

TRANSPOSICION DEL OBLICUO INFERIOR EN LA PARALISIS DEL RECTO EXTERNO

Dra Eréndira Ruiz-G *
Dr Ydhelio Espinosa-O **

RESUMEN

Se trataron quirúrgicamente 6 pacientes de parálisis neurogénica traumática del recto externo, con la técnica de transposición del músculo oblicuo inferior. Se valoran las indicaciones y resultados de esta técnica.

INTRODUCCION

La parálisis del recto externo por lesión neurogénica, es la más común de las parálisis de los músculos extraoculares; el largo trayecto intracraneal del VI par y su vulnerabilidad anatómica, son citadas como causas predisponentes a su frecuente daño, en relación a los otros dos nervios oculomotores.¹

La etiología de la parálisis neurogénica del recto externo es múltiple, siendo la más común traumática; entre las causas sistémicas se mencionan: la dismetabólica (diabetes), y entre las causas neurológicas las alteraciones vasculares y las neoplasias.^{1, 2}

Con relativa frecuencia la parálisis neurogénica traumática del recto externo, debe ser tratada quirúrgicamente, para corregir la endotropía resultante; cuando esto sucede, es indispensable determinar: a) el momento de la cirugía y, b) la técnica de tratamiento quirúrgico.

a) La determinación del momento quirúrgico está condicionada, más que al tiempo de evolución del padecimiento, a la falta de recuperación de la función del músculo recto externo y, a la presencia de contractura del músculo antagonista homolateral, el recto interno; o bien, a la coincidencia de ambas alteraciones. Para el diagnóstico de existencia de contractura y de falta de función muscular, son de gran ayuda las pruebas de ducción forzada.^{3, 4}

b) Cuando se ha decidido intervenir quirúrgicamente una parálisis neurogénica traumática del músculo recto externo, la selección del procedimiento quirúrgico, también está condicionada a la existencia o ausencia de función del músculo recto externo y, a

la existencia o ausencia de contractura del recto interno homolateral. En caso de demostrar ausencia total de función del músculo recto externo, la técnica quirúrgica que deberá practicarse es la transposición de los músculos rectos verticales, superior e inferior, al área del músculo recto externo; este procedimiento tendrá que ser acompañado del debilitamiento del recto interno homolateral y de la retroinserción de la conjuntiva nasal, cuando se demuestre la existencia de contractura de este músculo.⁴

Las técnicas quirúrgicas de transposición muscular de los rectos verticales, superior e inferior, son diversas: Hummelsheim,⁵ Jensen,⁶ Shillinger y Hildreth.⁷ En abril de 1981, Huber⁸ reporta una nueva técnica quirúrgica en el tratamiento de la parálisis del músculo recto externo, que consiste en la translación e implantación del músculo oblicuo inferior normal sobre el músculo recto externo paralizado, pensando en restaurar, de esta forma, la inervación del músculo recto externo.

OBJETIVO

Este trabajo tiene como finalidad, presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la parálisis neurogénica traumática del músculo recto externo, con la técnica de transposición del oblicuo inferior y dar a conocer sus resultados.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se efectuó en el Departamento de Estrabismo de la Unidad de Oftalmología, del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en un periodo que comprende los años 1982 a 1985. En este lapso de tiempo se diagnosticaron 82 casos de parálisis oculomotoras; 30 de estos casos correspondieron a parálisis del músculo recto externo y 10 de

* Médico Auxiliar.

