

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS OBLICUOS Hospital Regional "Honorio Delgado"

Mercedes Zambrano *

Our experience in the surgical treatment of 16 cases of strabismus due to involvement of the oblique muscles is presented. The surgical procedure carried out were: Weakening of the ipsilateral lower oblique muscle by myectomy and resection of the contralateral right lower muscle in the cases of strabismus with upper oblique palsy. Backward displacement the upper oblique was performed in the hyperfunction of this muscle. Myectomy, myotomy and zetoplasty were done in hiperfunction of the lower oblique. Lasly retroposition of the ipsilateral upper oblique and resection of the lower oblique palsy was done in cases of lower oblique palsy.

El tratamiento de los oblicuos sigue siendo el capítulo más interesante y controvertido de la estrabología.

El conocimiento semiológico y etiopatogénico de cada caso en particular, es decisivo para optar por determinado lineamiento quirúrgico.

Al revisar la literatura no encontramos criterios unánimes para la clasificación de la hiperfunción del oblicuo inferior (OI), asimismo la evaluación de los resultados de las diversas técnicas quirúrgicas realizadas en su solución difieren de un autor a otro, aun para una misma técnica (1-8).

El oblicuo superior (OS) al estar innervado aisladamente por el IV par, posibilita un mejor análisis semiológico y etiopatogénico de sus alteraciones funcionales. Lo que explica los efectos específicos a lograr con técnicas como las descritas por Prieto Díaz en 1976 y Parks en 1978 (cit. Carrión 1988), cirugía que nos permite actuar por ejemplo sobre la acción abductora y depresora del oblicuo superior, sin alteración de su acción inciclotadora. Ito hace la división de la inserción del oblicuo superior, Metz realiza avances y desviaciones anteriores ajustables del tendón del oblicuo superior (5).

Conviene recordar que las alteraciones de los oblicuos, son responsables de las incomitancias verticales y los síndromes alfabéticos; las formas A de Yampolsky,

formas V de Albert con sus variantes: "Eso", "Exo" y el tipo combinado de "Eso-exo".

En la presente comunicación hacemos una revisión de los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con estrabismo vertical con y sin componente horizontal, en los que la desviación vertical se explicaba por alteraciones de los oblicuos.

MATERIAL Y METODOS

Revisamos los resultados del tratamiento quirúrgico de 16 casos de estrabismo vertical y/o estrabismo vertical-horizontal con compromiso de los oblicuos, realizados entre 1986 y 1989 en el Servicio de Oftalmología del Hospital Regional "Honorio Delgado" de Arequipa.

RESULTADOS

De los 16 casos, 9 correspondían a estrabismos con compromiso del oblicuo superior (6 parálisis y 3 hiperfunciones) y 7 a estrabismos con compromiso del oblicuo inferior (1 parálisis y 6 hiperfunciones).

Las características de los seis pacientes con parálisis del oblicuo superior se muestran en la Tabla 1 y las figuras 1,2,3 y 4.

Los pacientes 1, 2 y 4 presentaron posición anómala; en ellos realizamos debilitamiento por miectomía del oblicuo inferior homolateral y debilitamiento por resección del recto inferior (RI) contralateral, logrando ortoforia y desaparición de la posición anómala. En los

* Médico Asistente del Servicio de Oftalmología del HRHD. Profesora Asociada del Dpto. de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNSA.

TABLA 3

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS OBLICUOS
Hospital Regional "Honorio Delgado"
Arequipa 1986-1989

