

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CURSO DE ESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA, QUE SE IMPARTE
EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE MEXICO, S.S.A.

CIRUGIA

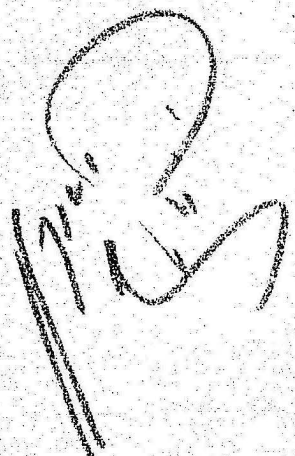
MONOCULAR

EN

EL

ESTRABISMO

CONCOMITANTE



DR SHIZO TAKANE WATANABE

1967



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

"CIRUGIA MONOCULAR EN EL ESTRABISMO CONCOMITANTE"

DEFINICION

Se entiende por cirugía monocular aquella cirugía de las desviaciones horizontales "exo o eso" en los cuales los caracteres clínicos de la desviación (grado, tipo etc.) nos obligan a actuar quirúrgicamente sobre dos músculos de un mismo ojo (recto interno y recto externo).

INTRODUCCION

En el tratamiento quirúrgico de las desviaciones horizontales - existen fundamentalmente dos tipos de cirugía:

A) Cirugía bilateral

B) Cirugía monocular

Se llama cirugía simétrica bilateral, aquella cirugía de las desviaciones horizontales que por sus caracteres clínicos (grados, etc.) requiere tratamiento de dos músculos simétricos de acción horizontal; los dos rectos externos o los dos internos.

INDICACIONES DE LA CIRUGIA SIMETRICA BILATERAL

Desviaciones horizontales que reúnen los caracteres clínicos siguientes:

1.-Grado

2.-Concomitancia

3.-Alternancia

Ejemplo en las exodesviaciones; retreinserción de ambos rectos externos en aquellas que miden más de lejos que de cerca con buena convergencia o que miden más arriba que abajo. Resección de - ambos rectos internos en las desviaciones que miden más de cerca

y abajo o con convergencia insuficiente.

INDICACIONES DE LA CIRUGIA MONOCULAR

A quedado para aquellas desviaciones que rednen:

1.-Grado

2.-Incomitancia

3.-Monocularidad estricta.

Variedades de exodesviación en las que sí está indicada y en las que no está indicada la cirugía monocular:

1.-Exofovia-tropia lejos y orto cerca (NO)

2.-Exofovia-tropia lejos y exofovia-tropia cerca (SI)

3.-Exotropia lejos y ortoforia cerca (NO)

4.-Exotropia lejos y exotropia-foria cerca (SI)

5.-Exotropia cerca y orto lejos (NO)

6.-Exofovia-tropia cerca y orto lejos (NO)

7.-Exotropia lejos y cerca (SI, porque participa exceso de la divergencia e insuficiencia de la convergencia)

Variedades de esodesviación en las que estaría indicada la cirugía monocular: 1.-Posicional 2.-Mixta (acomodativo mas posicional.)

Si poseen: A) Monocularidad estricta.

B) Alternancia o concomitancia en adulto con fin cosmético.

OBJETO

El presente trabajo tiene por objeto determinar el resultado del tratamiento quirúrgico comparando la cirugía simétrica bilateral con la cirugía monocular en las desviaciones horizontales "exo o eso" con concomitancia.

MATERIAL Y METODO

Se analizan 43 casos clínicos de pacientes estrábicos sometidos a tratamiento quirúrgico "cirugía monocular" del Servicio de OF TALMOLOGIA del Hospital General comprendidos desde 1954 a la fecha.

ANALISIS

De los 43 casos, 36 corresponden al grupo de las esodesviaciones de éstos 22 fueron monoculares estrictos, y 14 alternantes.

7 casos de exodesviaciones de los cuales 2 con monocularidad estricta y 5 con alternancia.

RESULTADOS

1) En igualdad de circunstancia no hay diferencia entre la cirugía simétrica bilateral y la cirugía monocular porque cada método tiene sus indicaciones precisas, donde se tiene éxito con uno se fracasaría en el otro y viceversa.

2) Por lo tanto no es posible indicar si hay o no diferencia entre uno y otro.

3) En la estadística de Parks se ha visto que la cirugía monocular es de mejores resultados en las exotropías, lo cual se asevera cada vez más en los resultados que vamos obteniendo.

CONCLUSION

1) Aquellos casos de exotropía que hay que corregir exceso de la divergencia o insuficiencia de la convergencia está indicada la cirugía monocular.

2) Sólo en desviaciones de pequeño grado o casos que tenían marcada ambliopía (Cestenbader).

3) La cirugía monocular debe ser reservada para fijaciones monoculares que para fijaciones alternantes (Costenbader).

