

11
2eje.

11234

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA

FUNDACION CONDE DE VALENCIANA

TESIS QUE PRESENTA RODOLFO ANTONIO CASTELLANOS RODRIGUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

O F T A L M O L O G O



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A MI PADRE:

POR SU EJEMPLO.

POR CONFIAR EN MI.

A MI MADRE:

POR SU DECIDIDO APOYO.

A MIS HERMANOS:

GABRIELA, BEATRIZ, ALEJANDRO.

A TI RODRIGO, HIJO MIO:

CON TODO MI AMOR.

AL DR. ARTURO ESPINOSA:

AMIGO Y PIEDRA ANGULAR DE

ESTA TESIS.

AL DR. JOSE LUIS TOVILLA Y POMAR:

POR SUS ENSEÑANZAS Y CONSEJOS.

GRACIAS.

AL DR. ENRIQUE GRAUE W. :

CON TODO MI AFECTO.

AL DR. JOSE CHAYET (Q.E.P.D.) :

QUIEN ME ENSEÑARA EL A.B.C. DE
LA OFTALMOLOGIA.

A LA GENERACION 87 - 90 :

CON LA FRATERNIDAD QUE SIEMPRE
NOS CARACTERIZO.

A LULU :

QUE SIN SU DESINTERESADA AYUDA,
NO HUBIESE SIDO POSIBLE LA CUL-
MINACION DE ESTE TRABAJO.

Y FINALMENTE, PERO ANTES DE TODO,

A LOS ENFERMOS:

A QUIENES NOS DEBEMOS.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS DEL III PAR
CON CIRUGIA CONVENCIONAL

INTRODUCCION

EL SER HUMANO TIENE EL PRIVILEGIO DE CONTAR CON VISION BINOCULAR. ESTA COMPLEJA FUNCION ESTA SUSTENTADA EN UN CONJUNTO DE REFLEJOS QUE REQUIEREN LA INTEGRIDAD ANATOMICA Y FUNCIONAL DEL APARATO VISUAL. EL ENCEFALO, LOS MUSCULOS EXTRAOCULARES Y LO PARES CRANEALES QUE LOS INERVAN, NOS PERMITEN LA COTIDIANA EXPERIENCIA DE VER LOS OBJETOS QUE NOS RODEAN APRECIANDO SU RELIEVE, LA DISTANCIA ENTRE ELLOS Y NOSOTROS Y LA PERSPECTIVA QUE GUARDAN ENTRE SI. LA VISION ESTEROSCOPICA O EN TERCERA DIMENSION SE BASA EN LA PERCEPCION SIMULTANEA Y FUSION A NIVEL CENTRAL DE LA IMAGEN DE CADA OJO, LAS QUE SON SIMILARES PERO NO IDENTICAS, POR LA SEPARACION QUE TIENEN ENTRE SI AMBOS GLOBOS OCULARES Y QUE DA UNA PERSPECTIVA DISTINTA A CADA UNA. DICHAS IMAGENES SE INTEGRAN EN LA CORTEZA CEREBRAL OCCIPITAL DANDO UNA SOLA IMAGEN EN RELIEVE.

SI SE ALTERA ESTE DELICADO EQUILIBRIO MANIFESTADO POR LA PERDIDA DEL PARALELISMO DE LOS EJES VISUALES OCULARES, O ESTRABISMO, SE INTERRUMPE LA VISION BINOCULAR. <1>

EL TERCER <III> PAR CRANEAL, TAMBIEN LLAMADO MOTOR OCULAR COMUN, DA INERVACION A CUATRO DE LOS SEIS MUSCULOS EXTRAOCULARES, A SABER: RECTO INTERNO, RECTO SUPERIOR, RECTO INFERIOR Y OBLICUO INFERIOR O MENOR.

LA PARALISIS DEL III PAR SE ENCUADRA EN LA CLASIFICACION DE LOS ESTRABISMOS, DENTRO DE LOS NO CONCOMITANTES, O PRECISAMENTE PARALITICOS. HAY PARALISIS DEL III PAR CONGENITAS Y ADQUIRIDAS Y A SU VEZ, COMPLETAS E INCOMPLETAS.

PARALISIS CONGENITA DEL III PAR

LA PARALISIS CONGENITA DEL III PAR SE PRESENTA CON GRADOS VARIABLES DE INVOLUCRO EXTRAOCULAR. LA MUSCULATURA INTRAOCULAR NUNCA ESTA AFECTADA EN ESTE TIPO DE PARALISIS. EL GRADO DE INVOLUCRO DEL MUSCULO ELEVADOR DEL PARPADO SUPERIOR VARIA, PERSISTIENDO CIERTO GRADO DE FUNCION.

ADEMAS LA PTOSIS ES VARIABLE EN ESTE TIPO DE PARALISIS DEL -
III PAR. LOS CUATRO MUSCULOS INERVADOS POR EL III PAR ESTAN-
AFECTADOS EN GRADOS VARIABLES, ESPERANDO ENCONTRAR HIPOFUN -
CION DEL RECTO INFERNO, DEL RECTO INFERIOR, DEL RECTO SUPE -
RIOR Y DEL OBLICUO INFERIOR. ADEMAS HABRA QUE SOSPECHAR QUE-
NOS ENCONTRAMOS ANTE UNA PARALISIS CONGENITA DEL III PAR, EN
PRESENCIA DE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA EXOTROPIA, HIPOTRO -
PIA Y CON REFLEJOS PUPILARES Y DE ACOMODACION QUE PUDIERAN -
ESTAR INTACTOS, ASI COMO PTOSIS MINIMA DEL OJO AFECTADO, CON
GRADOS VARIABLES DE LIMITACION A LA ADUCCION. MUCHOS DE ES -
TOS PACIENTES SON CAPACES DE DESARROLLAR UNA VISION BINOCU -
LAR SIMPLE Y MANTENER UNA POSICION COMPENSADORA DE LA CABEZA
PARA PERMITIR EL ALINEAMIENTO DE LOS OJOS CON EL FIN DE LO -
GRAR ESTE PROPOSITO.

CUANDO LOS OJOS SON MOVIDOS A UNA POSICION DONDE SE PIERDE -
LA FUSION, EL PACIENTE EXPERIMENTA DIPLOPIA, SIEMPRE Y CUAN -
DO TENGA UNA VISION BINOCULAR. PUEDE TAMBIEN OCURRIR AMBLIO -
PIA DEL OJO AFECTADO SI EL PACIENTE NO TIENE VISION BINOCU -
LAR Y NO MANTIENE LA POSICION COMPENSADORA DE LA CABEZA QUE -
PERMITA FUSION DEPENDE DE LA SEVERIDAD DE LA PARALISIS Y DI -
FICILMENTE TENDRA UNA POSICION ADECUADA PARA VISION BINOCU -
LAR, DADA LA EXTREMA EXOTROPIA.

