

Comunicación Corta

Manejo de la parálisis bilateral asimétrica del oblicuo superior

Management of Asymmetric Bilateral Superior Oblique Palsy

Diana Pérez-García¹, León Remón-Garijo¹, Patricia Ramiro Millán¹,
Víctor Aguado Casanova¹, Juan Ibáñez-Alperte²
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Objetivo: Presentar el diagnóstico y manejo quirúrgico de una parálisis bilateral asimétrica del músculo oblicuo superior (OS) en un niño de 4 años, así como los resultados postoperatorios obtenidos. **Método:** Se presenta el caso de un niño de 4 años remitido por estrabismo variable y posición anómala de la cabeza. La exploración mostró hipertropía en aducción bilateral más marcada en el ojo derecho, endotropía en infraversión con patrón en V y déficit de la depresión en aducción más significativo en el ojo derecho. La retinografía reveló exciclotorsión de 14° en el ojo derecho y 38° en el izquierdo. Se diagnosticó parálisis bilateral asimétrica del músculo OS. Se realizó un plegamiento de 10 mm del músculo OS y un debilitamiento del músculo oblicuo inferior (OI) según técnica de Apt en el ojo derecho. En el ojo izquierdo, se realizó la técnica de Harada-Ito con modificación de Fells en el músculo OS y un retroceso del músculo OI al punto de Parks. **Resultado:** Un mes después de la intervención, el paciente presentó ortotropía en posición primaria, ausencia de hipertropía en aducción, mejoría del patrón en V y de la depresión en aducción, además de una notable mejoría en la exciclotorsión. **Conclusión:** La detección precoz de la parálisis bilateral del músculo OS permite una corrección efectiva en un único tiempo quirúrgico. En casos asimétricos, el abordaje quirúrgico diferenciado según los hallazgos exploratorios de cada ojo puede proporcionar resultados satisfactorios. Este caso destaca la importancia de considerar la bilateralidad en diagnósticos de parálisis del OS para evitar intervenciones adicionales y lograr una corrección adecuada.

Palabras clave: Parálisis Oblicuo Superior, Plegamiento Oblicuo superior, Técnica de Harada-Ito, Exciclotorsión.

¹ Sección de Oftalmología Pediátrica y Estrabismos, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

² Sección de Glaucoma, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Manuscrito original correspondiente al «premio al mejor video» otorgado en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica.

Correspondencia: dianapgpe@hotmail.com

Los autores manifiestan que no tienen interés comercial ni han recibido apoyo económico para la realización de este trabajo. Los autores certifican que este trabajo no ha sido publicado ni está en vías de consideración para publicación en otra revista. Los autores transfieren los derechos de propiedad del presente trabajo a la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica.

Summary

Objective: To present the diagnosis and surgical management of an asymmetric bilateral superior oblique (SO) muscle palsy in a 4-year-old child, as well as the postoperative results obtained.

Method: We present the case of a 4-year-old boy referred for variable strabismus and an abnormal head position. Examination showed bilateral hypertropia in adduction more pronounced in the right eye, V-pattern esotropia in downgaze, and a more significant deficit of depression in adduction in the right eye. Retinography revealed excyclotorsion of 14° in the right eye and 38° in the left. An asymmetric bilateral SO muscle palsy was diagnosed. A 10 mm SO tuck and an inferior oblique (IO) weakening using the Apt technique were performed on the right eye. In the left eye, the Harada-Ito procedure with Fells modification was performed on the SO muscle, and the IO was recessed to the Parks point. **Results:** One month after surgery, the patient presented with orthotropia in the primary position, absence of hypertropia in adduction, improvement in the V-pattern and depression in adduction, as well as a significant improvement in excyclotorsion. **Conclusion:** Early detection of bilateral SO muscle palsy allows for effective correction in a single surgical session. In asymmetric cases, a differentiated surgical approach based on the exploratory findings of each eye can yield satisfactory results. This case highlights the importance of considering bilateral involvement in SO palsy diagnoses to avoid additional interventions and achieve adequate correction.

Key words: Superior Oblique Palsy, Superior Oblique Tuck, Harada-Ito Technique, Excyclotorsion.

INTRODUCCIÓN

Las parálisis bilaterales del músculo oblicuo superior (OS) en la infancia son poco comunes y habitualmente congénitas (1). La existencia de una afectación bilateral puede pasar desapercibida y conllevar un tratamiento incompleto. Sin embargo, existen datos de la exploración que permiten sospecharla (2). Presentamos el diagnóstico y manejo quirúrgico de una parálisis bilateral asimétrica del músculo OS.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 4 años de edad remitido a nuestra consulta por estrabismo variable y posición anómala de la cabeza con mentón deprimido observado por los padres.

