESTROS

A LOS PACIENTES

INDICE

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	5
OBJETIVO	6
MATERIAL Y METODO	6
ANALISIS ESTADISTICO	7
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES Y DISCUSION	9
REFERENCIAS	11

PARALISIS MONOCULAR DE ELEVADORES. RESULTADOS CLINICOS DE SU MANEJO

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

La parálisis monocular de elevadores es un síndrome en el cual clínicamente los músculos recto superior y oblicuo inferior del mismo ojo están "paralizados, limitándose la elevación en forma unilateral .

El término fue introducido por Dunlap en 1952 refiriéndose a la parálisis simultánea de ambos músculos elevadores en un solo ojo (1,2).

Algunos autores han descrito casos clínicos de pacientes que han perdido la capacidad de elevación monocular y sugieren que la lesión se encuentra en la región pretectal contralateral (3,4).

Se ha encontrado en esta patología que solamente esta limitada la elevación voluntaria, la parte involuntaria refleja está conservada.

Se pudiera explicar la etiología por una lesión supranuclear a nivel de la region pretectal de la formación reticular contralateral; sostiene esta hipótesis la presencia de fenómeno de Bell, es decir elevación involuntaria conservada (1). Es indudable por todo esto que la anomalía reconoce un origen neurogénico;

sin embargo ha existido controversia en cuanto al sitio específico de la lesión, ya que resulta difícil admitir que haya una lesión nuclear que involucre selectivamente al recto superior y oblicuo inferior o dos lesiones pequeñas simultáneas separadas. Adler pensaba que un pequeño defecto situado en la extrema porción anterior del núcleo del III nervio podía afectar a estos dos músculos del mismo lado, pero recientes hallazgos han modificado este postulado (5).

Pueden existir antecedentes tales como parto prolongado, anoxia, trauma obstétrico, infecciones del sistema nervioso central, accidente vascular cerebral en región pretectal, patología vascular de las ramas perforantes de los vasos circunflejos de la cerebral posterior que nutren la región pretectal, policitemia vera, cáncer broncogénico metastásico a región pretectal (5,6).

Puede dividirse en congénita y adquirida, en la primera hay ausencia de diplopia y puede acompañarse de ptosis verdadera y en la segunda se encuentra inicio súbito y diplopia en la mirada hacia arriba (7).

CUADRO CLINICO

Aunque el signo más conspicuo es la severa limitación de la elevación, el cuadro clínico ofrece habitualmente diversos matices (8).

-Ptosis o pseudoptosis

-Ortoposición en posición primaria, puede haber hipotropía con pseudoptosis cuando el ojo fijador no es el afectado o hipertropía del ojo contralateral cuando el ojo fijador es el afectado.

-Limitación de la elevación de un ojo.

-Fenómeno de bell positivo.

-Prueba de ducción forzada pasiva negativa o ligeramente positiva.

-Posición compensadora de la cabeza elevando el mentón cuando hay hipotropía o al intentar elevación (9,10).

La frecuencia con la que el signo de Bell esté ausente es en proporción de 4:1 aproximadamente.

El hallazgo de la tríada clínica en la que se encuentre limitación a la elevación voluntaria, prueba de ducción pasiva negativa, con o sin signo de bell es casi patognomónico de parálisis de los elevadores (8).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se hace con todas aquellas entidades que cursan con hipotropía y limitación de la elevación tales como:

- Oftalmoplegia tiroidea
- Míastenia gravis
- Fractura del piso de la órbita
- Oftalmoplegia progresiva
- Parálisis de la división superior del motor ocular común
- Ausencia congénita de recto superior y oblicuo inferior
- Síndrome de retracción vertical
- Síndrome de Brown (1,11)

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico y está indicado cuando hay hipotropía en posición primaria de la mirada, con o sin posición compensadora de la cabeza. En caso de ptosis verdadera se valorará la posibilidad de corregirla.

Se propone como alternativa quirúrgica la transposición de los músculos horizontales al área del recto superior y con debilitamiento del recto inferior

cuando hay prueba de ducción pasiva positiva, se mencionan resultados nulos para la elevación pero buenos para corregir la hipotropía (12).

Otra posibilidad quirúrgica es el debilitamiento del recto inferior antagonista del músculo paralizado y si fuera necesario el reforzamiento del recto superior (1). Con la técnica de Knapp se han reportado hipocorrecciones, y los resultados a largo plazo no han sido bien estudiados, sin embargo existen investigaciones que han demostrado que con el tiempo existe un incremento de la corrección con la técnica de Knapp (13).

JUSTIFICACION

La corrección quirúrgica de la parálisis de los elevadores ha sido motivo de controversias. Según cual fuera el ojo fijador se proponía reforzar a los músculos hipofuncionantes, debilitar a los antagonistas ipsilaterales o debilitar las yuntas hiperfuncionantes (14).

Ante tales controversias y conforme se observan los resultados obtenidos en nuestro medio se han venido utilizando las diferentes técnicas quirúrgicas descritas para esta patología, sin embargo, en nuestro medio no ha existido un seguimiento y reporte de los resultados obtenidos mediante las técnicas empleadas por lo que es justificante valorar retrospectivamente a estos pacientes.

