

Foro de casos clínicos

Caso de parálisis oculomotora doble

Double oculomotor palsy

Moderador: Dr. José María Rodríguez del Valle

Panelistas: Dra. Mar González Manrique

Dr. Carlos Laria Ochaita

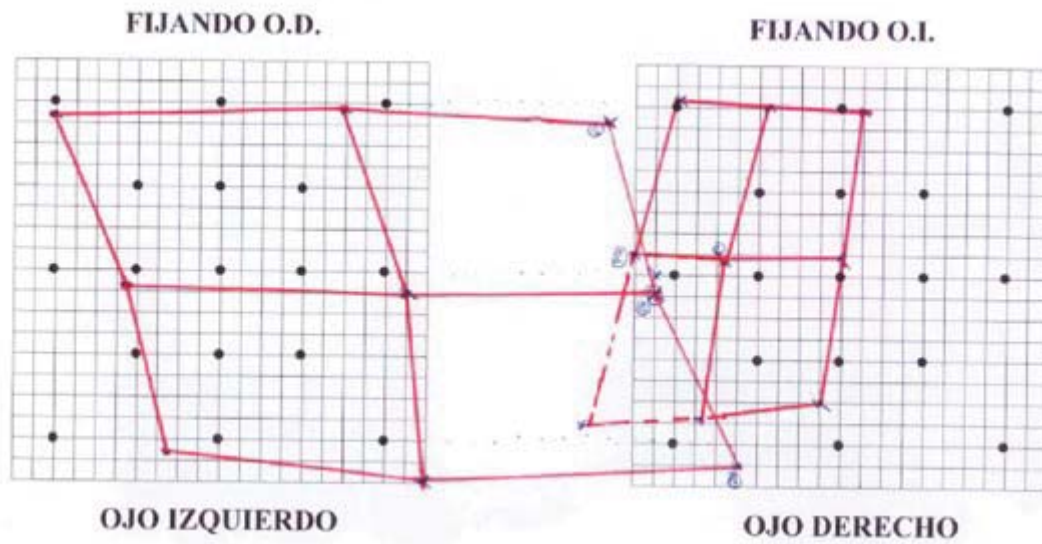
Dr. Jesús Barrio Barrio

Presentamos el caso de un paciente de 65 años, referido a nuestra consulta por diplopía horizontal y vertical binocular de 2 años de evolución. Nuestro paciente es diabético tipo II leve (controlado con metformina). Toma tratamiento para la hipertensión arterial (enalapril y un beta bloqueante) y aspirina por episodios isquémicos cerebrales leves.

EXPLORACIÓN

- AVLsc 0,8 y 0,63 con cada ojo (va sin gafas de lejos).
- Refracción subjetiva OD: +2,00; +2,25 (adición de +2,50 para cerca) con lo que ve 1,0.
- Exploración sensorial: diplopía que se compensa parcialmente con prisma de 30DP de base externa en el ojo derecho y 10DP de base superior en el ojo izquierdo. Con varillas Maddox exciclorsión subjetiva del OD de 5-10°.





- Exploración motora: presenta un tortícolis horizontal de la cara a la derecha (TCD) y una leve inclinación de su cabeza sobre el hombro izquierdo (TTCSHI). Una Endotropía de 30DP de lejos y 25DP de cerca junto con una hipotropía derecha de 10DP que se acentúa en la levoversión. Limitación de abducción del ojo derecho de -2 (pasa levemente de línea media) y limitación del descenso del ojo derecho de -1 en aducción (posición del oblicuo superior del OD).

Resumen exploración

- *AVLsc OD: 0,8; OI: 0,63.*
- *Refracción +2,00 y +2,25 en ambos ojos.*
- *Tortícolis: TCD 5-10° TTCSHI 5°.*
- *Sensorialidad: diplopía lejos +30DP OD/OI 10DP: Exciclo OD 5-10°.*
- *Motilidad: ET dOI +30DP de lejos y +25DP de cerca. OD/OI 10DP. Lim abducción OD -2. Limitación del descenso OD -1 (posición del OSD).*

RESULTADO FINAL

Desaparece la diplopía en la posición primaria de la mirada porque consigue la fusión. Persiste diplopía en la mirada derecha extrema sobre todo de lejos. No hay torsión subjetiva. Paciente satisfecho con el resultado.



1. Presenta y explica el caso

Dra. Mar González Manrique

Se trata de un paciente de 65 años, con factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de isquemia cerebral previa.

La exploración, tanto sensorial como motora, muestra una endotropía del OD, con limitación de la abducción, hipertropía derecha que empeora en levoversión, tortícolis torsional sobre hombro izquierdo y exciclotorsión también del OD. Todo ello hace pensar en una doble parálisis, del IV y VI nervios del OD.