CABE MENCIONAR QUE EN ESTOS PACIENTES, POR LO TANTO, GENE-
RALMENTE SE PRESENTE, COMO SE MENCIONO, AMBIOPIA DEL OJO -
INVOLUCRADO.

LA CAUSA DE LA PARALISIS CONGENITA DEL III PAR ES DESCONO-
CIDA, PERO SE CREE QUE PUEDA DEBERSE A DEFECTOS DEL DESA -
RROLLO DE LAS FIBRAS NUCLEARES O MOTORAS DEL COMPLEJO DEL-
III PAR QUE INERVAN AL MUSCULO ELEVADOR DEL PARPADO SUPE -
RIOR Y DE LOS MUSCULOS EXTRAOCULARES. LA PRUEBA DE DUCCION
FORZADA PASIVA SUELE SER NEGATIVA MIENTRAS NO SE DESARRO -
LLE UNA CONTRACTURA DEL RECTO EXTERNO.

EL GRADO DE INVOLUCRO DEL III PAR DETERMINA SI EL TRATA -
MIENTO NO ESTA INDICADO.

PARALISIS ADQUIRIDA DEL III PAR

LA PARALISIS ADQUIRIDA DEL III PAR PUEDE SER PARCIAL O COM -
PLETA, PUDIENDO INVOLUCRAR TANTO A LOS MUSCULOS EXTRAOCULA -
RES COMO A LOS INTRAOCULARES. ESTA, GENERALMENTE OCURRE EN
FORMA SUBITA Y CON MANIFESTACIONES IMPORTANTES O MAXIMAS,-
PUEDE HABER DATOS DE RECUPERACION DESPUES DE DIAS O SEMA -
NAS Y SOLO PERSISTIR INVOLUCRO PARCIAL.

ESTO DEPENDERA DE LA ETIOLOGIA, YA QUE MIENTRAS LAS DE ORIGEN DIABETICO SE RECUPERAN CASI TODAS EN FORMA INTEGRAL, LAS DE OTRAS CAUSAS NO LO HACEN Y ES NECESARIO RECURRIR A UN TRATAMIENTO QUIRURGICO. A CONTINUACION SE MENCIONAN LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE LAS PARALISIS ADQUIRIDAS DEL III PAR:

I - LESIONES DEL TALLO CEREBRAL

- A> SINDROME DE BENEDIKT MANIFESTADO POR PARALISIS HOMOLATERAL DEL III PAR Y TEMBLOR CONTRALATERAL.
- B> SINDROME DE WEBER, MANIFESTADO POR PARALISIS HOMOLATERAL DEL III PAR Y HEMIPLEJIA CONTRALATERAL.

II - CONDICIONES INFLAMATORIAS

- A> MENINGITIS
- B> ENCEFALITIS
- C> POLINEURITIS POR TOXINAS COMO ALCOHOL, ARSENICO, MONOXIDO DE CARBONO Y DIABETES
- D> HERPES ZOSTER

III - LESIONES VASCULARES <ANEURISMAS>

IV - TUMORES

V - ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

VI - TRAUMATISMOS.

CUADRO CLINICO

EN LOS CUADROS ADQUIRIDOS, EL ATAQUE GENERALMENTE SE PRESENTA EN FORMA SUBITA Y EL PACIENTE INMEDIATAMENTE RECONOCE EL PROBLEMA AL DARSE CUENTA DE LA DIPLOPIA. AUN CUANDO EL CUADRO CLINICO VARIA DEPENDIENDO DE LA SEVERIDAD Y TIPO DE LA AFECION NERVIOSA, ES DECIR, COMPLETA O INCOMPLETA, GENERALMENTE ENCONTRAMOS LO SIGUIENTE: EN LA MIRADA AL FRENTE HAY PTOSIS, EXOTROPIA, HIPOTROPIA, MIDRIASIS (EN PARALISIS COMPLETAS); A LA EXPLORACION DE LAS VERSIONES ENCONTRAMOS AUSENCIA DE ELEVADOR, DE DEPRESION Y DE ADUCCION.

SE CONSIDERA QUE EL MUSCULO MAYORMENTE AFECTADO ES EL RECTO INTERNO, ALREDEDOR DE UN 80 A 85% DE LOS CASOS, SEGUIDO DEL RECTO INFERIOR EN UN 70%, DEL RECTO SUPERIOR EN UN 50 A 55% Y POR ULTIMO EL ELEVADOR DEL PARPADO SUPERIOR, QUE SE VE AFECTADO ALREDEDOR DE UN 45%. LA PARALISIS COMPLETA SE PRESENTA ALREDEDOR DE UN 30% DE TODOS LOS CASOS DE PARALISIS DEL III PAR.

UNA DESVIACION PARALITICA PRESENTA VARIOS ESTADIOS. EL PRIMERO SE CARACTERIZA POR DEBILIDAD DEL MUSCULO PARALITICO SEGUIDO, COMO UNA REGLA, DE LA HIPERFUNCION DE SU ANTAGONISTA. EL SEGUNDO ESTADIO SE CARACTERIZA POR UNA CONTRACTURA DEL MUSCULO ANTAGONISTA AL PARETICO.

DURANTE EL TERCER PERIODO, LA DESVIACION SE PRESENTA IGUAL EN TODAS LAS POSICIONES DE LA MIRADA.

EL PACIENTE, EN UN INTENTO DE MANTENER LA FUSION Y SUPRIMIR LA DIPLOPIA, INTENTA COMPENSAR LA EXODESVIACION Y CONSECUENTEMENTE LIMITACION A LA ADUCCION MEDIANTE UNA POSICION COMPENSADORA DE LA CABEZA, LA CUAL ES GIRADA HACIA EL HOMBRO CONTRARIO DEL MUSCULO AFECTADO Y MEDIANTE UNA ELEVACION DE LA BARBILLA, YA QUE EL OJO AFECTADO SE ENCUENTRA TAMBIEN EN HIPOTROPIA.

HAY QUE REPETIR QUE NO TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTAN UN ESTRABISMO PARALITICO LOGRAN VISION BINOCULAR ADOPTANDO ESTA POSICION DE LA CABEZA. UNO DE LOS PRINCIPALES METODOS DE DIAGNOSTICO, ES LA PRUEBA DE LA PINZA ACTIVA, QUE EN ESTOS CASOS ES NEGATIVA.