OBJETIVO

Valorar los resultados obtenidos con las diferentes técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la parálisis monocular de elevadores en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el cual se revisó el archivo del servicio del Servicio de Estrabismo del Instituto de Oftalmología, seleccionando los expedientes con diagnóstico de parálisis monocular de elevadores que hubieran sido captados en el servicio entre 1991 a 1994.

Se creó un formato de recopilación de la información en el que se incluían variables tales como: edad, sexo, antecedentes, diplopia, posición compensadora de la cabeza, alteraciones palpebrales, agudeza visual, alteraciones pupilares y de la convergencia, posición del ojo, limitación de ducciones, pruebas de ducción forzada y fenómeno de bell, así como también cirugía, técnica quirúrgica y resultado postoperatorio y tiempo de seguimiento hasta su última cita al departamento de estrabismo.

ANALISIS ESTADISTICO

Se captó la información en DBase III y para su análisis se utilizaron paquetes bioestadísticos EPISTAT y EPINFO.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 22 expedientes que cumplieron con los requisitos.

De ellos, 12 fueron sometidos a procedimiento quirúrgico (63.6%) que se ilustra en la figura 1.

El promedio de edad encontrado fué de 8.0 años con una SD de 8.6 y un rango de 1 a 27. El 50% correspondió al sexo masculino, no se encontraron diferencias estadísticas significativas en cuanto a distribución por edad y sexo ($p > 0.05$). Se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO 1

SEXO	EDAD
Masculino	10.5 (SD 4.6)
Femenino	12.5 (SD 6.2)

p 0.05

Un paciente presentó antecedente de importancia para su padecimiento que fue hipoxia neonatal y retraso mental en el resto no existieron antecedentes, se afectó de igual manera OD y OI (50%), en ninguno existió diplopia, documentándola en pacientes que no la podían referir verbalmente, con posición compensadora de la cabeza o cierre de un ojo

En 8 pacientes se presentó en ortoposición en posición primaria de la mirada los cuáles no se intervinieron quirúrgicamente y los 14 restantes presentaron hipotropía en un rango de 10 a 20 Dp. Cinco pacientes presentaron concomitante con su hipotropía una endotropía (41.66%) y en ellos se manejo también quirúrgicamente el componente horizontal. (fig 2).

El 100% de los pacientes presentaron fenómeno de bell positivo y en 8 de los doce pacientes sometidos a cirugía existía pseudoptosis, en ninguno se encontraron alteraciones pupilares y la prueba de ducción forzada fue negativa en todos los casos.

En 4 de los 12 pacientes operados (33.33%) se utilizó la técnica de Knapp y en el resto se debilitó el recto inferior antagonista y reforzamiento de recto superior. En un paciente (8.33%) el resultado fue hipotropía residual de 10 Dp. 2 con hipertropía de 10-15 Dp. respectivamente. En el resto de los pacientes el resultado fue la ortoposición en posición primaria de la mirada, todos ellos con limitación a la elevación voluntaria. (fig 3 y 4)

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Los hallazgos clínicos en nuestros pacientes correspondieron a lo reportado en la literatura con excepción del fenómeno de Bell que estuvo presente en todos ellos y describen algunos autores que es más frecuente encontrarlo ausente en una relación de 4:1.

Los resultados quirúrgicos encontrados en ambas técnicas fueron iguales es importante mencionar que los casos que se realizaron con técnica de Knapp fueron los primeros cuatro del período revisado todos los siguientes se realizó manejo de músculos verticales.

Ya se ha descrito este hallazgo en otros trabajos y en el nuestro de acuerdo a los resultados obtenidos nos atrevemos a recomendar la técnica de manejo de músculos verticales ya que se manejan menos unidades musculares y es una

técnica más sencilla de retroinserción más resección de músculos rectos verticales, por esta misma razón la posibilidad de isquemia de segmento anterior es casi nula.

Se pueden catalogar como resultados muy buenos los que obtuvimos ya que con ninguna técnica se logra que mejore la elevación voluntaria, y la ortoposición lograda es el objetivo principal de la cirugía.

Valdría la pena realizar un estudio prospectivo, tipo ensayo clínico para poder determinar de mejor manera las ventajas y desventajas de cada una de las técnicas quirúrgicas utilizadas para la corrección de la parálisis monocular de elevadores, este trabajo sólo pretendía describir los resultados quirúrgicos y por ser retrospectivo carece de la posibilidad de controlar una serie de variables que pudieran en un momento dado pueden considerarse como un sesgo la interpretación de nuestros resultados.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

