

Técnica quirúrgica de debilitamiento del oblicuo inferior: retroceso con anteroposición

Inferior oblique weakening techniques: recession and anterior transposition

PÉREZ BARRERO L¹, LOSADA MJ², NUBEL W³, GONZÁLEZ M⁴, SÁNCHEZ M², GARCÍA M¹

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la eficacia del retroceso con anteroposición para recomendarla como técnica de elección en la hiperfunción del oblicuo inferior.

Método: Se estudian 56 ojos pertenecientes a 32 pacientes afectados de hiperfunción primaria del músculo oblicuo inferior. Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre 5 y 49 años, estando el 80% de los casos entre los 6 y 8 años. Del total de pacientes, 27 presentaban agudeza visual de la unidad en ambos ojos, 4 tenían agudezas visuales comprendidas entre 0,6 y 0,8, y sólo en 1 caso se observó una ambliopía profunda, con agudeza menor de 0,05. El defecto de refracción encontrado en la mayoría de los casos (70%) ha sido la hipermetropía. De los 32 pacientes 27 presentaban una hiperfunción bilateral y en los 5 restantes ésta era monocular. El 78% de los sujetos presentaban un síndrome V asociado. La cirugía de debilitamiento del oblicuo inferior se realizó en aquellos pacientes con hiperfunción moderada o severa y únicamente se intervinieron aquellos ojos con hiperfunción leve, cuando el ojo contralateral tenía una hiperfunción moderada o severa.

Resultado: De los 56 ojos intervenidos un 89% evolucionó favorablemente, presentando motilidad ocular normal tras la intervención, quedando un 11% con hiperfunción leve. En los casos asociados a síndrome alfabético V se observa que un 92% de ellos mejoraban notablemente.

Conclusión: El retroceso con anteroposición del músculo es una técnica quirúrgica debilitadora del oblicuo inferior, cuyos resultados son estables en el tiempo, no presentando casi

Hospital Universitario de Canarias.

¹ Licenciada en Medicina y Cirugía.

² Doctor en Medicina y Cirugía.

³ Optometrista.

⁴ Licenciada en Optometría y Ciencias de la Visión.

Estudio financiado por la Beca FIS EXP: 00/1114.

Correspondencia:

Losada MJ

C/. Heliodoro Rguez. López, 5, 8.º B

38005 Santa Cruz de Tenerife

España

complicaciones. Por todo lo anterior, se podría proponer como técnica quirúrgica de primera elección en la hiperfunción del oblicuo inferior.

Palabras clave: Hiperfunción oblicuo inferior, síndrome V, retroinserción, anteroposición.

SUMMARY

Objective: To study the efficacy of the inferior oblique recess with forward-positioning, in order to recommend it as the technique of choice in cases of inferior oblique hyperfunction.

Method: 56 eyes from 32 patients with primary inferior oblique hyperfunction were examined. Patient age ranged from 5 to 49 years. 80% of the patients were between 6 and 8 years old. 27 patients had 1.0 visual acuity in both eyes, 4 had visual acuity between 0.6 and 0.8 and just one case had deep amblyopia, with visual acuity less than 0.05. The refractive error in most cases was hyperopia. Out of the 32 cases, 27 had bilateral inferior oblique hyperfunction, the other 5 cases were monocular. 78% of the patients had an associated «V» syndrome. Inferior oblique weakening surgery was carried out in those cases with severe or moderate hyperfunction. Surgery was performed in those cases with slight hyperfunction only when the contralateral eye had moderate or severe hyperfunction.

Results: 89% of the 56 operated eyes had a favourable evolution, with normal motility after surgery, 11% were left with a slight hyperfunction. There was stability of the surgical results, without important variations on the inferior oblique hyperfunction and V syndrome over time.

Conclusions: The recess and forward-positioning of the muscle is an effective surgical technique that weakens the inferior oblique and which results are stable over time and presents little complications. Therefore, it may be established as a first choice surgical technique for the inferior oblique hyperfunction.