OTRO METODO DE DIAGNOSTICO DE ESTRABISMO PARALITICO, ES LA LLAMADA PRUEBA DE PINZA PASIVA, QUE EN EL CASO DE LA PARALISIS DEL III PAR SERA NEGATIVA MIENTRAS NO SE DESARROLLE CONTRACTURA DEL RECTO EXTERNO.

ENTRE OTROS MEDIOS MAS SOFISTICADOS SE ENCUENTRA LA ELECTROOCULOGRAFIA.

SINDROME DE REGENERACION ABERRANTE

UNA DE LAS PECULIARIDADES DE LA PARALISIS DEL III PAR, ES LA -
INCIDENCIA BASTANTE ELEVADA DEL SINDROME DE REGENERACION ABE -
RRANTE. CONSISTE EN LO SIGUIENTE:

DESPUES DE UN EPISODIO DE PARALISIS TOTAL DEL TERCER PAR, LA -
INERVACION COMIENZA A REALIZARSE PERO EN FORMA ANOMALA, COMO -
SI HUBIESE UNA MEZCLA DE LAS FIBRAS, PUES LA INERVACION QUE DE
BERIA IR EN UN MOMENTO DADO A UN MUSCULO, VA A OTRO.

SIN EMBARGO, ACTUALMENTE SE PIENSA QUE NO ES LA FIBRA NERVIOSA
LA QUE INERVA UN MUSCULO EQUIVOCADO, SINO QUE ES EN LOS NU -
CLEOS DE LOS PARES CRANEALES (TALLO CEREBRAL) DONDE LA INFORMA
CION GENERADA EN CORTEZA TOMA UNA VIA DISTINTA A LA QUE ESTABA
DIRIGIDA ORIGINALMENTE.

EXISTEN DIVERSAS POSIBILIDADES DE ABERRACION, PERO EL CUADRO -
MAS FRECUENTE ES EL SIGUIENTE: EL PACIENTE PRESENTA EN EL OJO-
AFECTADO UNA BLEFAROPTOSIS EN GRADO VARIABLE; PERO HACIENDO -
QUE EL OJO SANO REALICE UNA INFRAABDUCCION, EL PARPADO CAIDO SE
LEVANTA. EL OJO AFECTADO PUEDE O NO ACOMPAÑAR AL SANO HACIENDO
UNA INFRAADUCCION, PERO NUNCA LO HACE DE MANERA ENTERAMENTE -
NORMAL. ESTE CUADRO CONFIGURA EL LLAMADO PSEUDO SIGNO DE GRAEFE.

LA MUSCULATURA INTRINSECA PUEDE ESTAR INTERESADA EN EL FENOMENO RE REGENERACION ANOMALA, PERO ELLO OCURRE RARA VEZ: LA PUPILA - NO REACCIONA A LA LUZ O A LA CONVERGENCIA, PERO SE CONTRAE A LA TENTATIVA DE ADUCCION DEL OJO, LO QUE HA SIDO DENOMINADO PSEUDO SIGNO DE ARGYLL ROBERTSON.

NO HAY HASTA MOMENTO UNA EXPLICACION DEL FENOMENO.

PARALISIS AISLADAS POR LOS MUSCULOS INERVADOS
POR EL III PAR.

CUALQUIERA DE LOS MUSCULOS INERVADOS POR EL III PAR PUEDE ESTAR-PARALIZADO AISLADAMENTE, INCLUSIVE LOS MUSCULOS INTRINSECOS: EL-MAS FRECUENTE ES EL RECTO INFERIOR (5), AUNQUE OTROS AUTORES (6) ENCUENTREN QUE EL MENOS AFECTADO ES EL OBLICUO INFERIOR.

TRATAMIENTO

LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS DE PARALISIS DEL III PAR QUE NO REMI-TEN O MEJORAN ESPONTANEAMENTE, REQUIEREN TRATAMIENTO QUIRURGICO.

EN EL CASO DE LOS CONGENITOS ES MUCHO MENOS PROBABLE QUE -
LOGREN MEJORAR SIN TRATAMIENTO. ENTRE LOS ADQUIRIDOS HAY -
ALGUNOS, COMO LOS DE ORIGEN DIABETICO, QUE CASI EN UN 100%
SE RECUPERAN EN FORMA INTEGRAL CON EL SIMPLE PASO DEL TIEM-
PO, GENERALMENTE VARIAS SEMANAS. SIN EMBARGO, LA MAYOR PAR-
TE DEL RESTO DE LAS PARALISIS DEL III PAR TENDRAN QUE SOME-
TERSE A UNA INTERVENCION QUIRURGICA PARA MEJORAR.

DEBE ANALIZARSE TAMBIEN CUANDO DEBE INTERVENIRSE QUIRURGI-
CAMENTE A UN PACIENTE CON PARALISIS DEL III PAR. EN GENE-
RAL, LA LITERATURA SENALA QUE ES NECESARIO ESPERAR POR LO-
MENOS POR UN PERIODO DE 6 MESES PARA HACERLO (7). HAY QUE-
RECORDAR QUE EN EL SEGUNDO ESTADIO POR EL QUE PASA UN PA-
CIENTE CON ESTE TIPO DE PROBLEMA ES LA CONTRACTURA DEL MUS-
CULO ANTAGONISTA AL PARALITICO. EN EL CASO DE LA PARALISIS
DEL III PAR, EL UNICO QUE ENTRA EN LA CONTRACTURA ES EL -
RECTO EXTERNO. ESTE HECHO -LA CONTRACTURA- ES, A NUESTRO -
JUICIO, EL QUE DEBE DAR LA PAUTA PARA ESTABLECER UN TRATA-
MIENTO TEMPRANO, AUN ANTES DE 6 MESES, O EL PODER SEGUIR -
ESPERANDO UN TIEMPO RAZONABLE.

HAY CASOS QUE PASAN ASI DEL PRIMER ESTADIO AL SEGUNDO EN -
MUY POCO TIEMPO Y OTROS NO LO HACEN. SI NOS ENCONTRAMOS CON
UN PACIENTE Y SU EXOTROPIA SE MANTIENE ESTABLE, ESTO SIGNI-
FICA QUE LA CONTRACTURA DEL RECTO EXTERNO NO SE HA PRESEN-
TADO.

AUN MEJOR, LA DESVIACION PUEDE IR DISMINUYENDO, LO QUE HABLA DE RECUPERACION DEL MUSCULO PARALIZADO Y DESDE LUEGO DE LA AUSENCIA DE CONTRACTURA DEL ANTAGONISTA.

