

Foro de casos clínicos

Caso de parálisis con torsión subjetiva

Case of paralysis with subjective torsion

Moderador: Dr. José María Rodríguez del Valle

Panelistas: Dra. Rosario Gómez de Liaño

Dra. Alicia Galán

Dr. Fernando Prieto

Presentamos el caso de un paciente de 39 años, referido a nuestra consulta en enero de 2021 por diplopía vertical que se acentúa al mirar a la izquierda y abajo y que consigue compensar inclinando la cabeza, mirando de lado y bajando el mentón. La diplopía apareció tras una cirugía realizada en septiembre de 2019 de un quiste cerebral (más de un año de evolución manteniéndose más o menos estable). Salvo su miopía no tiene ningún antecedente de interés.

EXPLORACIÓN

AVLcc 1,0 con cada ojo.

Refracción OD -4,00 -1,25 a 22°; OI: -3,50 -1,25 a 180°.

Exploración sensorial: diplopía que se compensa con prisma de 6-7 DP de base inferior en el OD. En la mirada izquierda la diplopía vertical aumenta a 30DP. Con varillas Maddox exciclotorsión subjetiva del OD de 10°.

Exploración motora: presenta tortícolis torsional sobre el hombro izquierdo de 10° aproximadamente y un ladeo de su cara a su izquierda (TTCSHI y TCI). Tiene una hipertropía de 6-7DP en ppm que aumenta en la posición diagnóstica del oblicuo inferior derecho y del oblicuo superior derecho donde llega a 30DP (es decir hipertropía en aducción del OD y marcada limitación del descenso en aducción). Tiene un Bielchowsky positivo aumentando la hipertropía derecha al inclinar la cabeza sobre el hombro derecho a 16DP.

En el fondo de ojo se observa la exciclotorsión del ojo derecho



Figura 1.: Situación inicial.

0	OD/OI 2	OD/OI 25
OD/OI 1-2	OD/OI 6-7	OD/OI 25
OD/OI 6	OD/OI 14	OD/OI 30

RESUMEN EXPLORACIÓN

- *AVLcc*
- *Tortícolis: TTCSHI 10° y TCI*
- *Sensorialidad: diplopía lejos OD/OI 6DP: Exciclo OD 10°*
- *Motilidad: HTD 6DP. Limitación del descenso en aducción del OD completa (posición del OSD). Hipertropía en aducción 2-3+*

PRIMERA CIRUGÍA

Se decide intervenir con anestesia local y sedación el 18.3.21 el músculo oblicuo inferior del OD según técnica de Apt-Call.

A la semana, ha mejorado la diplopía vertical, la hipertropía en aducción, pero persiste tortícolis (TTCSHI) así como diplopía vertical con la cabeza recta OD/OI 3 DP y persiste la limitación del descenso del OD (paresia del OSD -2) donde la diplopía aumenta a 14DP (OD/OI). Sigue habiendo torsión subjetiva de 5° (varillas Maddox). La paciente dice encontrarse mejor, pero es consciente de tener que seguir inclinando la cabeza y se queja de dificultades en la posición de lectura y a la hora de bajar escalones, situaciones en las que tiene que guñar el ojo derecho para no ver doble.

La exploración se mantiene igual 3 meses después.

0	OD/OI 0	OD/OI 6
OD/OI 0	OD/OI 3	OD/OI 8
OD/OI 3	OD/OI 8	OD/OI 14

SEGUNDA CIRUGÍA

Se realiza una segunda cirugía con anestesia general el 13 de enero de 2022. Aunque estuvo una semana viendo doble por hipercorrección (tanto diplopía vertical OI/OD 2 DP e inciclotorsión de 5°) en la exploración del mes vimos que ha desaparecido la diplopía en todas las posiciones salvo en infralevoversión extrema, así como la tortícolis y la torsión subjetiva. Resulta



Figura 2. Foto a la semana de la primera cirugía (Apt OD).



Figura 3. Situación final. Un mes después de la cirugía.

tado que se ha mantenido tras más de un año de seguimiento. Paciente satisfecha con el resultado de la cirugía y refiere que puede leer y bajar escaleras sin dificultades.

Como curiosidad la refracción tras la cirugía OD -4,00 -1,25 a 10°; OI: -3,75 -1,00 a 180° (el eje del astigmatismo del OD ha variado 12° tras las cirugías).

