

TECNICA DE RETROINSERCIÓN-RESECCIÓN MUSCULAR VS TECNICA DE MIOTOMÍA MARGINAL DOBLE-PLGAMIENTO (Estudio comparativo)

Dr José Gerardo Sierra-Díaz *

RESUMEN

Se presenta un estudio comparativo entre las técnicas de retroimplante-resección vs miotomía-plegamiento para la corrección de estrabismos horizontales. En base a los resultados se concluye que ambas técnicas son semejantes.

Palabras clave (Key words): Miotomía marginal, retroinserción, resección muscular

INTRODUCCION

Quizás una de las características de la cirugía de Estrabismo si la comparamos con otras técnicas quirúrgicas oftalmológicas sea la poca precisión. Sin embargo, debemos de considerar que la experiencia y el estudio a fondo de cada caso en particular, va a repercutir en un mejor pronóstico para el paciente, aunque habrá que señalar, que en algunas ocasiones es difícil y a veces imposible llegar a obtener resultados satisfactorios durante la primera intervención.

Haciendo un poco de historia en cuanto a los primeros avances en la cirugía del estrabismo. En 1839, Dieffenbach realiza ya tenotomías libres. Guerin desde el año de 1841, propone un método de avanzamiento muscular en casos de exceso de corrección por las tenotomías o miotomías. En el año de 1912, Blaskovicz intenta simplificar el debilitamiento muscular principalmente en casos reoperados. Años más tarde Graefe propone, que el estudio del Estrabismo debe de ser diferente para cada paciente, sentando así las bases para su corrección. Otros autores como Lancaster, optan por otras técnicas de acortamiento del tendón sin llegar a cortarlo, a lo que llamaban repliegue. Arruga en 1959, realiza varios tipos de miotomías, pero sin puntos de comparación. Años después Helveston, en un estudio in vitro, reporta la elongación muscular por medio de diferentes tipos de zetotomías, realizando dos cortes

de los dos tercios de la anchura muscular, como una técnica que ofrece mejores resultados. Jampolsky en 1965, menciona la utilidad sensorial de sobrecoregir deliberadamente los estrabismos, en especial las endotropias, eliminando la correspondencia retiniana anómala, y de esta forma la recidiva hacia la convergencia. En México más recientemente los doctores Romero Anís y Martínez Oropeza, así como Fonte y Espinoza, realizan varios estudios comparativos entre ambas técnicas quirúrgicas reportando resultados interesantes.

Con todo esto, podemos darnos cuenta que los métodos utilizados en la cirugía del estrabismo, han sido al paso del tiempo muy variados, existiendo una gran gama de modificaciones, todo con la finalidad de llegar a la perfección en los resultados.

El objetivo general de este trabajo, es el de revisar los resultados postquirúrgicos de la técnica de Retroinserción-Resección muscular, comparativamente con la técnica de Miotomía Marginal Doble-Plegamiento muscular, y analizar las ventajas y desventajas de ambas técnicas quirúrgicas en la cirugía de estrabismos horizontales.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el estudio, se recolectó la información necesaria a través de los expedientes clínicos del Depto. de Estrabismo de nuestro Hospital, desde el mes de Abril de 1983 al mes de Mayo de 1984, correspondiendo a pacientes operados por Endotropias de 30° en ojos ambliopes, analizando un total de 45 pacientes, 22 operados con la técnica de Retroinserción-

* Hosp. Oft. Ntra. Señora de la Luz.
Dirección del autor: Ezequiel Montes No. 135, C.P. 06030 México, D. F.

Resección muscular (5 mm), y 23 pacientes con la técnica de Miotomía Marginal Doble-Plegamiento muscular, teniendo un periodo de seguimiento de 6 meses como mínimo.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas, quizás con algunas variantes, fueron en general las convencionales. En la técnica de Retroinserción-Resección muscular previa disección de la conjuntiva y músculo, colocamos nuestro material de sutura del tipo del ácido Poliglactín (5-0), abarcando primero todo el espesor del músculo y pasándola a través de sus fibras, tanto en la mitad inferior como superior del músculo, anudando nuestra sutura a nivel de la inserción, procediendo a cortar y retroinsertar a 5 mm el músculo de su inserción anatómica. Para el acortamiento, previa medición de los 5 mm, realizamos un procedimiento semejante, anudamos y cortamos el músculo a nivel de nuestra sutura así como el músculo remanente, suturándolo nuevamente a su inserción original. Para la técnica de la Miotomía, realizamos una incisión conjuntival límbica o paralímbica en algunos de los casos, disección del músculo aproximadamente en una extensión de 10 mm o más, colocamos dos pinzas de mosco perpendiculares al músculo pero en direcciones opuestas, abarcando las dos terceras partes de la anchura muscular, la pinza distal aproximadamente a unos 6 mm de la inserción y la proximal a unos 2 ó 3 mm de la inserción escleral. Procedemos a cortar el músculo con un cauterio de corriente directa convertida a 8-10 voltios, primero sobre el borde de la pinza distal en las dos terceras partes de la anchura muscular, realizando el mismo procedimiento en la pinza proximal, retiramos las pinzas quedando de esta forma el músculo elongado.

Para la técnica de Plegamiento muscular, pasamos nuestra sutura lo más proximal a su inserción, llevándola unos 8-10 mm hacia atrás, pasándola a través del músculo en un punto en "U", y llevándola de nuevo al frente, traccionamos nuestras suturas plegando el músculo hacia la inserción y anudamos a este nivel, teniendo que realizar en algunas ocasiones un corte en sentido horizontal cuando se apreció un abultamiento muy marcado del músculo plegado.