EN CONTRASTE CON ESTA SITUACION, EXISTEN PACIENTES QUE LLEGAN AL SEGUNDO ESTADIO EN SEMANAS, O AUN DIAS Y POR LO TANTO SU DESVIACION (EXOTROPIA) VA SIENDO CADA VEZ MAYOR Y LA PRUEBA DE DUCCION FORZADA PASIVA VA SIENDO POSITIVA. ESTO LE PERMITE AL CIRUJANO NO DUDAR Y DECIDIR OFRECER AL PACIENTE UNA SOLUCION QUIRURGICA LO ANTES POSIBLE. SIN IMPORTAR EL TIEMPO QUE TENGA DE ESTABLECIDA LA PARALISIS. LA CONTRACTURA DEL MUSCULO ANTAGONISTA ES UN FACTOR QUE EMPOBRECE EL PRONOSTICO DE ESTOS CASOS Y DEBE TRATARSE DE EVITAR HASTA DONDE SEA POSIBLE.

EL INTENTAR MEJORAR A UN PACIENTE CON PARALISIS DEL III PAR, ES UNO DE LOS RETOS MAS GRANDES A LOS QUE PUEDE ENFRENTARSE EL OFTALMOLOGO. SE TRATA DE PACIENTES CON UNA GRAN EXOTROPIA CON LIMITACIONES MUY IMPORTANTES DE LAS DUCCIONES, EN OTRAS PALABRAS, CON IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR MOVIMIENTOS DE ADUCCION, ELEVACION Y DEPRESION. LLEGAN A EXPERIMENTAR UNA DIPLOPIA EXTRAORDINARIAMENTE MOLESTA, EN LOS CASOS ADQUIRIDOS DESPUES DE LA INFANCIA. ES RELATIVAMENTE FRECUENTE, SIN EMBARGO, QUE EL PACIENTE NO REFIERA DIPLOPIA.

ESTO SE DEBE A QUE EN CASOS EXTREMOS LA SEPARACION TAN GRANDE DE LOS EJES VISUALES OCULARES QUE LE PERMITEN AL PACIENTE - *IGNORAR*, POR NO USAR LA PALABRA SUPRIMIR, A LA IMAGEN DEL - OJO AFECTADO O DESVIADO. CUANDO LA PARALISIS ES COMPLETA, HA- BRA ADEMAS PTOSIS PALPEBRAL. ESTE HECHO PUEDE SER, HASTA CIER- TO PUNTO, EN BENEFICIO YA QUE LE EVITA AL PACIENTE LA MOLESTA DIPLOPIA. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS Y ASI SE LE PLANTEA AL - PACIENTE, LO QUE SE PRETENDE AL OFRECERLE UN TRATAMIENTO QUI- RURGICO, ES MEJORAR LAS DUCCIONES TAN LIMITADAS. EN EL MEJOR- DE LOS CASOS, EL PACIENTE ALCANZA UNA MEJOR POSICION AL FREN- TE, SIN O CASI SIN DIPLOPIA, PERO SIN POSIBILIDAD DE ADUCIR,- ELEVAR Y DEPRIMIR. SI HAY PTOSIS PALPEBRAL, ESTA DEBERA TRA - TAR DE ELIMINARSE, LO CUAL EN SI ES OTRO RETO. SI HAY DISCRE- TA FUNCION DEL ELEVADOR BASTARA CON HACER UNA RESECCION DEL - MISMO. PERO SI HAY UNA VERDADERA PARALISIS DE ESE MUSCULO, HA BRA QUE HACER UNA SUSPENSION DEL PARPADO AL MUSCULO FRONTAL. SIN EMBARGO, ESTOS PACIENTES NO TIENEN FENOMENO DE BELL Y EL- PARPADO QUEDA LO SUFICIENTEMENTE ELEVADO PARA PERMITIR QUE -- EL OJO QUEDE DESCUBIERTO, LAS POSIBILIDADES DE EXPOSICION -- DE LA CORNEA DURANTE EL SUENO Y DE QUE SE PROVOQUE UNA QUERATI TIS, SON ALTAS.

POR TRATARSE DE UNA ENTIDAD DE MUY DIFICIL SOLUCION, EL TRA-
TAMIENTO QUIRURGICO HA PASADO POR VARIAS ETAPAS, TODAS ELLAS
COMO DECIAMOS, DE MUY LIMITADOS RESULTADOS O CON COMPLICACIO
NES SECUNDARIAS A LA CIRUGIA EN SI. EL RECURRIR A LA LLAMADA
CIRUGIA CONVENCIONAL (RETROIMPLANTE DEL MUSCULO HIPERFUNCIO-
NANTE - RECTO EXTERNO - Y RESECCION DEL PARALITICO -RECTO -
INTERNO-) NO DA BUENOS RESULTADOS, YA QUE EXISTE EL CONCEP-
TO DE QUE EL REFORZAR O RESECAR UN MUSCULO PARALITICO NO -
OFRECE NINGUNA VENTAJA.

POR OTRO LADO, EL DEBILITAR UN MUSCULO HIPERFUNCIONANTE COMO
EL RECTO EXTERNO, EN ESTE CASO PUEDE TERMINAR POR SER INU -
TIL, YA QUE EN LA AUSENCIA DE FUNCION DE SU ANTAGONISTA, VOL
VERIA TARDE O TEMPRANO A HIPERFUNCIONAR.

ESTO HIZO QUE SE BUSCARAN OTRAS ALTERNATIVAS DISTINTAS A SIM
PLEMENTE DEBILITAR EL RECTO EXTERNO Y REFORZAR EL RECTO IN -
TERNO DEL OJO AFECTADO.

DUKE - ELDER (8) SUGERIA DEBILITAR ALGUNOS O TODOS LOS MUSCU
LOS RECTOS DEL OJO NO AFECTADO.

SAETH (9), MENCIONA QUE JACKSON FUE EN 1923, EL PRIMERO EN -
SUGERIR LA TRANSPOSICION DEL OBLICUO SUPERIOR PARA UTILIZAR-
LO COMO *RIENDA*, PENSANDO QUE ES EN LOS CASOS DE PARALISIS-
DEL III PAR, LA UNICA OPCION QUE CONSERVA LA INERVACION IN -
TACTA, ADEMAS DEL RECTO EXTERNO.

PETER (10-11), EN 1933 DESCRIBIO UNA TECNICA PARA LA DESINSER-
CION DE LA TROCLEA POR VIA TRANSCUTANEA Y AL MISMO TIEMPO SE -
EFECTUA LA SECCION DEL TENDON A NIVEL DE SU INSERCIÓN ESCLERAL
CON POSTERIOR REINSERCIÓN JUNTO AL RECTO INTERNO, RETROCEDIEN-
DO O NO AL RECTO EXTERNO SEGUN ESTE O NO CONTRACTURADO.