Key words: Inferior oblique overaction, V-pattern, recession, anterior transposition.

INTRODUCCIÓN

La hiperfunción del músculo oblicuo inferior es un fenómeno muy frecuente en la patología estrabológica, que se caracteriza por una hiperelevación del ojo en adducción y en el campo de acción del músculo oblicuo inferior (fig. 1).

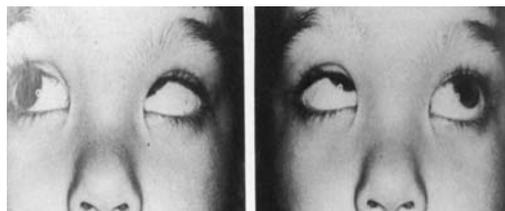
Está presente de forma primaria entre el 63% (1) y el 78% (2) de las endotropías con-

génitas, aunque también puede presentarse en endotropías adquiridas e incluso en las acomodativas, siendo menos frecuente su asociación con las exotropías. De menor incidencia son las hiperfunciones secundarias del músculo oblicuo inferior, que suelen estar producidas por una parálisis del músculo oblicuo superior ipsilateral o del músculo recto superior contralateral.

Con frecuencia los pacientes afectados de la hiperfunción del oblicuo inferior presentan también un síndrome alfabético V.

El diagnóstico diferencial de esta entidad se debe de realizar con el Síndrome de Duane y con la D.V.D., aunque esta última también puede asociarse a la hiperfunción del oblicuo inferior.

El propósito del presente estudio es valorar las hiperfunciones primarias y valorar el



*Fig. 1:
Hiperfunción
primaria del
músculo oblicuo
inferior. Posición
diagnóstica.*

retroceso con anteroposición del oblicuo inferior como técnica quirúrgica de elección.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado un total de 56 ojos pertenecientes a 32 pacientes afectos de hiperfunción primaria del músculo oblicuo inferior.

Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre 5 y 49 años, estando el 80% de los casos entre los 6 y 8 años.

Del total de pacientes, 27 presentaban agudeza visual de la unidad en ambos ojos, 4 tenían agudezas visuales comprendidas entre 0,6 y 0,8, y sólo en 1 caso se observó una ambliopía profunda, con agudeza menor de 0,05.

El defecto de refracción encontrado en la mayoría de los casos (70%) ha sido la hipermetropía

En la muestra estudiada el 16% de los pacientes presentaban hiperfunción aislada de los oblicuos inferiores y el 84% restante se asociaba con un estrabismo horizontal (9% con exotropías, 75% con endotropías). Además el 78% de todos los pacientes, presentaban previo a la intervención un Síndrome Alfabético V.

De los 32 pacientes 27 presentaban una hiperfunción bilateral y en los 5 restantes ésta era monocular.

La cirugía de debilitamiento del oblicuo inferior se realizó en aquellos pacientes con hiperfunción moderada o severa y únicamente se intervinieron aquellos ojos con

hiperfunción leve, cuando el ojo contralateral tenía una hiperfunción moderada o severa.

La técnica quirúrgica utilizada sistemáticamente en todas las intervenciones fue un retroceso con anteroposición, que consiste en que una vez desinsertado el músculo oblicuo inferior, se marca un punto situado a 5 mm hacia atrás del borde inferior de la inserción del recto externo y desde dicho punto hacia abajo, paralelo al limbo, calculamos un segundo punto en el que se va a reinsentar el músculo. Según el grado de hiperfunción, la medida para obtener ese segundo punto será: si es leve (4 mm), si es moderada (6 mm) y si es severa (8 mm), quedando este último muy cerca de la inserción del recto inferior. El anclaje muscular a la esclera se hizo siempre con un solo punto (fig. 2).

En el postoperatorio se hizo un seguimiento del paciente durante al menos un año. Los resultados obtenidos se basan en las medidas realizadas al mes, a los 6 meses, y al año de la intervención.