** Jefe de Unidad.
Unidad de Oftalmología, Hospital General de México. Secretaría de Salud.

TRANSPOSICION DEL OBLICUO INFERIOR

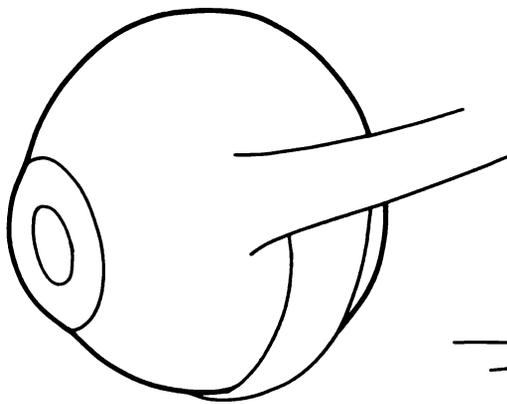


fig. 1

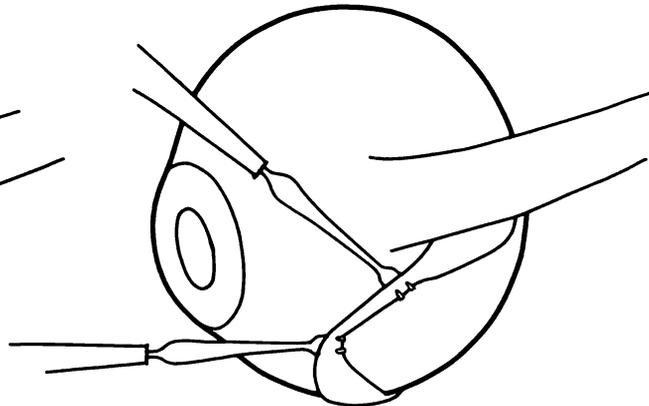


fig. 2

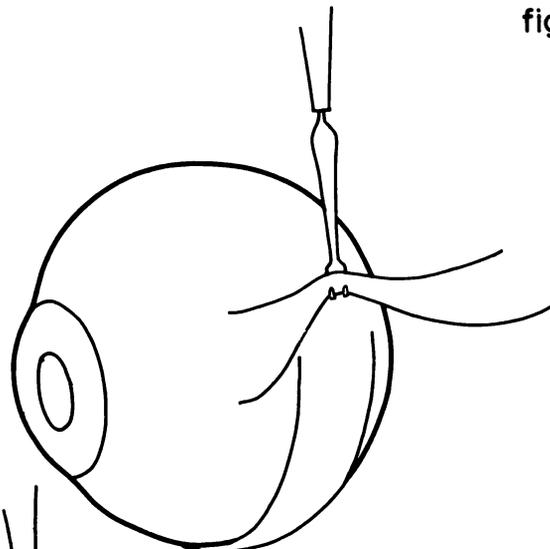


fig. 3

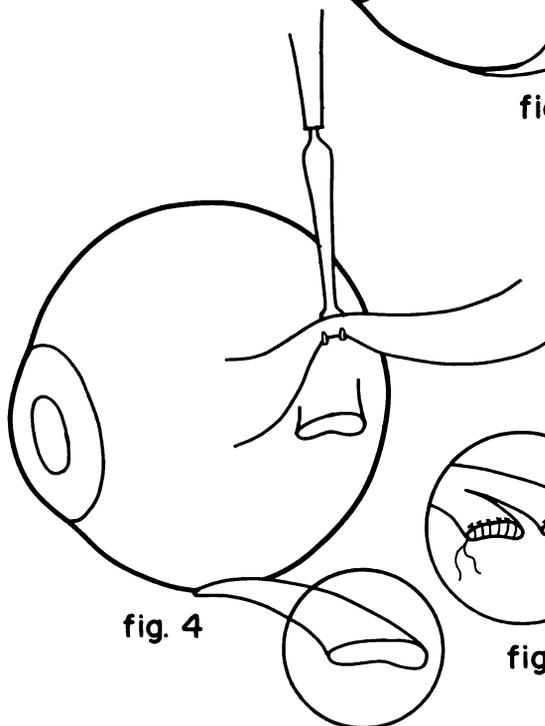


fig. 4



fig. 4a

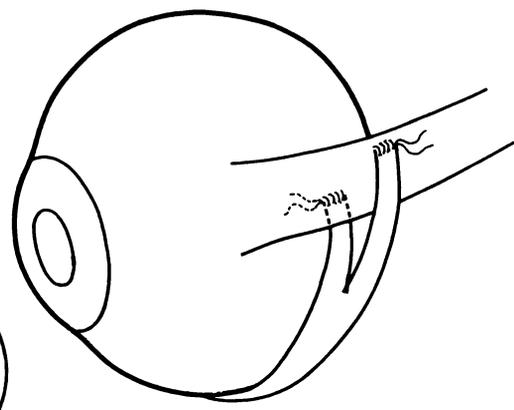


fig. 5

los mismos tuvieron como causa una lesión traumática del VI par craneal.

El trabajo toma en cuenta 6 de los 10 casos de parálisis neurogénica traumática del músculo recto externo, que fueron seleccionados por demostrarse en cada uno de ellos: falta total de función del músculo recto externo afectado y existencia de contractura del músculo recto interno homolateral.