NOSOTROS PENSAMOS QUE LA RETROINSERCIÓN DEBE HACERSE EN TODOS-
LOS CASOS, SIENDO MAXIMA CUANDO EXISTE CONTRACTURA. EN VIRTUD-
QUE LUEGO DE LA DESINSERCIÓN DE LA TROCLEA EL OBLICUO SUPERIOR
QUEDA POSTERIOR Y EXTREMADAMENTE LARGO, SE LE AGREGA A ESTA IN-
TERVENCIÓN POSTERIORMENTE, UNA AMPLIA TENECTOMIA DEL MISMO AN-
TES DE REINSERTARLO JUNTO AL RECTO INTERNO. SOARES Y ALMEIDA -
(12), EN 1971 REFIRIERON EXITOS CON LA TECNICA DE PETER.

NOSOTROS HEMOS HECHO ESTA OPERACION, PERO PREFERIAMOS ABORDAR--
A LA TROCLEA POR VIA SUBCONJUNTIVAL SIGUIENDO LA DIRECCION DEL-
TENDON DEL OBLICUO SUPERIOR.

ES UNA CIRUGIA DIFICIL DE REALIZAR PUDIENDO OCURRIR, EN LA BUS-
QUEDA DE LA TROCLEA O AL SECCIONARLA, UNA COPIOSA HEMORRAGIA. -
EN ALGUNAS OCASIONES SE CONSIGUEN BUENOS RESULTADOS, PERO EN -
OTRAS SE PRODUCE UNA HIPERTROPIA Y A VECES HIPOTROPIA QUE PUE -
DEN LLEGAR A SER MUY GRANDES, CON LA SUBSERCUENTE DIPLOPIA VERTI-
CAL Y UN PESIMO RESULTADO COSMETICO, SOBRE TODO EN LOS CASOS CON
HIPERTROPIA.

EN NUESTRAS MANOS, AL IGUAL QUE EN LAS MANOS DE NUESTROS COLEGAS DEL CENTRO MEXICANO DE ESTRABISMO, LOS RESULTADOS ERAN A-
VECES TAN DESCORAZONADORES, QUE NOS DIMOS A LA TAREA DE ENCONTRAR OTRA OPCION MAS Y OTROS, COMO VILLASENOR (13) SUGIEREN -
EL REIMPLANTAR EL TENDON DEL OBLICUO SUPERIOR YA DESINSERTADO
EN OTRO SITIO DISTINTO A LA INSERCIION DEL RECTO INTERNO, COMO
EN EL CUADRANTE POSTERO - INFERIOR DEL GLOBO OCULAR. OTROS -
MAS, HEMOS OPTADO POR RECURRIR A LA RETROINSERCIION - RESEC-
CIION CON ALGUNAS MODIFICACIONES, COMO SERIAN EL REALIZAR CIRUIA
MAXIMA, ES DECIR RETROINSERCIIONES Y RESECCIONES MUY AM -
PLIAS DEL RECTO EXTERNO Y RECTO INTERNO RESPECTIVAMENTE. AL -
GRADO DE LLEVAR AL PRIMERO LO MAS ATRAS QUE SEA POSIBLE DE COLOCAR Y AL SEGUNDO TAN RESECADO QUE FUNCIONE COMO *RIENDA* -
QUE HARIA LAS VECES DEL TENDON DEL OBLICUO SUPERIOR. POR COMUNICACION
VERBAL, SABEMOS QUE ALGUNOS OFTALMOLOGOS (14) LLEGAN
INCLUSIVE A ROMPER LA FASCIA ORBITARIA CERCA DEL RECTO INTERNO
CON EL FIN DE PROVOCAR UNA HERNIACION DE GRASA EN EL CAMPO
OPERATORIO QUE AUNADA A LA PRESENCIA DE SANGRE, FORMARIA UN -
ESTUCCO QUE FAVORECERIA LA FORMACION DE UN PLASTRON, EL CUAL
ACTUARIA COMO FACTOR RESTRICTIVO EN ESA REGION Y POR LO TANTO
EVITARIA QUE EL OJO TRATADO VOLVERIA A UNA EXOTROPIA POSTOPERATORIA.

EN EL INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA *FUNDACION CONDE DE VALENCIANA*, NOS PROPUSIMOS COMPROBAR QUE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PARALISIS DEL III PAR, PUEDEN TRATARSE CON RETROINSERCIÓN - RE - SECCIÓN MÁXIMAS SIN PROVOCAR UN PLÁSTRON DELIBERADAMENTE QUE TENDRÍA ADemás LA VENTAJA DE NO FAVORECER DESVIACIONES VERTICALES - CONSECUTIVAS.

PACIENTES Y MÉTODOS

EN EL MENCIONADO HOSPITAL SE INTERVINIERON A TRES PACIENTES CON PARALISIS DEL III PAR, DOS DE ELLOS BILATERAL EN EL AÑO DE 1989. EN UN SOLO CASO DE LOS BILATERALES SE OPERARON YA AMBOS OJOS, - POR LO QUE SE HA HECHO LA TÉCNICA EN ESTUDIO EN 4 OJOS EN TOTAL. CREEMOS PRUDENTE MENCIONAR QUE DEBIDO A QUE LOS CASOS DE ESTRABISMO PARALÍTICO SON RAROS, NO NOS FUE POSIBLE - COMO HUBIESEMOS DESEADO - PRESENTAR UNA CASUÍSTICA MAYOR. •

A CONTINUACION SE HACE UN BREVE RESUMEN DE LOS TRES CASOS CLÍNICAMENTE MANEJADOS:

CASO 1

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD QUE INGRESA AL SERVICIO DE ESTRABISMO EL 20 DE MAYO DE 1986 A QUIEN SE LE ENCUENTRA PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL, EXOTROPIA, AUSENCIA DE ADUCCIÓN, ELEVACIÓN Y DEPRESIÓN, TAMBIÉN BILATERALES.



CASO 1:
PREOPERATORIO



CASO 1: POSTOPERATORIO

LA PUPILA RESPONDIÓ MUY LENTAMENTE A LA LUZ. FUE ESTE CUADRO APARENTE DESDE EL NACIMIENTO. SE HIZO EL DIAGNÓSTICO DE PARALISIS BILATERAL DEL III PAR. POR LA EDAD DE LA PACIENTE SE DECIDE ESPERAR Y MANTENERLA EN OBSERVACION.

A LA EDAD DE 3 AÑOS SE OPERA EL OJO DERECHO CON LA TÉCNICA - EN ESTUDIO, LO QUE OCURRIÓ EN ENERO DE 1989. EN MARZO DEL MISMO AÑO SE OPERÓ EL OJO IZQUIERDO.