A la exploración presenta una hipertropía en aducción bilateral más marcada en el ojo derecho, una endotropía en infraversión con patrón en V y un déficit de la depresión en aducción también más significativo en el ojo derecho. El test de Bielchowsky no proporcionó resultados significativos pero la valoración de la torsión objetiva mediante retinografía fue de 14° de excyclotorsión en el ojo derecho y de 38° en el ojo izquierdo.

Ante un diagnóstico de parálisis bilateral asimétrica del músculo OS se llevó a cabo el siguiente abordaje. En el ojo derecho se realizó un plegamiento de 10 mm del músculo OS y debilitamiento del músculo oblicuo inferior (OI) según técnica de Apt. En el ojo izquierdo se realizó sobre el músculo OS la técnica de Harada-Ito con modificación de Fells y el retroceso del músculo OI al punto de Parks.

RESULTADOS

Transcurrido un mes desde la intervención el paciente presenta ortotropía en posición primaria, ausencia de hipertropía en aducción sin síndrome de Brown yatrógeno, mejoría del patrón en V y de la depresión en aducción, así como una mejoría notable en la excyclotorsión que pasó a ser de 6° y 7° respectivamente.

DISCUSIÓN

Las parálisis bilaterales del músculo OS en la infancia son poco comunes y habitualmente congénitas (1). Existen datos que permiten sos-



Figura 1. Versiones previas a la intervención. Se observa una hipertropía en aducción y un déficit de la depresión en aducción bilaterales, aunque más significativos en el ojo derecho. Asimismo, se aprecia una endotropía en infraversión con patrón en V.



Figura 2. Versiones posteriores a la intervención. Se observa la corrección de la hipertropía en aducción, la limitación de la depresión en aducción y el patrón alfabético en V.

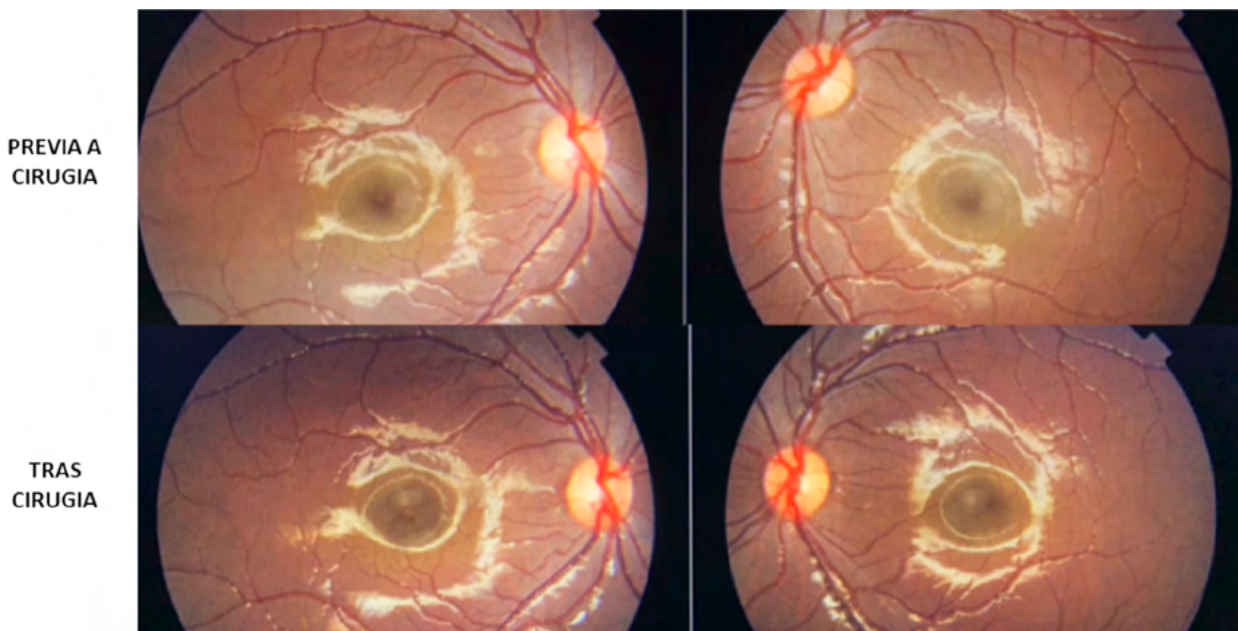


Figura 3. Retinografía previa y posterior a la intervención. Se aprecia la mejoría importante de la exciclotorsión tras la intervención.

