



CASO CLÍNICO

Síndrome de adherencia del músculo oblicuo inferior izquierdo



Lourdes Rita Hernández Santos^{a,*}, Teresita de Jesús Méndez Sánchez^a,
Rosa María Naranjo Fernández^a, Pedro Daniel Castro Pérez^a,
Milagros Danieyis Dorrego Oduardo^b y Alejandro Arias Díaz^b

^a Especialista de Segundo grado de Oftalmología, Máster en Atención Integral al niño, Ciudad de la Habana, Cuba

^b Especialista de Primer Grado en Oftalmología y MGI, Instituto Cubano de Oftalmología (ICO) Ramón Pando Ferrer, Ciudad de la Habana, Cuba

Recibido el 20 de diciembre de 2013; aceptado el 24 de abril de 2014

Disponible en Internet el 20 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Aducción;
Hipotropía;
Hipertropía;
Músculo oblicuo inferior;
Adherencias

KEYWORDS

Adduction;
Hypotropia;
Hypertropia;
Inferior oblique muscle;
Adherences

Resumen Se presenta el caso de una paciente de 15 años de edad con antecedentes de haber sido operada de estrabismo en 2 ocasiones. Acude a nuestro instituto pues presenta limitación de la elevación en aducción del ojo izquierdo, hipotropía de ese ojo e hipertropía derecha de 25 DP. Se plantea un síndrome de adherencia del oblicuo inferior izquierdo y se realiza liberación de adherencias en la zona inferotemporal izquierda y retroinserción del recto superior derecho 4 mm (músculo yunta) en un segundo tiempo, encontrándose alineada en posición primaria de mirada, mejorando levemente la elevación.

© 2013 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Left inferior oblique muscle adherence syndrome

Abstract A case of a 15 years old patient with a history of strabismus is presented here. She had been operated twice and she attends to our institute because of limited elevation in adduction and left hypotropia, as well as 25 PD hypertropia in her right eye. Left inferior oblique adherence syndrome is diagnosed. Lysis of adherences in the left infero-temporal area is performed. In a second moment, a right superior rectus recession about 4mm(yoke muscle) is performed, aligning in primary gaze position, and slightly improving elevation.

© 2013 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lourdesrita@infomed.sld.cu (L.R. Hernández Santos).

Introducción

Para lograr el éxito en la cirugía de estrabismo no solo es importante un buen diagnóstico y el conocimiento de las diferentes opciones con que contamos en cada caso, es necesario conocer detalladamente la anatomía quirúrgica para evitar las complicaciones que se pueden presentar al no realizar una técnica meticulosa.

La cápsula de Tenon (septum orbitario) debe manejarse con cuidado ya que actúa como una barrera a la grasa extraconal y la rotura de la misma en su porción posterior puede resultar en una intromisión de la grasa orbitaria en el espacio quirúrgico, provocando la aparición del síndrome de adherencia grasa con el consiguiente estrabismo restrictivo.

La hiperfunción del músculo oblicuo inferior puede ser primaria o secundaria, provocando una desviación vertical del ojo afectado en posición primaria de mirada y en la mirada lateral del ojo que está en aducción. A menudo requiere tratamiento quirúrgico, estando entre los procedimientos más frecuentes las recesiones y miectomías, según la preferencia y experiencia del cirujano, ya sea con el objetivo de disminuir la tensión muscular (miectomía, miotomía en Z, desinserción), o de modificar el ángulo del plano de acción muscular (transposiciones)¹⁻⁸.

Dentro de las complicaciones más frecuentes secundarias al debilitamiento del músculo oblicuo inferior tenemos el síndrome de adherencia del oblicuo inferior o de adherencia grasa^{9,10}.

Presentamos un caso con síndrome de adherencia del músculo oblicuo inferior izquierdo que es una de las complicaciones de la cirugía de estrabismo más difícil de tratar y que puede ser evitada con una correcta técnica quirúrgica.

Caso clínico

Paciente femenina de 15 años de edad con antecedentes de haber sido operada de esotropía congénita al año de edad donde le realizaron retroinserción de ambos rectos medios 9.5 mm del limbo y miectomía del oblicuo inferior izquierdo. Con el paso del tiempo la madre comenzó a notar que cuando miraba a la derecha y arriba presentaba limitación en la elevación en aducción del ojo izquierdo enfatizando que esto no sucedía antes de haber sido intervenida quirúrgicamente.

Acude a nuestra consulta para nueva exploración y valorar posible cirugía.

Examen oftalmológico

Paciente con elevación del mentón, seudoptosis con hipotropía del ojo izquierdo, con ojo derecho fijador. Al explorar los movimientos oculares encontramos limitación de la elevación en aducción del ojo izquierdo, hipertropía derecha de 25 DP. Base. Inferior. Se intenta realizar la prueba de ducción pasiva en consulta pero no coopera. Se le realiza refracción ciclopléjica con ciclopentolato 1%, encontrándose en el ojo derecho +4-0.50 × 115 y en el ojo izquierdo +4.50-0.50 × 15 con una correcta capacidad visual de 100 VAR en cada ojo.

Nuestra impresión diagnóstica fue: síndrome de adherencia del oblicuo inferior izquierdo, por el antecedente de cirugía debilitante sobre este músculo y la limitación de la elevación en aducción que apareció posterior a la cirugía.

Imágenes del preoperatorio pueden verse en la [figura 1](#).

Tratamiento quirúrgico

Se realizó prueba de ducción pasiva bajo anestesia general, siendo positiva (restricción). En esta paciente en un primer tiempo se liberaron las bandas de tejido fibroso en la zona inferotemporal izquierda lo más posible, quedando algunas adherencias que por el riesgo de perforación escleral se decidió no quitar. En un segundo tiempo se realizó retroinserción del músculo recto superior derecho 4 mm.

Corrección óptica. Por presentar un astigmatismo hipermetrópico compuesto se corrige el mismo de forma permanente. Imágenes del postoperatorio pueden verse en las [figuras 2 y 3](#).

Discusión

El síndrome de adherencia grasa es una forma adquirida de estrabismo restrictivo y ocurre cuando la cápsula de Tenon posterior se rompe quirúrgica o traumáticamente, lo cual permite que la grasa extraconal se prolapse a través de la rotura. Al intervenir sobre el músculo oblicuo inferior se debe ser muy cuidadoso para no perforar el septum



Figura 1 Se aprecia la limitación de la elevación del ojo izquierdo mayor en aducción, con hipertropía del ojo derecho.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4032319>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4032319>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)