CASO 2

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA POR PRIMERA VEZ EN AGOSTO DE 1989. TENIA EL ANTECEDENTE DE HABER RECIBIDO HACE 17 AÑOS TRAUMATISMO CRANEO - ENCEFALICO DIRECTO - QUE LE PROVOCO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO POR TIEMPO NO ESPECIFICADO. AL RECOBRAR LA CONCIENCIA SE ENCUENTRA CON PTOSIS PALPEBRAL IZQUIERDA Y QUE AL LEVANTAR EL PARPADO MOSTRABA UNA EXOTROPIA DE 90 D.P. Y LIMITACION IMPORTANTE DE DUCCIONES. A LAS POCAS SEMANAS SE LE OPERA EN OTRO SITIO POR PTOSIS PALPEBRAL.

EL MOTIVO DE SU CONSULTA FUE LA GRAN DESVIACION QUE PRESENTABA, ASI COMO LA MENCIONADA LIMITACION DE DUCCIONES, LO CUAL SE CORROBORO EN LA EXPLORACION. LA PUPILA ESTABA EN MIDRIASIS Y SIN RESPUESTA A LA LUZ.



CASO 2: PREOPERATORIO



CASO 2: POSTOPERATORIO

SE HIZO EL DIAGNOSTICO DE PARALISIS COMPLETA DEL III PAR IZ -
QUIERDO POR TRAUMATISMO DE 17 ANOS DE EVOLUCION, SE OPERO EN-
ENERO DE 1990 CON LA TECNICA MOTIVO DE ESTE TRABAJO.

CASO 3

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD, QUE INGRESA AL-
SERVICIO DE ESTRABISMO EL 13 DE MARZO DE 1989. TENIA EL ANTE-
CEDENTE DE GESTA II, CESAREA II CUYA MADRE CURSO POR PREECLAM-
SIA. PESO AL NACER 3,050 GRAMOS. DESDE LAS PRIMERAS HORAS DE-
VIDA PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS. SE DIAGNOSTICA HEMORRAGIA -
CEREBRAL PARENQUIMATOSA PARAVENTRICULAR DEMOSTRADA POR TOMO -
GRAFIA COMPUTARIZADA. SE LE MANEJA CON FENOBARBITAL Y DIFENIL-
HIDANTOINATO. DESDE EL NACIMIENTO SE HIZO APARENTE TAMBIEN -
PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL, EXOTROPIA DE 40 D.P. EN OJO DERE-
CHO Y 60 D.P. EN OJO IZQUIERDO, TENIA ADEMAS LA GRAN LIMITA -
CION DE DUCCIONES EN AMBOS OJOS, QUE SUELEN TENER ESTOS CASOS.

TECNICA QUIRURGICA

EN TODOS LOS CASOS COMO ES COSTUMBRE, SE HIZO PRIMERO EL DEBI-
LITAMIENTO DEL MUSCULO HIPERFUNCIONANTE (RECTO EXTERNO) Y DES-
PUES EL REFORZAMIENTO DEL HIPOFUNCIONANTE O PARALITICO (RECTO-
INTERNO).

LA RETROINSERCIÓN O DEBILITAMIENTO DEL RECTO EXTERNO, SE HA
CE MEDIANTE UNA PERITOMIA LIMBICA DE UNOS 9 MM., LA QUE SE
PROLONGA HACIA AMBOS FONDOS DE SACO MEDIANTE UNA INCISIÓN -
RADIAL EN SU EXTREMO SUPERIOR E INFERIOR, O EL SUPERIOR SE-
GUN PREFIERA CADA CIRUJANO, SE SEPARAN LOS TEJIDOS CON DI -
SECCIÓN ROMA Y SE LOCALIZA AL RECTO EXTERNO, EL CUAL ES TO-
MADO CON UN GANCHO DE ESTRABISMO. POSTERIORMENTE SE TERMINA
DE DISECAR LOS ALERONES Y LIGAMENTOS FRENADORES, SIEMPRE TE
NIENDO CUIDADO DE RESPETAR LA INTEGRIDAD DE LA CAPSULA MUS-
CULAR. SE COLOCAN DOS SUTURAS SEPARADAS DE ACIDO POLIGLICO-
LICO 5 - 0 A 1 MM. DEL SITIO DE INSERCIÓN DEL TENDON, PROCE
DIENDO ENTONCES A DESINSERTARLO MEDIANTE UN CORTE CON TIJE-
RA, LO QUE PERMITE QUE EL MUSCULO SE DESLICE RAPIDAMENTE HA
CIA ATRAS Y PODER VISUALIZAR EL ECUADOR Y AUN MAS ATRAS DE-
ESA REGION, PARA PODER REINSERTAR EL RECTO EXTERNO LO MAS -
ATRAS POSIBLE, SIN IMPORTAR QUE QUEDE MUY ATRAS DEL MENCIO-
NADO ECUADOR. CABE RECORDAR QUE SON PACIENTES CON GRANDES -
LIMITACIONES DE LAS DUCCIONES Y QUE EN NUESTRO PLAN QUIRUR-
GICO SOLO CONTEMPLAMOS MEJORAR LA POSICION AL FRENTE, POR -
LO QUE UN DEBILITAMIENTO TAN AMPLIO, QUE SEGURAMENTE LIMITA
RIA GRANDEMENTE LAS DUCCIONES DE UN PACIENTE CON ESTRABIS -
MOS NO PARALITICO, PUEDE HACERSE EN CASOS COMO ESTE.

CUANDO SE HA LOCALIZADO EL AREA MAS LEJANA <ATRAS> DEL ECUA
DOR EN QUE PODAMOS COLOCAR EL RECTO EXTERNO, SE PROCEDE A -
INTRODUCIR LAS DOS SUTURAS QUE SOSTIENEN EL MUSCULO EN LA -

...ESCLEROTICA, TENIENDO CUIDADO DE HACER UN TRAYECTO LO -
SUFICIENTEMENTE PROFUNDO QUE ASEGURE QUE EL MUSCULO NO SE -
SOLTARA EN EL POSTOPERATORIO, PERO NUNCA QUE SEA PENETRAN-
TE. ALGUNOS AUTORES PREFIEREN EMPLEAR LA TECNICA DE *RIEN-
DAS*, EN LA QUE LAS DOS SUTURAS QUE SE COLOCARON EN EL -
MUSCULO SON VUELTAS A COLOCAR A TRAVES DEL MUÑON DE LA IN-
SERCION EN EL POSTOPERATORIO, AL *AVANZARSE ESPONTANEAMEN-
TE EL TENDON*. PENSAMOS QUE ESTO NO ES PROBABLE EN CASOS -
DE VERDADERA CONTRACTURA. FINALMENTE SE PROCEDE A CERRAR -
LA CONJUNTIVA EN CASOS DE SENSACION DE CUERPO EXTRANO. -
SIEMPRE SUTURAMOS EN ESTA ULTIMA ETAPA CON PUNTOS SEPARA-
DOS.