HIPERFUNCION OBLICUO INFERIOR

No.	Edad	Sexo	Examen Oftalmológico	Cirugía	Resultado
1	5	M	ambos Os Is anisometropía estrab. conv. OI síndrome X	OI Resec RM 6mm Miotomía OI OD Zetoplastia OI	convergencia residual
2	17	M	ambos Os Is ametropía estrab. conv. síndrome Down	OD Resec RM 5mm OI Resec RM 5mm OD Miotomía OI OI Miotomía OI	sin efecto conv. residual sin comp. vert.
3	25	M	surso OD +++ estrab. conv. síndrome A	OD Resec RM 3mm Resec RL 4mm Miotomía OI	ortoforia
4	18	F	ambos Os Is surso OD + surso OI ++ estrab. diver.	OD Miotomía OI OI Resec RM 5mm Resec RL 6mm Miotomía OI	ortoforia conv. a 10mm buena fusión
5	8	M	ambos Os Is ametropía surso OD ++ surso OI + DV + estrab. conv. OD	OD Resec RM 5mm Miotomía OI OD Miotomía OI OI Miotomía OI	cerca 12.5° DV - lejos 35° DV+ ortoforia C y L conv. res. inter.
6	7	F	ambos Os Is ametropía no fusión no estereop.	OD Resec RM 5mm OI Resec RM 5mm Resec RL 3mm OD Miotomía OI OI Miotomía OI	alineam. event. ortoforia buena fusión

] Tiempos quirúrgicos

Sin embargo se preconizan diversas técnicas actualizadas para debilitar este músculo, tales como: la anteroposición reglada en hiperfunciones moderadas; más se reporta que sus efectos no son estables a través del tiempo y además pueden modificar el ángulo horizontal como señalan Cañameres, Piñon & Calonge en España (3).

En nuestro medio, Carrión (5,6) realiza las mismas técnicas basado en el grado de hiperfunción del músculo, el retroceso según la técnica de Fink en grados mo-

derados y la anteroposición según la técnica de Parks APT para las grandes hiperfunciones del oblicuo inferior.

CONCLUSIONES

1. Para lograr la solución de las alteraciones de los oblicuos, en el menor número de tiempos quirúrgicos, se requiere un adecuado conocimiento semiológico y etiopatogénico para cada caso en particular.

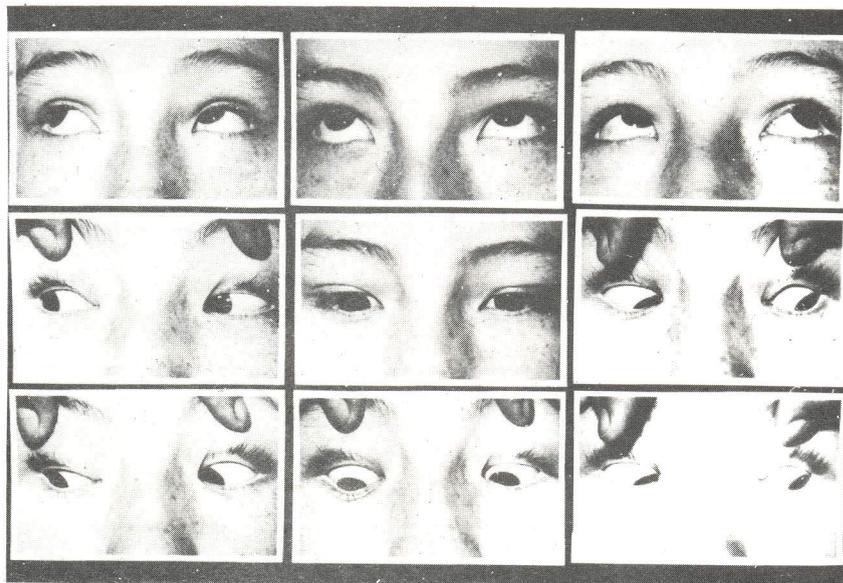


Fig 1. Parálisis del oblicuo superior de O.I. (Caso 1)
O. D. Paresia inhibitoria RS (antagonista contralateral)
Hiperfunción RI (sinergista contralateral)
O. I. Hiperfunción OI (antagonista homolateral)



Fig 2. Parálisis del oblicuo superior de O. I. (Caso 1)
Posición anómala de la cabeza vista de lejos (izquierda)
Efecto post-quirúrgico y corrección de la posición anómala (derecha)