RESULTADOS

Del total de oblicuos inferiores debilitados (56 ojos), el 89% evolucionaron a una motilidad normal quedando un 11% con hiperfunción leve (fig. 3).

Si agrupamos los resultados según el tipo de estrabismo previo a la cirugía se observa (tabla I):

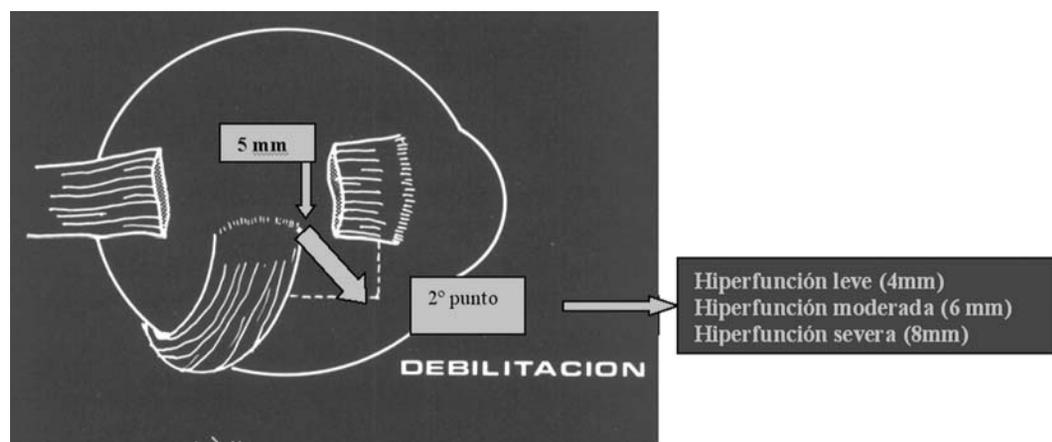


Fig. 2: Retroceso con anteroposición: se desinserta el oblicuo inferior, marcamos un punto situado 5 mm hacia atrás de la inserción de recto externo y desde ese punto hacia abajo, paralelo al limbo calculamos el 2.º.

Fig. 3: En la foto superior se observa la hiperfunción evidente y tras la cirugía se puede ver en foto inferior, una motilidad normal. Esto lo hemos encontrado en el 89% de nuestros casos.



- Sujetos con hiperfunción aislada o asociada a exotropía mejoraron tras la cirugía en el 100% de los casos.
- Sujetos con hiperfunciones asociadas a endotropías, el 88% mejoraron totalmente y el 12% quedaron con una hiperfunción leve.
- Sujetos con síndrome alfabético V asociado, el 92% mejoraron totalmente y en el 8% persistió un síndrome V leve.
- Sujetos con hiperfunción de un solo ojo, el 60% presentaron mejoría total y el 40% mostró una hiperfunción leve en el ojo no operado y mejoría en el intervenido.

Se observa en el estudio evolutivo de los pacientes una estabilidad de los resultados quirúrgicos, no habiendo variaciones a lo largo del tiempo en cuanto al componente de hiperfunción de oblicuo inferior y síndrome V.

En nuestra serie no se han encontrado complicaciones quirúrgicas relevantes.

DISCUSIÓN

En la literatura existen múltiples técnicas debilitadoras del oblicuo inferior entre las que podemos citar: miotomía, miectomía o miectomía con denervación, retroinserción,

elongación en «z» y anteroposición. La retroinserción ha sido y probablemente es todavía, la técnica quirúrgica más frecuentemente utilizada desde que fuera propuesta por White en 1943 (3). Actualmente las variantes son numerosas (4, 5). Las miotomías y la elongación en «z» son procedimientos que actualmente deben de ser empleadas con menos frecuencia. La miectomía y la miectomía con denervación, son las técnicas que en principio tienen un mayor poder corrector, pero no están exentas de inconvenientes como son su irreversibilidad o la evidente imposibilidad para regularla en función de la intensidad del debilitamiento requerido.