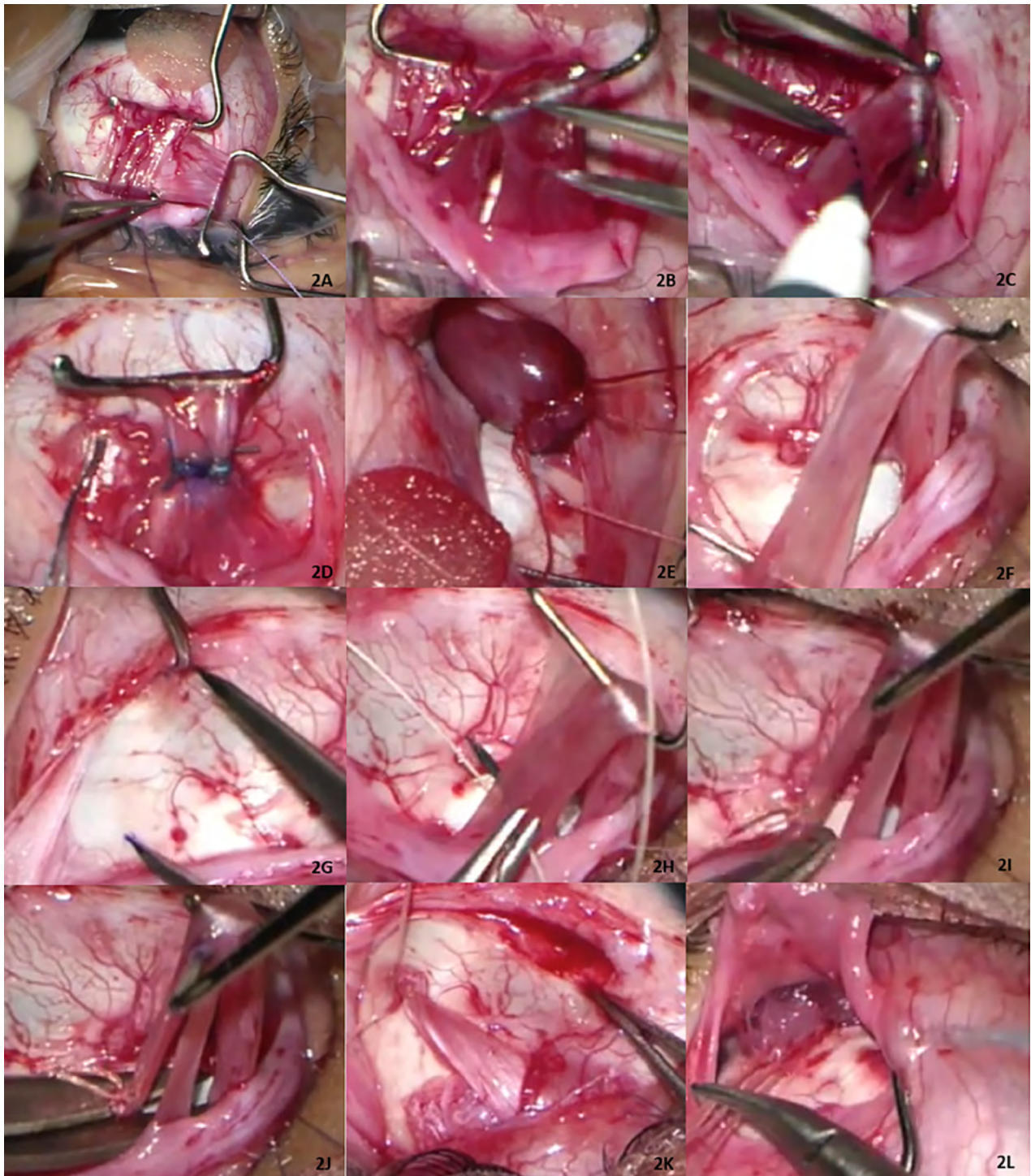


Figura 4. Imágenes representativas de la intervención realizada. 2A: disección del tendón del músculo oblicuo superior derecho (OSD). 2B y 2C: marcaje de línea de referencia a 5mm a ambos lados del gancho que eleva el tendón del OSD. 2D: plegamiento de 10 mm del tendón del músculo OSD mediante sutura de ambas líneas de referencia. 2E: debilitamiento del músculo oblicuo inferior derecho. 2F: disección del tendón del músculo oblicuo superior izquierdo (OSI). 2G: marcaje de punto de referencia escleral a 8mm del borde superior del músculo recto lateral. 2H: aislamiento de las fibras anteriores del tendón del músculo OSI con hilo de sutura a nivel de su inserción. 2I: separación de las fibras anteriores del tendón del músculo OSI a lo largo de su trayecto. 2J: desinserción de las fibras anteriores del tendón del músculo OSI. 2K: sutura a punto escleral previamente marcado de las fibras anteriores del tendón del músculo OSI. 2L: debilitamiento del músculo oblicuo inferior izquierdo.

pecharlas como la presencia de exciclotorsión mayor de 10°, la hipertropía en aducción bilateral, el patrón en V con endotropía en infraversión y mínima desviación en posición primaria (2). Su detección previa a la intervención es importante para su corrección en un único tiempo quirúrgico. Esto no siempre es sencillo, especialmente en el caso de niños pequeños poco colaboradores, en los cuales una parálisis del músculo OS bilateral puede quedar enmascarada como unilateral y requerir una segunda intervención al no obtenerse el resultado deseado en la primera intervención (3).

Nuestra paciente presentó varios datos sugestivos de bilateralidad como la existencia de una hipertropía en aducción bilateral, la endotropía en infraversión con patrón en V y el déficit de la depresión en aducción bilateral, así como una importante exciclotorsión. Esto permitió el diagnóstico de bilateralidad previo a la intervención y la corrección del defecto en un único tiempo quirúrgico.