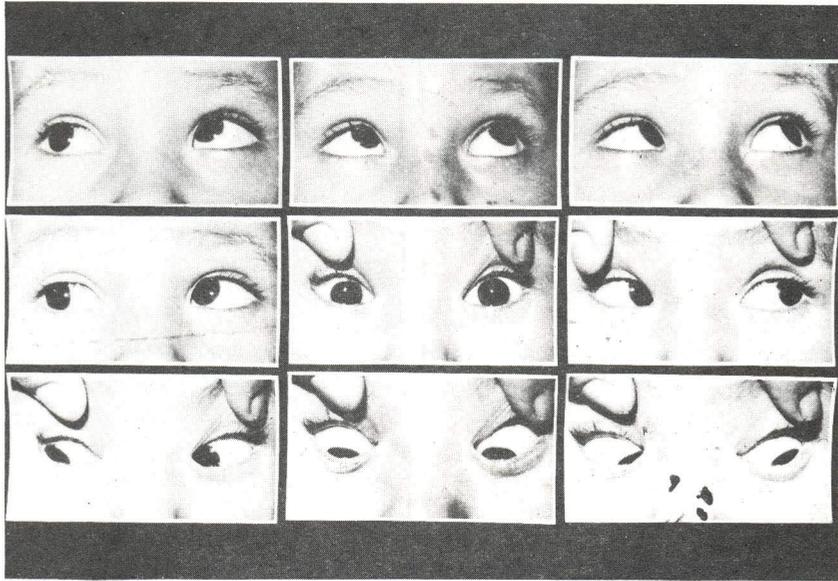


Fig 3. Parálisis del oblicuo superior de O. I. (Caso 2)
O. D. Paresia inhibitoria RS (antagonista contralateral)
Hiperfunción RI (sinergista contralateral)
O. I. Hiperfunción de OI (antagonista homolateral)



Fig 4. Parálisis de oblicuo superior de O. I. (Caso 2)
Posición anómala de la cabeza vista de cerca

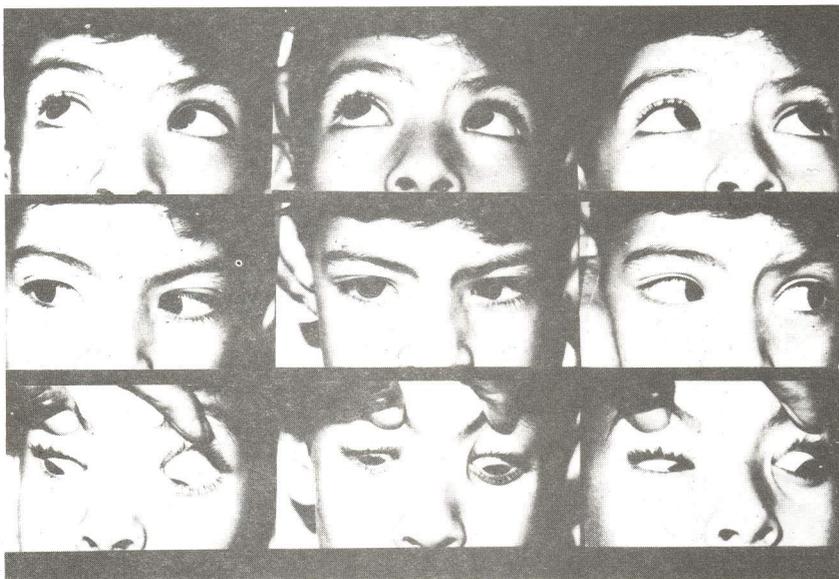


Fig 5. Hiperfunción oblicuo superior O. D. (Caso 1)



Fig 6. Hiperfunción oblicuo superior O. D. (Caso 1)
Posición anómala de la cabeza vista de cerca y de lejos



Fig 7. Oblicuo inferior (Caso 5)
Hiperfunción de ambos oblicuos inferiores
Sursoaducción O. D. ++
Sursoaducción O. I. +



Fig 8. Oblicuo inferior (Caso 5)
Posición anómala de la cabeza vista de cerca y de lejos.