Por los antecedentes personales del paciente, es razonable pensar en una causa microvasculopática para el cuadro que presenta. Desconocemos la cronología de ambas parálisis, si fue secuencial o simultánea. En general, la presencia de una parálisis de más de un nervio craneal nos debe hacer pensar siempre en aquellas localizaciones anatómicas donde estos nervios puedan coincidir, fundamentalmente la órbita y el seno cavernoso, y solicitar la neuroimagen correspondiente que nos permita detectar causas potencialmente graves y/o curables. En este caso, con una diplopía de dos años de evolución, es poco probable que encontremos una etiología grave como un tumor, un aneurisma, una enfermedad autoinmune, etc si no se ha detectado hasta ahora. Todo parece orientar a una situación de isquemia que en el paciente ha dado lugar a una diplopía persistente, a pesar de que en muchos casos se producen recuperaciones espontáneas.

En lo que respecta a la parálisis del IV, en la fotografía no puede apreciarse una gran hiperfunción ni del oblicuo inferior ipsilateral ni del recto inferior contralateral, solo una hipofunción del oblicuo superior derecho parético, que tampoco es muy marcada. Existe exciclotorsión del OD, pero no parece muy sintomática, dato que tendremos en cuenta para el tratamiento. Hay tortícolis mixto torsional (por el IV) y horizontal (por el VI). No aprecio síndrome alfabético en V, que sí suele presentarse en las parálisis bilaterales del IV, sobre todo las congénitas.

La endotropía producida por la parálisis del VI es de gran cuantía en ppm, y no muestra gran diferencia entre lejos y cerca.

Dr. Carlos Laria Ochaita

Dados los antecedentes del paciente (edad, diabetes e hipertensión y accidentes isquémicos) nos hace pensar en un posible accidente isquémico con afectación del VI y IV par del OD. El tortícolis cara a la derecha sería secundario a la parálisis del VI y la inclinación sobre el hombro izquierdo sería debido a la parálisis del IV.

El tiempo desde la parálisis y el control farmacológico lo hacen candidato a valoración quirúrgica

Dr. Jesús Barrio Barrio

Paciente 65 años con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y diplopía horizontal y vertical de 2 años de evolución. Adopta tortícolis cara derecha y cabeza sobre hombro izquierdo. Presenta endotropía OD +30D e hipertropía OD 10D, con limitación de abducción e infralevoversión en su OD. La endotropía es algo menor de cerca. Además exciclotorsión del OD de 5-10°. En las fotografías y en la pantalla de Lancaster se observa patrón en V con aumento de endotropía abajo. En la pantalla se objetiva además una marcada limitación de la abducción del OD y una desviación vertical con limitación a la infraversión del OD que solo afecta a campos inferiores. Dados los antecedentes con FRCV del paciente y la diplopía inconstante descrita diagnosticaría una paresia IV+VI OD.

Nos queda conocer por qué lleva 2 años evolución y cómo los ha tolerado. No parece que esté realizando oclusiones y por tanto podríamos pensar que es una diplopía bien tolerada con fusión en su posición de tortícolis y que su campo de no diplopía es suficiente para llevar una vida más o menos normal. También nos faltarían los datos de las mediciones verticales en todas las posiciones de infraversión y la maniobra de Bielchowski. No queda claro qué significa que

compensa parcialmente la diplopia con prismas: si se sospecha que es por la torsión o no.

2. ¿En esta parálisis te planteas inyectar toxina botulínica? ¿Por qué si/no?

Dra. Mar González

Aunque soy muy partidaria del uso de toxina botulínica en las parálisis adquiridas, tanto de IV como de VI, la coexistencia de ambas parálisis predice un mal resultado de este tratamiento, pues creo que difícilmente conseguiríamos eliminar toda la diplopia aplicándola simultáneamente sobre recto medio y oblicuo inferior del OD. Por otra parte, estamos ante un caso de larga evolución, y esto no es un buen factor predictivo de éxito.

Respecto a la finalidad diagnóstica de la toxina botulínica, me resulta muy útil para valorar una posible función residual del músculo parético, lo que me ayudará después a decidir la técnica quirúrgica. Sin embargo, en este paciente tampoco la usaría para esto, pues aunque hay limitación de la abducción del OD, el paciente consigue sobrepasar la línea media, lo que hace pensar que el recto lateral conserva algo de función. No necesito, por tanto, anular la función del recto medio para saber que en estos momentos la parálisis no es completa.

Dr. Carlos Laria

No plantearía toxina dada la afectación no solo del componente horizontal, sino también de un componente vertical, donde el efecto de la toxina en más de un músculo y la posible difusión a otros músculos la harían más que cuestionable. Además el tiempo de 2 años desde el accidente vascular me hacen no considerarla como una opción válida por la ya estabilización del proceso.

La opción de toxina en una parálisis se plantea en las semanas inmediatamente posteriores tras evidenciar un aumento de la desviación, bajo la hipótesis de limitar la contractura secun-

daria y/o facilitar el proceso de recuperación del músculo afectado, pero tras dos años dicha opción ya no sería viable.