Otro aspecto que nos parece interesante destacar es el planteamiento quirúrgico diferente que realizamos en cada ojo debido a la asimetría de la parálisis. El ojo derecho presentaba una limitación de la depresión en aducción y una hipertropía en aducción más marcadas que el ojo izquierdo. Por ello, en el ojo derecho se realizó un plegamiento del músculo OS4, con el fin de aumentar su acción, y un debilitamiento del oblicuo inferior según la técnica de Apt-Call, correspondiente a un retroceso de 12 mm (5). En el ojo izquierdo la limitación de la depresión en aducción y la hipertropía en aducción, aunque presentes, eran menores que en el ojo derecho. Sin embargo, existía un gran componente torsional. Por ello, la cirugía que se indicó en el músculo OS del ojo izquierdo

fue la técnica de Harada-Ito con modificación de Fells, con el fin del lograr un mayor efecto inciclotorsor (6). El debilitamiento que se realizó sobre el músculo oblicuo inferior del ojo izquierdo fue al punto de Parks, correspondiente a un retroceso de 10 mm. Se trata de un debilitamiento menor que el realizado en el ojo derecho, dado que la hipertropía en aducción observada también era menor (7).

En conclusión, ante un paciente con sospecha de parálisis de OS unilateral es necesario descartar la afectación bilateral para así poder lograr una corrección adecuada. En casos bilaterales asimétricos, la indicación de la técnica cirúrgica según los hallazgos exploratorios de cada ojo permite obtener un resultado satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merino PS, Rojas PL, Gómez De Liaño PS, Fukumitsu HM, Yáñez JM. Bilateral superior oblique palsy: etiology and therapeutic options. *Eur J Ophthalmol* 2014; 24: 147-152.
2. Rodríguez del Valle JM, Rodríguez Sánchez JM. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la parálisis del IV par craneal. *Acta Estrabológica* 2010; 2: 201-212.
3. Erkan Turan K, Taylan Sekeroglu H, Sanac AS. Are we overlooking masked bilateral congenital superior oblique palsy in children: is it possible to diagnose before surgery? *Int Ophthalmol*. 2018; 38: 1653-1657.
4. Knapp P, Moore S. Diagnosis and surgical options in superior oblique surgery. *Int Ophthalmol Clin*. 1976; 16: 137-49.
5. Apt L, Call NB. Inferior oblique muscle recession. *Am J Ophthalmol*. 1978; 85: 95-100.
6. Fells P. Management of paralytic strabismus. *Br J Ophthalmol*. 1974; 58: 255-65.
7. Parks MM. The weakening surgical procedures for eliminating overaction of the inferior oblique muscle. *Am J Ophthalmol*. 1972; 73: 107-22.