RESULTADOS

En el grupo de Retroinserción-Resección muscular se apreció un predominio del sexo femenino (59%), observando el mismo resultado en el grupo de Miotomía Marginal Doble-Plegamiento muscular (61%) Cuadros 1 y 2.

Para su estudio dividimos a los pacientes en grupos de edad, encontrando que en el grupo de R+R: un 45% de los casos se encontraron entre los

3 y los 5 años de edad, y en el grupo de M+P entre los 7 y los 9 años de edad un 39%; datos que fueron circunstanciales. Cuadros 3 y 4.

Cuadro 1.

Grupo de Retroinserción-Resección
Sexo

	No.	%
Femenino	13	59%
Masculino	9	41%
	22	100%

Cuadro 2.

Grupo de Miotomía-Plegamiento
Sexo

	No.	%
Femenino	14	61%
Masculino	9	39%
	23	100%

Cuadro 3.

Grupo de Retroinserción-Resección

Grupo de edad	No.	%
6/12 - 2	5	23%
3 - 5	10	45%
6 - 8	5	23%
9 - 12	2	9%
	22	100%

Cuadro 4.

Grupo de Miotomía-Plegamiento

Grupo de edad	No.	%
1 - 3	8	35%
4 - 6	4	17%
7 - 9	9	39%
10 - 13	2	9%
	23	100%

Los resultados finales valorados a los 6 meses como mínimo de seguimiento fueron los siguientes: en el grupo de R+R: un 86% de los casos presentaban

Ortoposición, existió un caso de Endotropía residual y dos casos de Exotropía consecutiva. En el grupo de M+P: un 87% de los casos encontramos Ortoposición, un solo caso de Endotropía residual y también dos casos de Exotropía consecutiva. Hay que señalar que dentro de este grupo, alrededor de un 80% de nuestros pacientes operados se encontraban sobre corregidos en aproximadamente 20° a 30° durante el primer examen postoperatorio, y que paulatinamente fue disminuyendo en una forma espontánea en el transcurso de los meses subsiguientes. Cuadros 5 y 6.

Cuadro 5.

Grupo de Retroinserción-Resección
Resultados Postoperatorios

	No.	%
Ortoposición	19	86%
Endo Residual	1	5%
Exo Consecutiva	2	9%
	22	100%

Cuadro 6.

Grupo de Miotomía-Plegamiento
Resultados Postoperatorios

	No.	%
Ortoposición	20	87%
Endo Residual	1	4%
Exo Consecutiva	2	9%
	23	100%

Dentro del grupo de M+P, se presentaron dos casos de Granuloma, como única complicación, siendo los dos casos a nivel del Plegamiento, complicación contraria a reportes previos, donde se señala con esta técnica hay una menor frecuencia, pero que en nuestro caso lo atribuimos al material de sutura utilizado en los primeros pacientes operados que fue de seda 6-0.

DISCUSION

Haciendo una comparación entre la técnica de Miotomía Marginal Doble-Plegamiento muscular con la técnica de Retroinserción-Resección muscular, podemos señalar los siguientes conceptos:

1. La M+P es una técnica sencilla en manos experimentadas.
2. Es una técnica rápida, donde se acortan tiempos quirúrgicos, con las naturales ventajas

como sería un menor tiempo de anestesia, de ocupación de la sala quirúrgica y equipo médico.

3. Es una técnica donde existe un menor riesgo de perforación escleral, ya que al no utilizar material de sutura como en las miotomías se elimina casi por completo esta posibilidad.
4. Existe generalmente una cantidad estándar de debilitamiento, ya que se ha tomado como rutina en la cirugía de músculos rectos, el practicar para la miotomía dos cortes de las dos terceras partes de la anchura muscular.
5. Hay un menor proceso inflamatorio al existir menor manipulación de tejidos, eliminando prácticamente el sangrado al no desinsertar el músculo y utilizar el cauterio.
6. Un factor importante en la cirugía del estrabismo donde en ocasiones se cortan tres o más músculos es la Necrosis del Segmento Anterior, que aunque es rara su aparición, con la técnica de M+P se reduce el riesgo, ya que se conserva gran parte del riego sanguíneo a este nivel.
7. Existe como se observó en los resultados una sobre corrección la cual es transitoria, lo que elimina el mecanismo de una posible correspondencia retiniana anómala.
8. Sin duda es un procedimiento más sencillo en casos de reoperación cuando la intervención falló, siendo más fácil de reoperar un músculo en su sitio e inserción de origen.

En cuanto a las desventajas de la M+P podemos mencionar:

1. Puede ser un procedimiento difícil en manos no expertas, por motivos de sobre corrección o residuales.
2. La sobre corrección no siempre es transitoria.
3. Existe una mayor incidencia de músculos sueltos.

Como conclusión final, podemos mencionar que en los dos grupos estudiados no se demuestra una diferencia en los resultados con el empleo de una u otra técnica quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Helveston, EM: Atlas of Strabismus Surgery, 2nd. ed. St. Louis: Mosby Co. 1977: 124-132.
2. Martínez-Oropeza, S; Romero-Apis, D; Blumerkranz, R: Debilitamiento muscular mediante miotomías marginales. *An Soc Mex Oftalmol.* 1980; 54:35.
3. Romero-Apis, D; Martínez-Oropeza, S; Blumerkranz, R: Sobre corrección transitoria mediante zetotomías del recto interno. *An Soc Mex Oftalmol.* 1980; 54:41.
4. Tenorio, G; Fonte-Vázquez, A; Espinosa-Olvera, Y: Retroinserción-Resección muscular y Miotomía Marginal-Plegamiento muscular lineal: Estudio comparativo. *An Soc Mex Oftalmol.* 1981; 55:155-60.