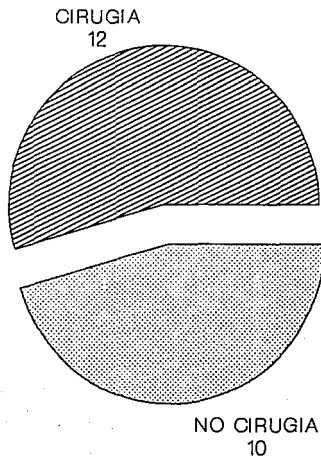
REFERENCIAS

- 1.- Quintana Pali LU, Campomanes Eguiarte GA. Parálisis monocular de elevadores. Centro Mexicano de Estrabismo. Cap. 11: 103-109.
- 2.- Hugonnier R, Hugonner CS. Anatomy of ocular motor pathways and nerves. Strabismus, Hetrophorias, Ocular motor paralysis, clinical ocular muscles imbalances. CV mosby Co. 1969: 46-63 y 310-321.
- 3.- Jampell RS Fells P. Monocular elevation paresis caused by a central nervous system lesion. Arch Ophthalmol 1968;80:45-57.
- 4.- Lessel S. Supranuclear paralysis of monocular elevation. Neurology 1975;25:434-1136.
- 5.- Metz HS. Double elevator palsy. Arch Ophthalmol 1979; 9: 901-903
- 6.- Creig SH. Acquired double elevator palsy and polycythemia Vera. J of Pediatric Ophthalmology and strabismus. (6) Nov-Dic.
- 7.- Rosner R. Double elevator paralysis. Am J Ophtalmology 1963;55:87-93.
- 8.- Prieto-Díaz. Parálisis supranucleares. cap 5: 327-336. En Estrabismo. Panamericana.

- 9.- Brogi M, Laterza A. Contributo alla Diagnosi (studio elettro oculografico). Acta Neurol (napoli) 1977;32(6):729-737.
- 10.-Robinson DH.Double elevator palsy. Pediatric Ophthalmology. WB Saunders Co 1975: 169-170.
- 11.-Duke-Elders.Incomitant Strabismus neurogenic palsies. System of ophthalmology Vol VI: 722-724.
- 12.-Thomas. defects of cortical Vertical oculomotor centers and pathways. Surgery of the vertical muscles of the eye. 2da. ed. 1962.
- 13.- Burke JP, Ruben JB, Scott WE. Vertical transposition of the horizontal recti (Knapp procedure) for the treatment of double elevator palsy; effectiveness and long-term stability.1992;76(12):734-7.
- 14.-Watson AG. A new operation for double elevator paresis. Trans. Canad. Ophthal Soc 1962: 25:182.

FIGURA 1

PACIENTES QUE REQUERIAN CIRUGIA

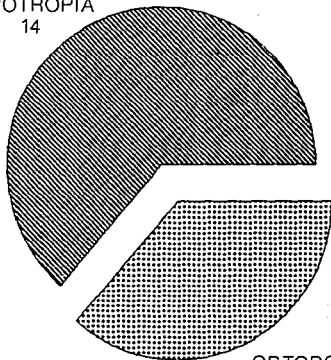


PARALISIS MONOCULAR

FIGURA 2

HALLAZGO CLINICO PREOPERATORIO

HIPOTROPIA
14



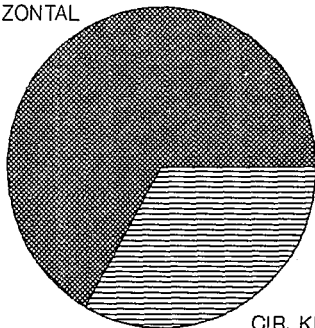
ORTOPOSICION
8

PARALISIS MONOCULAR

FIGURA 3

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA

MUSCULOS HORIZONTAL
8

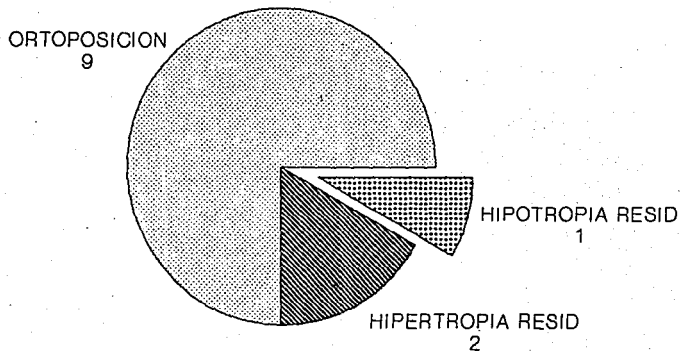


CIR. KNAPP
4

PARALISIS MONOCULAR

FIGURA 4

RESULTADOS FINALES



PARALISIS MONOCULAR

ANEXO 1

CEDULA DE CAPTACION DE INFORMACION

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE CONSULTA:

ANTECEDENTES PERI Y NEONATALES:

DIPLOPIA: SI NO VERTICAL HORIZONTAL

POSICION COMPENSADORA DE LA CABEZA: SI NO

DIBUJO:

ALTERACIONES PALPEBRALES: SI NO

AVSC: OD OI

ALTERACIONES PUPILARES: SI NO

ALTERACIONES CONVERGENCIA: SI NO

POSICION DEL OJO

FENOMENO DE BELL: SI NO

PBA. DUCCION FORZADA POSITIVA NEGATIVA

EXPLORACION DE MO:

FECHA DE CIRUGIA:

TECNICA QUIRURGICA (DESCRIPCION):

RESULTADO POSOPERATORIO:

FECHA PROXIMA CITA