EL REFORZAMIENTO SE HACE TAMBIEN MEDIANTE UNA PERITOMIA -
LIMBICA EN EL ANGULO INTERNO DE LAS MISMAS DIMENSIONES QUE
EN EL DEBILITAMIENTO Y SE PROCEDE IGUALMENTE PARA DISECAR-
Y ENCONTRAR EL RECTO INTERNO. UNA VEZ AISLADO MEDIANTE EL-
USO DE UN GANCHO DE ESTRABISMO, SE COLOCA UN SEGUNDO GAN-
CHO, LO QUE NOS PERMITE TENER AL MUSCULO *CARGADO* EN -
ELLOS. SE HACE UNA MANIOBRA DE SEPARACION DE LOS GANCHOS Y
ASI DECIDIMOS QUE TANTO PODREMOS RESECAR ESTE MUSCULO. CA-
BE RECORDAR QUE ES NECESARIO HACER UN ACORTAMIENTO EXTREMA-
DAMENTE AMPLIO QUE PUEDA SER UTIL COMO RIENDA QUE SE OPO-
GA AL RECTO EXTERNO.

NUEVAMENTE, SI ESTE PROCEDIMIENTO SE HACE ASI DE AMPLIO COMO ESTAMOS MENCIONANDO, EN PACIENTES CON ESTRABISMO NO PARALITICO, SEGURAMENTE SE PRODUCIRA UNA GRAN LIMITACION DE DUCCIO -NES, PERO EN CASOS COMO LOS QUE NOS OCUPAN, ESTAS NO SON IMPORTANTES POR LO YA EXPUESTO. UNA VEZ DECIDIDO QUE TAN AMPLIO SERA NUESTRO ACORTAMIENTO, COLOCAREMOS DOS SUTURAS MEDIANTE PUNTOS SEPARADOS, TAMBIEN DE ACIDO POLIGLICOLICO 5-0, QUE EN ESTE CASO QUEDARAN LEJOS DE LA INSERCCION, QUIZA HASTA 10 O MAS MILIMETROS.

SE HACE DESPUES LA MIECTOMIA MEDIANTE EL USO DE UNA TIJERA -CERCA DE LAS DOS SUTURAS PREPUESTAS. POSTERIORMENTE SE RESECA EL MUSCULO QUE QUEDA UNIDO A LA ESCLEROTICA, TENIENDO CUIDADO DE DEJAR UN MUÑON SUFICIENTEMENTE GRANDE. ENTONCES SE -PROCEDE A PASAR DICHAS SUTURAS POR EL MENCIONADO MUÑON Y SE-TRACCIONAN HASTA DEJAR EL MUSCULO INSERTADO NUEVAMENTE JUNTO A SU SITIO ORIGINAL DE UNION A LA ESCLEROTICA. SI LA PRUEBA ES NEGATIVA, DEBEREMOS DE HACER UN REFORZAMIENTO AUN MAS AMPLIO.

R E S U L T A D O S

EN EL CASO NUMERO UNO, UNA NIÑA CON DIAGNOSTICO DE PARALISIS CONGENITA BILATERAL DEL III PAR, OPERADA DE AMBOS OJOS A LOS 3 AÑOS, ENCONTRAMOS QUE LOS DOS OJOS HAN VUELTO A PRESENTAR-EXOTROPIA, PERO EN UNA MAGNITUD MUCHO MENOR A LA QUE TENIA -EN EL PREOPERATORIO, AL GRADO DE QUE EL OJO DERECHO, A LOS -

... 15 MESES DE LA CIRUGIA ESTA EN UNA POSICION COSMETICA - MUY ACEPTABLE CON UNA DESVIACION DE 15 D.P. EN EL OJO IZ - QUIERDO, CON 13 MESES DE EVOLUCION POSTOPERATORIA, HALLAMOS UNA EXOTROPIA DE 25 D.P.

EN EL CASO NUMERO DOS, EL RESULTADO ES MENOS FAVORABLE Y AL CABO DE 3 MESES DE EVOLUCION EL OJO OPERADO MOSTRABA UNA - EXOTROPIA MODERADA DE (40 D.P.) QUE AMERITO NUEVO TRATAMIENTO QUIRURGICO, BUSCANDO PRODUCIR SOBRE EL AREA DEL RECTO INTERNO UN PLASTRON FIBROSO QUE DIFICULTE QUE EL OJO TRATADO-VUELVA FACILMENTE A LA EXOTROPIA.

EN EL CASO NUMERO TRES, LA NIÑA CON DAÑO NEUROLOGICO SEVERO, HA TENIDO LA SIGUIENTE EVOLUCION:

DESPUES DE 5 MESES DE POSTOPERATORIO DEL UNICO OJO OPERADO-(OJO DERECHO), ESTE PRESENTA UNA EXOTROPIA DE 15 D.P.

EN EL CUADRO SE ANOTAN LAS DESVIACIONES DE LOS CUATRO OJOS-TRATADOS, TANTO EN EL PRE COMO EN EL POSTOPERATORIO.

CUADRO UNO

	PREOPERATORIO	POSTOPERATORIO
CASO 1	O.D. 40 D.P.	O.D. 15 D.P.
	O.I. 60 D.P.	O.I. 25 D.P.
CASO 2	O.I. 60 D.P.	O.I. 40 D.P. (A LOS 3 - MESES).
		O.I. 30 D.P. (DESPUES DE- LA 2A.Cx.)
CASO 3	O.D. 40 D.P.	O.D. 15 D.P.
	O.I. 60 D.P.	O.I. NO SE OPERO.

D I S C U S I O N

COMO SE HA MENCIONADO, LA PARALISIS DEL III PAR ES UNO DE LOS-
MAS GRANDES RETOS A LOS QUE SE PUEDE ENFRENTAR EL OFTALMOLOGO,
YA QUE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ESTE CUADRO NO HA DADO RE-
SULTADOS SATISFACTORIOS HASTA EL MOMENTO.

COMO SE OBSERVA EN EL CUADRO 1, DE LOS CUATRO OJOS OPERADOS PU
DO MEJORARSE LA EXOTROPIA EN 3 DE ELLOS, AL GRADO DE HACERLA -
COSMETICAMENTE MENOS DESAGRADABLE Y QUE NO HA AUMENTADO EN MAG
NITUD CON EL TIEMPO. ESTOS TRES OJOS PERTENECEN A PACIENTES EN
EDAD INFANTIL, CON RELATIVAMENTE POCO TIEMPO DE EVOLUCION. -
(DESDE 14 MESES, HASTA 3 ANOS). EN EL CASO NUM. 2 (EL PACIENTE
EN EDAD ADULTA), EL RESULTADO FUE MALO, YA QUE DESDE LOS PRIME
ROS DIAS DE POSTOPERATORIO FUE CLARO QUE LA EXOTROPIA SE REDU-
JO SOLO DE 90 D.P. A 50 D.P.