Pregunta 1: Presenta y explica el caso

Rosario Gómez de Liaño

Es una parálisis unilateral del OSD con mucha exciclotorsión y desviación en la lateroverción algo mayor en infraversión. No descarto un cuadro bilateral asimétrico. Ante una parálisis aparente de un solo IV nervio debemos considerar si es realmente una forma unilateral o bilateral asimétrica. Debemos para ello evaluar la magnitud de la exciclotorsión, del patrón alfabético, del Bielschowsky y de la incomitancia lateral. La presencia de una inversión vertical en cualquier posición de mirada nos debe hacer sospecharla (Aunque pone 0° en supradextro versión la oclusión diagnóstica con frecuencia nos modifica la desviación vertical y la magnitud de la ciclotorsión). La lesión del IV nervio en la cirugía de la base de cráneo es una posibilidad. Recientemente nos solicitaron la monitorización de los pares craneales durante la cirugía y expresaban que este nervio es muy fino y es de los nervios oculomotores el más fácil de lesionar. Además, el par craneal puede estar parcialmente afectado prequirúrgicamente sin ser referido por el paciente como fue nuestro caso.

Alicia Galán

Se trata de una paciente que presenta diplopía vertical, que aumenta en levoversión y es máxima en levo-infraversión. Presenta un tortícolis en los 3 ejes, mentón deprimido, cara a la izquierda y cabeza sobre hombro izquierdo para mantener sus ojos en dextroversión, elevación, y ciclotorsión antihoraria derecha y horaria izquierda.

Todo ello es compatible con parálisis de Oblicuo superior derecho adquirida.

Lo único que me llama la atención es que hay mucha exciclotorsión subjetiva, ya que 10° es más de lo habitual en la parálisis unilateral del oblicuo superior. Sería interesante disponer de las retinografías para observar la torsión objetiva en ambos ojos.

Por otro lado, también me sorprende que la diplopía desaparezca solo con el prisma vertical, ya que la torsión debería dificultar la fusión.

Fernando Prieto (Argentina)

Nos encontramos frente a un caso de paresia del oblicuo superior (POS) adquirida luego de una cirugía endocraneal. Desde el punto de vista de la medición de la desviación vertical se presenta como una POS de ojo derecho con una distribución de la desviación vertical que muestra un predominio por la aducción y mayormente por la infra aducción caracterizando un «patrón de oblicuo superior». Este patrón justifica plenamente el tortícolis adoptado por el paciente escapando de esta posición a la opuesta en diagonal: la supra dextroversión. También justifica su dificultad en la mirada abajo para bajar escaleras y leer. Existe además torsión subjetiva como suele suceder en los casos adquiridos de POS (y objetiva). Desde el punto de vista de la motilidad hay una gran incomitancia en lateroversiones, lo que constituye un signo de sospecha de bilateralidad. No se informa, porque creo no existe, desviación horizontal arriba y abajo lo que añadiría una sospecha mayor, tampoco en el examen de las versiones en donde se podría investigar inversión de la hipertropía en algún campo de la mirada, por lo que no se puede profundizar esta hipótesis.

Como primera cirugía se ha realizado un debilitamiento del oblicuo inferior derecho según Técnica de Apt sin precisar los milímetros re-

trocedidos. Ante la pequeña hipocorrección en PP y mayor en mirada abajo se ha realizado exitosamente un segundo procedimiento (que no se informa), esta vez sí con éxito solucionando la sintomatología y resolviendo funcionalmente la POS derecha.

Pregunta 2: ¿Tú planteamiento inicial hubiera sido igual? (cirugía del músculo oblicuo inferior)

Rosario Gómez de Liaño

Para decidir el músculo a operar depende de la importancia de la ciclorsión y el problema en infraversión. Mi primer músculo hubiera sido la resección del OS-OD

La cirugía del oblicuo inferior es la más conservadora ofrece reducción de la desviación en PP, mejoría de la incoordinación, pero corrige poca ciclorsión (normalmente menor que la conseguida en este caso) y persiste dificultad en la lectura en las parálisis con mucho defecto en infraversión. Si tras un test de adaptación prismática la desviación hubiera sido mayor de las 6 dp que presenta hubiera combinado ambas técnicas en el primer procedimiento.