Los casos considerados fueron: 1 del sexo femenino y 5 del sexo masculino; entre los 23 y 58 años de edad; 5 casos unilaterales y 1 bilateral.

Todos los casos presentaban endotropía, entre 50 y 70 dioptrías prismáticas de desviación en la mirada al frente; así como limitación total de la abducción conducida en el ojo afectado; la excursión ocular estaba limitada a la línea media, no pudiendo desplazarse más allá el globo ocular (Fig. 6). Las pruebas de ducción forzada demostraron ausencia total de función del músculo recto externo y existencia de contractura de su antagonista homolateral, el músculo recto interno. De acuerdo con estos datos de exploración de la movilidad ocular, en los 6 casos se practicó como técnica quirúrgica, la transposición del oblicuo inferior al área del recto externo, y el debilitamiento por retroinserción del músculo recto interno, así como la retroinserción de la conjuntiva nasal.

Descripción de la técnica de transposición del oblicuo inferior

Se practica incisión conjuntival perilímbica, de la misma manera que se hace para exponer el músculo recto externo, esta incisión se prolonga en la porción inferior hacia el fondo de saco, con un corte radial. Se expone el músculo recto externo y se disecciona (Fig. 1). El oblicuo inferior también se expone y disecciona (Fig.

2), a continuación se desinserta de su inserción escleral (Figs. 3 y 4), se divide en dos colgajos longitudinales que se fijan con puntos de seda (Fig. 4a), y que son transportados hacia el músculo recto externo, entrelazando las fibras de ambos músculos (Fig. 5). Se sutura conjuntiva.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Los resultados del tratamiento quirúrgico se valoraron en el postoperatorio inmediato y 60 días después de practicada la cirugía; se tomó en cuenta: a) el estado de la posición ocular en la mirada al frente y, b) la movilidad ocular, específicamente, la abducción del ojo afectado.

En los 6 casos observamos ortotropía quirúrgica en la mirada al frente, o sea una endotropía residual no-significante cosméticamente, y menor de 15 dioptrías prismáticas (Figs. 6 y 7).

En 5 de los casos no hubo mejoría significativa de la abducción, en el caso restante la recuperación de este movimiento fue casi total.

Independientemente del grado de desviación presente en los casos tratados, el resultado fue satisfactorio en la mirada al frente, lo cual es explicable, porque, al establecer un diagnóstico preciso de la patogenia determinante de la desviación —falta de función del recto externo y contractura del recto interno— la conducta quirúrgica fue dirigida a modificar estos factores. En todos nuestros casos la técnica quirúrgica empleada, modificó el efecto de la contractura del recto interno al realizar la retroinserción del mismo; lo cual parece ser suficiente para obtener una buena posición ocular y, esta buena posición ocular se mantiene al realizar la transposición del músculo

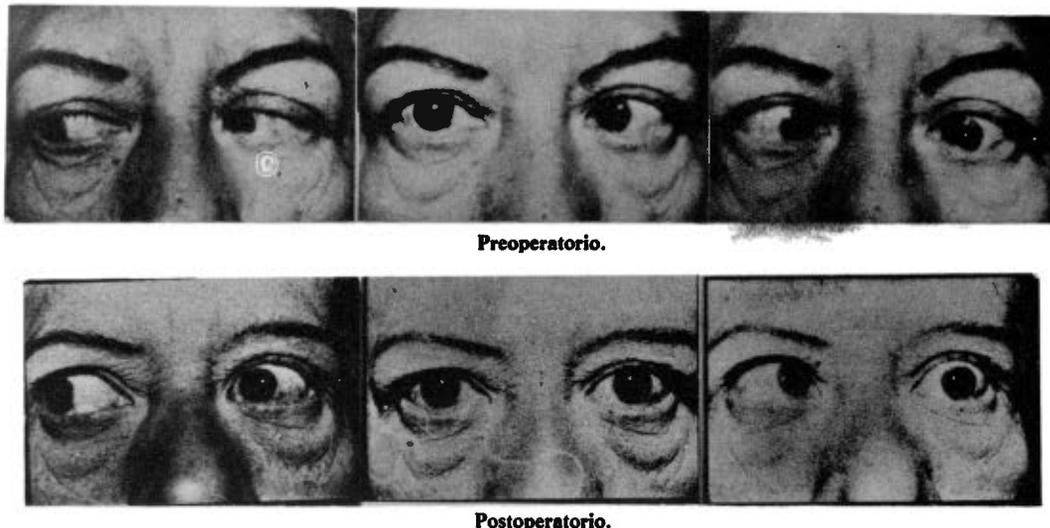


Fig. 6. Traslación del músculo oblicuo inferior en parálisis traumática del VI par craneal.