Dr. Jesús Barrio

Se podría valorar toxina en el recto medio derecho o en el oblicuo inferior derecho. En el recto medio no lo haría por el tiempo de evolución, porque desde punto vista diagnóstico no va a aportar nada y porque considero que es un caso quirúrgico. Se podría plantear inyectar toxina en el oblicuo inferior derecho para ver cómo afecta la torsión a la resolución de la diplopia que solo se compensa parcialmente con prismas. En todo caso lo haría simultáneamente a la corrección quirúrgica si tengo más datos para pensar que la torsión es un componente importante a resolver en este caso.

3. ¿Qué cirugía realizarías y por qué?

Dra. Mar González

Hay que abordar las dos direcciones de la diplopia, la horizontal y la vertical.

Para tratar la parte horizontal, debido a que hay función residual del recto lateral, realizaría un procedimiento de retroinserción del recto medio y resección del recto lateral del OD, cuantificado para 30 DP. Daría mayor peso en la cirugía a la resección del recto lateral. Posiblemente pueda aparecer algo de incomitancia en la levoversión postoperatoria, además de la residual en dextroversión, pero la sola ampliación del campo central libre de diplopia ya suele mejorar la situación visual de estos pacientes, aunque las lateroversiones no queden del todo resueltas. La diplopia en posiciones extremas no resulta tan incapacitante.

En cuanto a la parte vertical, dado que solo hay una desviación de 10 DP en posición primaria, intervendría el oblicuo inferior derecho mediante una cirugía debilitante estándar, tipo Apt, por ejemplo. No suelo realizar procedimientos de este músculo sin desinserción.

Respecto al tipo de anestesia, suelo emplear anestesia tópica con sedación controlada para la cirugía del adulto con diplopia, pero el oblicuo inferior no siempre me resulta fácil manejarlo de este modo. Influyen para mi decisión el grado de colaboración esperable por parte del paciente y la disponibilidad de un anestesiólogo que tenga experiencia en esta cirugía. Si no puedo hacer anestesia tópica, tendré que dosificar la cirugía para la parte horizontal sin posibilidad de modificarla intraoperatoriamente. Es cierto que quedaría la opción de una sutura ajustable en la retroinserción del recto medio, pero el paciente que no colabora para anestesia tópica tampoco suele hacerlo muy bien en el ajuste del día después. Además, en las parálisis es más frecuente hipocorregir que hiper corregir, y esto suele ser difícil de mejorar durante dicho ajuste.

Por otra parte, sabemos que la retroinserción-resección de los músculos horizontales con desplazamiento inferior de las inserciones permite manejar algunas desviaciones verticales de pequeña cuantía, con una proporción aproximada de 1-1,5 DP de corrección por cada milímetro de desplazamiento. En este paciente yo no utilizaría esta técnica, no solo porque habría que hacer un gran desplazamiento inferior para compensar las 10 DP que tiene de hipertropía derecha, sino porque la existencia de exciclotorsión hace de entrada recomendable abordar el oblicuo inferior para corregir su diplopia. Dicha exciclotorsión, por otra parte, no es grande, y como el prisma vertical (junto con el horizontal por la parálisis del VI) compensa toda la diplopia, no parece necesaria una técnica específica sobre oblicuo superior para promover la inciclotorsión.

Dr. Carlos Laria

Actuaría sobre ambos componentes horizontal y vertical/torsional en la misma cirugía.

Dada la ausencia de una parálisis total (las ducciones indican una paresia), optaría por resolver el componente de desviación horizontal mediante retroinserción del RM del ojo derecho y resección del RL del mismo ojo (5 / 5).

Para el componente vertical/torsional actuaría mediante un debilitamiento del oblicuo menor del ojo derecho, realizando una técnica de Elliot con un único punto de anclaje. Esta cirugía mejoraría no solo el componente de exciclotorsión, sino que también actuaría mejorando la hipertropía (hasta 15 dp de hipertropía pueden compensarse con el debilitamiento del oblicuo inferior).

Dr. Jesús Barrio

Realizaría una cirugía clásica de retroinserción recto medio, resección recto lateral del ojo derecho con anestesia tópica y descenso de la mitad de las inserciones para corregir la hipertropía.

Iniciaría la cirugía con la resección de recto lateral y ajuste con la retroinserción de recto medio.

Si el paciente rechaza la anestesia tópica y la torsión es sintomática realizaría retro-resec más un plegamiento pequeño del oblicuo superior.

COMENTARIO FINAL

Al paciente no se planteó toxina botulínica tanto por la coexistencia de la paresia de los nervios IV y VI, como por el tiempo de evolución y al no haber dudas sobre la función residual del VI nervio. Se le operó con anestesia local, realizando una retroinserción del recto medio derecho de 4,5 mm y una resección del recto lateral del 5 mm (cirugía multiplicadora de la función muscular existente) y un debilitamiento del músculo oblicuo inferior derecho de tipo Apt (que compensara la torsión y la tropía vertical de 10 DP).