Alicia Galán

La parálisis del oblicuo superior es una de las patologías oculomotoras más interesantes debido en primer lugar a la distinta evolución que tienen casos que inicialmente pueden parecer similares. La diferente implicación que tienen los 12 músculos oculomotores, hace que podamos observar cuadros muy distintos, donde en posición primaria puede existir no solo una alteración vertical de magnitud muy variable, sino también desviación horizontal en endotropía o exotropía. Las hiperacciones o hipofunciones secundarias que se van a generar en los músculos oblicuos y verticales de ambos ojos, dependiendo del ojo fijador y del tiempo transcurrido hace que no exista un tratamiento quirúrgico único para la parálisis del oblicuo

superior, sino que se realiza un tratamiento «a medida» de cada caso.

El tratamiento quirúrgico depende, sobre todo de la desviación en posición primaria, que hará que se planifique cirugía sobre uno o dos músculos, de la torsión objetiva o subjetiva, que si existe, obligará a actuar sobre los músculos oblicuos, y de la posición donde exista mayor desviación, ya que nos inducirá a operar sobre ese músculo.

En este caso hay poca desviación en posición primaria por lo que un solo músculo puede ser suficiente, la máxima desviación es en levoversion, por lo que se podría actuar sobre los oblicuos derechos o los verticales izquierdos, pero el hecho de que exista torsión nos indica que debemos actuar sobre los oblicuos ya que son los que la pueden corregir mejor. Por ello mis opciones quirúrgicas serían el retroceso del oblicuo inferior o el pliegue del oblicuo superior. Aunque el déficit del oblicuo superior en este caso es mayor que la hiperacción del oblicuo inferior, yo también hubiera optado por hacer en un primer tiempo el retroceso del oblicuo inferior, ya que el pliegue del superior en los casos adquiridos tiene bastante riesgo de producir un Síndrome de Brown postquirúrgico.

Fernando Prieto

Mi planteamiento inicial, dada la magnitud de la desviación en aducción hubiera sido una miectomía de 8 mm del músculo oblicuo inferior derecho con cauterización de los muñones.

Pregunta 3: Tras el resultado obtenido con la primera cirugía ¿hubieras planteado una segunda y si es así que hubieras hecho?

Rosario Gómez de Liaño

Con la desviación residual hubiera indicado cirugía basándome en las molestias del paciente en la lectura ya que solo tenía 3 dp en ppm.

La segunda cirugía en este caso cirugía sería una resección del OSD, como alternativa

se puede realizar una faden en el recto inferior contralateral, pero tiene menos impacto torsor y en el patrón alfabético.

Alicia Galán

Si la paciente sigue teniendo problemas en la mirada inferior hay que intentar solucionarlo. En este caso se podría optar por debilitar el recto inferior izquierdo o realizar un pliegue del oblicuo superior derecho. El hecho de que haya poca desviación en PPM, que siga existiendo tortícolis y torsión subjetiva hace que me incline por realizar un pliegue del oblicuo superior derecho. Esto mejoraría la mirada inferior, pero como he comentado anteriormente, puede generar un síndrome de Brown. Supongo que en este caso es lo que se ha realizado ya que

se observa en el postoperatorio un déficit de la elevación en aducción. Es posible que en esa posición tenga diplopía, pero es una posición muy poco usada y si se ha resuelto la mirada inferior y el tortícolis, sería solo un «daño colateral» que merece la pena asumir.

Fernando Prieto

En la segunda cirugía, dada la magnitud de la desviación en PP y el patrón de desviación en todo el campo de la mirada, hubiera realizado un pequeño tucking del músculo oblicuo superior o bien una tenotomía parcial del tendón del músculo recto superior derecho como segunda opción, pero prefiriendo la primera.

Felicito a los autores por la resolución del caso.

Comentario de los autores

Como hemos comentado en la exposición del caso, la primera cirugía realizada en la parálisis adquirida del oblicuo superior descrita es un debilitamiento del oblicuo inferior derecho según técnica de Apt-Call (reinserción 4 mm posterior y 2 mm temporal al recto inferior que es una retroinserción estimada de 12 mm).

La segunda cirugía realizada ante la presencia de torsión residual, desviación vertical y dificultades incapacitantes en la mirada inferior fue un refuerzo del músculo oblicuo superior derecho mediante una resección de 7 mm con resolución del caso.