Preoperatorio.



Postoperatorio.

Fig. 7. Trasposición del músculo oblicuo inferior en parálisis traumática del VI par craneal.

oblicuo inferior al área del músculo recto externo paralizado; porque de esta manera oponemos una fuerza mecánica, evitando la reinstalación de contractura en el recto interno previamente debilitado.

La falta de recuperación de la abducción fue un hecho observado en nuestros casos, y coincide con lo señalado por otros autores.^{10, 11, 12} Aunque Huber sugiere que al transponer el oblicuo inferior sobre el músculo recto externo paralizado, la innervación de este músculo se restauraría, a través de la innervación normal del oblicuo inferior; es posible que esta técnica actúe igual que las demás técnicas de transposición muscular, solamente determinando una fuerza de oposición a un músculo debilitado; ya que si realmente se presentara una reinervación del músculo paralizado, se obtendría una recuperación más completa de la abducción. De nuestros casos tratados, solo uno presentó recuperación casi total de la abducción; y esto se puede atribuir a la recuperación espontánea de la función del músculo recto externo, y no a su reinervación a partir del oblicuo inferior.

CONCLUSIONES

La técnica de transposición del oblicuo inferior, tiene su mejor indicación en pacientes adultos que presentan una parálisis traumática del recto externo, con ausencia total de función del mismo y, que por tal motivo han sido seleccionados para efectuar una cirugía de transposición muscular. Con la técnica de transposición del músculo oblicuo inferior, evitamos actuar quirúrgicamente sobre varios músculos rectos,

ya que en el paciente adulto la cirugía de 3 o más músculos rectos puede ocasionar una isquemia del segmento anterior.⁹

Siendo la transposición del oblicuo inferior una técnica fácil de realizar, puede substituir a cualquier otra técnica de transposición muscular.

Los resultados obtenidos con la técnica de transposición del oblicuo inferior, son semejantes a los reportados por autores que practican otras técnicas de transposición muscular.^{1, 10, 11, 12}

REFERENCIAS

1. Lee, DA; Dyer, JA; O'Brien, PC and Taylor, JZ. Surgical treatment of lateral rectus muscle paralysis. *Am J Ophthalmol* 1984; 97:511-18.
2. Rush, JA and Younge, BR. Paralysis of cranial nerves III, IV and VI. Cause and prognosis in 1,000 cases. *Arch Ophthalmol* 1981; 99:76.
3. Metz, HS. Restrictive factors in strabismus. *Surv Ophthalmol* 1983; 28:71-83.
4. Scott, AB. Active force tests in lateral rectus paralysis. *Arch Ophthalmol* 1971 Apr; 85(4):397-404.
5. Hummelsheim E. Weitere erfahrungen mit partieller sehnenberpflanzung an den augenmuskeln. *Arch Augenheilkd* 1909; 62:71.
6. Jensen, CDF. Rectus muscle union. A new operation for paralysis of the rectus muscles. *Trans Pac Coast Ophthalmol Soc* 1964; 45:359.
7. Helveston, EM. Muscle transposition procedures. *Surv Ophthalmol* 1971; 16:92.
8. Huber-A. Surgical treatment of eye muscle palsies. *Klin-Monatsbl-Augenheilkd* 1981 Apr; 178(4):256-64.
9. Saunders, RA et al. Anterior segment ischemia syndrome following rectus muscle transposition. *Am J Ophthalmol* 1982 Jan; 93(1):34-8.
10. Billet, E. Tendon transplantations for lateral rectus paralysis. *J Pediatr Ophthalmol* 1971 May; 8(2):102-4.
11. Metz, HS. Surgical treatment of eye muscle palsies. *N Y State J Med* 1983 Mar; 83(3):319-23.
12. Ciancia, AO et al. Treatment of the lateral rectus palsy. *Doc Ophthalmol* 1984 Aug 15; 58(1):57-64.