4) La consideración del ojo fijador tiene también importancia en el sentido de que si no se demuestran alteraciones motoras es aconsejable limitar la cirugía al ojo desviado permanentemente, por ser éste el que a posteriori se altera muscularmente (Castanera Pueyo).

5) De 465 pacientes con exodesviación Burian concluye que la retroinserción-resección fue favorable en las exodesviaciones básicas, y la retroinserción bilateral en los casos con exceso de la divergencia y retroinserción-resección (monocular) o bimedial resección en la insuficiencia de la convergencia.

6) La "cirugía monocular" recto interno-recto externo queda restringida, si la convergencia lo permite a dos posibilidades:

a) para los estrabismos monoculares estrictos cuyo grado de desviación es mayor de $7-10^\circ$ pero menor de $25-30^\circ$ Hirschberg, habitualmente sobre el ojo con mala visión.

b) Para los estrabismos incomitantes horizontales parciales cuyo valor mayor de incomitancia horizontal no sobrepasa 50-60 dioptrías prismáticas en una lateroversión (el otro valor de la tereversión debe ser significativamente menor pero nunca cero), actuando sobre el ojo donde el valor de la incomitancia es mayor. (Ydnelis Espinosa)

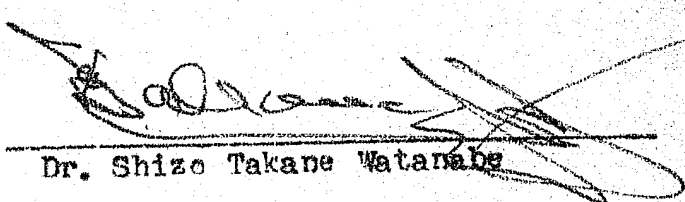
VENTAJAS Y DESVENTAJAS ENTRE LA CIRUGIA MONOCULAR Y LA SIMETRICA BILATERAL

1) La cirugía simétrica binocular da un porcentaje extremadamente alto de concomitancia (que es mayor en los exótropos) y que

el paso del tiempo no influye grandemente en esta relación. En los esótropes dá un porcentaje levemente menor de concomitancia inmediata pero en un lapso razonable este porcentaje mejora casi hasta igualarse al de los exótropes. La concomitancia es la regla en la cirugía simétrica binocular. Estamos forzados a concluir que si es deseable la concomitancia debería ser realizada la cirugía simétrica bilateral (Costenbader).

2) Un grupo numeroso de pacientes tienen asimetría de la hendidura palpebral, asimetría, proptosis o enoftalmos inmediato a la cirugía monocular que la binocular. Otro punto de interés de la influencia de la cirugía binocular fué el punto próximo de la convergencia en la esotropia. Costenbader indica que el punto próximo de la convergencia es desfavorablemente influenciado por una retroinserción conservadora de ambos rectos internos (bilateral) que por una resección-retroinserción de un sólo ojo (monocular).

3) Comparativamente la cirugía monocular produce mayor efecto cerrector que la cirugía simétrica bilateral. Podemos concluir que la meta en el tratamiento del estrabismo es obtener el paralelismo, concomitancia y correspondencia retinal normal (Costenbader).



Dr. Shizo Takane Watanabe

REFERENCIAS

BURIAN HERMAN M. Y BRUCE E. SPIVEY: SURGICAL MANAGEMENT OF EXODESVIATIONS. AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY. VOLUMEN 59 ABRIL, 1965.

CASTAÑERA PUEYO ALFONSO; ESTRABISMOS Y HETEROFORIAS (SEGUNDA EDICION). EDITORIAL PAZ MONTALVO, MADRID, 1958.

COSTENBADER FRANK D. Y DOROTHY R. BAIR: STRABISMUS SURGERY MONOCULAR OR BINOCULAR? WASHINGTON, D.C. A.M.A. ARCHIVES OF OPHTHALMOLOGY. VOLUMEN 52, NOVIEMBRE 1954, NUMERO 5.

ESPINOSA YDIELIO; INDICACIONES DE LA CIRUGIA MONOCULAR Y DE LA CIRUGIA BINOCULAR SIMETRICA O ASIMETRICA EN EL ESTRABISMO. ANALES DE LA SOC. MEX. DE OPTALMOLOGIA. TOMO XXXVII, No. 1, PAGES. 65-73, ENERO-MARZO, 1964.

FONTE BARCENA ANSELMO; VALORACION DE LOS RESULTADOS QUIRURGICOS DE 109 CASOS DE ESTRABISMO. REIMPRESO DE GACETA MEDICA DE MEXICO. TOMO XC NUM. 2, FEBRERO DE 1960.

MALBRAN JORGE; ESTRABISMOS Y PARALISIS. EDITORIAL OFTALMOLOGICA ARGENTINA. BUENOS AIRES, 1949.

PUIG SOLANES M. Y COLABORADORES; MANEJO CLINICO DEL ESTRABISMO CONCOMITANTE. ESTADO ACTUAL. GUATEMALA C.A. DICIEMBRE 1965.