En el presente estudio se ha utilizado de forma sistemática el retroceso con anteroposición del músculo obteniendo, al igual que otros autores (6,7), buenos resultados, pues en pacientes con hiperfunción del oblicuo inferior, síndrome V asociado y ausencia de D.V.D., la técnica a emplear dependerá exclusivamente del grado de hiperfunción. Si existe además una alteración vertical en posición primaria de la mirada y ésta puede explicarse por asimetría en la función del oblicuo inferior, probablemente se corrija también con la cirugía asimétrica de debilitamiento (8).

Se observa que en las cirugías monolaterales aparecen secundariamente hiperfunciones del oblicuo inferior no intervenido. En nuestra serie esto ocurrió en el 40% de los casos, pero Wilson (1) habla de un 75% y Antón de un 67% (9). Por tanto creemos que es conveniente realizar cirugía bilateral, aunque no necesariamente simétrica.

Los resultados de la corrección de la hiperfunción no se vieron influidas por la corrección al mismo tiempo del componente horizontal.

Tabla I. Se muestra la relación de resultados si agrupamos los pacientes según el tipo de estrabismo previo a la cirugía

Total 56 ojos intervenidos	Mejoría	Hiperfunción leve
Hiperfunción aislada o asociada a exotropía	100%	
Hiperfunciones asociadas a endotropías	88%	12%
Síndrome alfabético V asociado	92%	8%
Hiperfunción de un solo ojo (cirugía monolateral)	60%	40% hiperfunción en el ojo no intervenido

CONCLUSIÓN

El retroceso con anteroposición del oblicuo inferior es una técnica eficaz a efectos de corregir el componente de hiperfunción de oblicuos inferiores y síndrome alfabético V, siendo estable en el tiempo y no presentando casi complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson ME, Parks MM. Primary Inferior Oblique Overaction in Congenital Esotropia, Accommodative Esotropia and Intermittent Esotropia. *Ophthalmology* 1989; 96: 950-957.
2. Hunter LR, Parks MM. Response of Coexisting Underacting Superior Oblique Muscle to Inferior Oblique Weakening. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. 1990; 27: 74-79.
3. Whitem JW. Recession of the Inferior Oblique Muscle. *Ophthal*, Chicago 1943; 29: 10033.
4. Apt L, Call NB. Inferior Oblique Muscle Recession. *Amer J Ophthal* 1978, 85: 95-100.
5. Roríguez Sánchez JM, García Marcos M, Gómez de Liaño P. Consideraciones sobre la cirugía de debilitamiento del Oblicuo Inferior. *Acta estrabológica* 1984; 12: 71-79.
6. May MA, Beauchmam PGR, Price RL. Recession and Anterior Transposition of the Inferior Oblique for Treatment of Superior Oblique Palsy. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthal* 1988; 226: 407-409.
7. Cañamares Sánchez S, Piñon Nosquera R, Calonge Cano M.: Evaluación de la anteroposición reglada del oblicuo inferior. *Arch. Soc. Esp. oftalmología*. 1990; 58: 269-274.
8. Mims JL, Wood RL. Bilateral Anterior Transposition of the Inferior Oblique. *Arch Ophthal*, Chicago 1989; 107: 41-44.
9. Anton A, Aranberri J, Buznego L, Ponce F, Rguez JM. Técnicas quirúrgicas de debilitamiento del oblicuo inferior. Estudio comparativo. *Arch. Soc. Esp. Oftalmología* 1993; 64: 67-74.
10. Mateos JN, Orduña E, Guinerá V, Sevilla J, Amaya C, Cardona L. Nuestros resultados con la anteroposición reglada del oblicuo iaenor. *Acta Estrabológica* 1991; 93-96.
11. Berard PV, Querá MA, Roth A, Spielman A, Woillez N. Chirugie des estrabismes. *Soc. Francesa de oftalmología*.
12. Galán Terraza A y col. *Acta estrabológica*. 1994; 91-104.