CON LA SEGUNDA INTERVENCION TAMPOCO SE LOGRO EL RESULTADO BUS-
CADO YA QUE DICHO PACIENTE TIENE UNA EXOTROPIA RESIDUAL DE 30-
D.P.

LLAMA LA ATENCION QUE EN LOS OJOS DE NINOS LOS RESULTADOS NO -
FUERON TAN DESCORAZONADORES COMO EN EL CASO DEL PACIENTE ADUL-
TO, QUIEN ADEMAS FUE EL DE MAYOR TIEMPO DE EVOLUCION. ES MUY -
POSIBLE QUE MAS QUE EL FACTOR EDAD, SEA EL GRADO DE CONTRACTU-
RA QUE TENIA EL RECTO EXTERNO LO QUE MARQUE LA DIFERENCIA EN -
LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

LA TECNICA DE RESECCION - RECESION EN LA PARALISIS DEL III -
PAR, AUN HACIENDO CIRUGIA MAXIMA, SIGUE DEJANDO DESVIACIONES
RESIDUALES DE MEDIANAS A GRANDES.

QUIZA PUDIERA ACONSEJARSE EN PACIENTES DE POCOS MESES A PO -
COS AÑOS DE EDAD, SOBRE TODO SI EL MANEJO SE HACE POR UN CI -
RUJANO OFTALMOLOGO NO EXPERTO EN TECNICAS DIFICILES Y COM -
PLICADAS DEL ESTRABISMO, PERO NO DEBE DE EMPLEARSE EN INDIVI -
DUOS DE MAYOR EDAD, QUIZA DESDE LA EDAD ESCOLAR, NI EN LOS -
ADULTOS, DESDE LUEGO.

ESTAMOS MUY LEJOS DE ENCONTRAR LA TECNICA QUIRURGICA IDEAL -
PARA ESTE PADECIMIENTO DE TAN DIFICIL SOLUCION. <ES INTERE -
SANTE LA PROPUESTA DE ROMPER LA FASCIA ORBITARIA EN EL AREA -
DEL RECTO INTERNO PARA FAVORECER LA PRESENCIA DE GRASA, QUE -
JUNTO CON LA SANGRE PRESENTE, AYUDE A LA APARICION DE UN -
PLASTRON FIBROSO QUE EVITE QUE EL OJO VUELVA A LA POSICION -
DE EXOTROPIA>.

ANTES DE VOLVER A LAS TECNICAS TAN AGRESIVAS Y DIFICILES, CO -
MO LA CIRUGIA DE JACKSON, CREEMOS VALIDO EL INTENTAR ESTA -
OTRA OPCION QUE PROBABLEMENTE MEJORE LOS RESULTADOS.

CONCLUSIONES

- 1) CREEMOS FIRMEMENTE QUE ESTE TIPO DE CASOS, SON DE DIFICIL MANEJO Y LO QUE PRINCIPALMENTE SE BUSCA, ES LOGRAR LA MEJOR APARIENCIA COSMETICA POSIBLE EN LA MIRADA AL FRENTE.
- 2) DADO LOS RESULTADOS OBTENIDOS, CREEMOS QUE EN EL CASO NUM. 1, ESTOS PUEDEN CONSIDERARSE SATISFACTORIOS.
EN EL CASO NUM. 2, QUE AMERITO UNA NUEVA CIRUGIA, NO PUDO-REALIZARSE EL SEGUIMIENTO QUE HUBIESEMOS DESEADO, PERDIENDO AL PACIENTE. SIN EMBARGO, EN ESTE SEGUNDO CASO, LOS RESULTADOS FUERON MENOS ALENTADORES.
Y FINALMENTE, EN EL CASO NUM. 3, DESPUES DE CASI SEIS MESES, LA PACIENTE PRESENTA UNA EXOTROPIA DE 15 D. CONSIDERANDO ESTE RESULTADO COMO SATISFACTORIO.
- 3) SIN LUGAR A DUDAS, SEGUIREMOS ENFRENTANDONOS A UN RETO DE-GRANDES DIMENSIONES, CADA VEZ QUE TENGAMOS QUE DETERMINAR-LA CONDUCTA A SEGUIR EN ESTE TIPO DE CASOS, DIFICILES, RAROS Y A VECES DECEPCIONANTES, PERO QUE SIN EMBARGO, ESTO -NO HA DE SIGNIFICAR UN ALTO EN EL CAMINO, NI SIQUERA UN -OBSTACULO PARA SEGUIR BUSCANDO NUEVAS TECNICAS QUE BRINDEN CADA VEZ MEJORES Y MAS PERMANENTES RESULTADOS, EN BENEFI-CIO DIRECTO DE NUESTROS PACIENTES, DE LA OFTALMOLOGIA EN -GENERAL Y DEL ESTRABISMO EN PARTICULAR.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- PADILLA DE ALBA
- 2.- VON NORDEN
- 3.- PAG. 71 PRIETO DIAZ
- 4.- CITA 99 PRIETO DIAZ
- 5.- PAG. 321 JULIO PRIETO DIAZ
- 6.- CITA 83 DE PRIETO DIAZ (VON NORDEN)
- 7.- DUANE. (MARSHAL PARKS) CAPITULO 19 PAG. 3
- 8.- DUKE-ELDER PAGES. 734 - 735
- 9.- CITA 116 DE PRIETO DIAZ
- 10.- CITA 94 DE PRIETO DIAZ
- 11.- CITA 95 DE PRIETO DIAZ
- 12.- CITA 112 DE PRIETO DIAZ
- 13.- JUAN HORACIO VILLASENOR. 1987 ANALES DE LA S.M.O.
- 14.- PTOSIS. JONES, L.T.; WOBIG, J.L.; SURGERY OF DE EYE,
LIDS AN LACRIMAL SYSTEM. DESCULAPIUS PUBLISHING COMPANY.
BIRMINGHAM, ALABAMA. 1976 91 - 122.



JEFE DE ENSEÑANZA
DR. DAVID LOZANO RECHY



INSTITUTO DE
OFTALMOLOGIA

FUNDACION CONDE DE VALENCIANA
JEFATURA DE ENSEÑANZA
Chimalpopoca 14 México 8, D. F.
Col. Obrera



PROFESOR ENCARGADO DEL CURSO
DR. ENRIQUE GRAUE WIECHERS