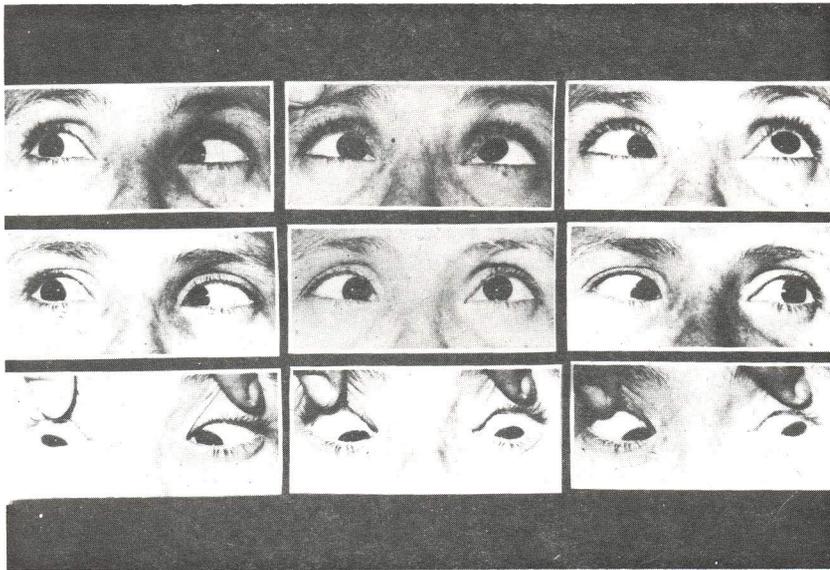


Fig 9. O. D. Parálisis de OI y RS
 Hiperfunción de OS (antagonista homolateral OI)
 Hiperfunción de RI (antagonista homolateral RS)
 O. I. Hiperfunción RS (sinergista contralateral OI)
 Paresia inhibitoria RI (antagonista contralateral RS)

2. El lineamiento quirúrgico adoptado para resolver los diferentes problemas de nuestra casuística, ha dado resultado satisfactorio.

3. En los casos de estrabismo vertical-horizontal, la solución del componente vertical en un primer tiempo, permite los mejores resultados.

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de 16 casos de estrabismo con compromiso de los oblicuos. Las conductas quirúrgicas adoptadas fueron: debilitamiento del OI homolateral por miectomía y del RI contralateral por resección en los casos de estrabismo con parálisis del OS; el retroceso del OS en la hiperfunción de éste músculo; la miectomía, miotomía y zetoplastia en la hiperfunción del OI; y por último la retroposición del OS homolateral y la resección del RS contralateral en la parálisis del OI.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alemán E & Salazar B: Parálisis unilaterales de la elevación. *Arch Soc Esp Oftal* 1982; 43: 105-107

2. Alemán E: *Semiología del oblicuo superior, parálisis y paresias del oblicuo superior. Arch Soc Canar Oftal* 1982-83; 7: 119-125
3. Cañamares R, Piñon M & Calonge C: *Evaluación de la anteroposición reglada del oblicuo inferior. Arch Soc Esp Oftal* 1988; 55: 515-18
4. Carrión R: *Planeamiento quirúrgico de la hiperfunción del oblicuo inferior. Rev Peruana Oftal.* 1986; 12 (3): 5-6
5. Carrión R: *Planeamiento quirúrgico de la hiperfunción del O. S. (III). Rev Peruana Oftal* 1988; 14 (1): 8-9
6. Helveston: *Estrabismo. Atlas de Cirugía. edit Méd Panamericana, 1986*
7. Hurtado R & Saenz P: *Tenectomía parcial posterior del oblicuo superior de Prieto Diaz. Rev Peruana Oftal* 1983; 9 (1): 41-42
8. Rodríguez JM et al: *Tratamiento de la hiperfunción del oblicuo inferior mediante la anteroposición reglada. Arch Soc Esp Oftal* 1983; 45: 65-68