

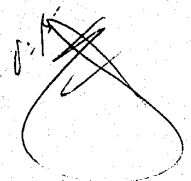
11237
2 2/32

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
CURSO DE ESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE LA SSA

"SINDROME DE BLOQUEO
DEL NISTAGMO"

MA. DEL ROSARIO SANCHEZ PERE.

ENERO 1982



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

O B J E T I V O

Existen varios factores que deben tomarse en cuenta - para elaborar el plan quirurgico en el tratamiento del es trabismo, ya que si no son detectados, influyen desfavora- blemente en los resultados. Estos son:

- Acomodativo
- Limitación de las ducciones
- Variabilidad en el angulo
- SINDROME DE BLOQUEO DEL NISTAGMO

El objetivo de éste trabajo, es analizar, el último - de éstos factore; El Síndrome de Bloqueo del Nistagmo, - pues hemos observado, que pacientes a los cuales se les - han practicado varias intervenciones quirurgicas para co- rregir su estrabismo (generalmente endotropia), después - de cada operación la desviación se reduce en forma signi- ficante durante algún tiempo, para posteriormente presen- tar recurrencia, sin que intervengan factores mecanicos - que la expliquen. En ausencia de éstos factores, una posi- ble explicación, es la presencia de un Síndrome de Bloqueo del Nistagmo que no fue diagnosticado y por lo tanto no - ha sido tomado en cuenta al realizar el planteamiento qui- rurgico.

También se presentarán 7 casos clínicos, con el análi- sis de los resultados obtenidos después del tratamiento.

I N T R O D U C C I O N

El nistagmo congénito con una zona neutral en dextro-
versión o levoversión, es una entidad clínica bien recono-
cida, otra forma menos conocida pero que se encuentra fre-
cuentemente, es el nistagmo congénito acompañado de endo-
tropia. En éstos pacientes, el nistagmo se reduce notable-
mente o está ausente, cuando el ojo fijador se encuentra
en adducción y se hace manifiesto y aumenta en forma impor-
tante conforme el ojo fijador se mueve hacia la posición
primaria y hacia abducción. El nistagmo con una zona neu-
tra en adducción y acompañado de endotropia había sido men-
cionado ocasionalmente por Ohm y Lafon. Más recientemente
Franceschetti, Monnier y Dieterle concluyeron de un estu-
dio de electronistagmografía que los pacientes que habi-
tualmente mantienen su ojo dominante en la posición de me-
nos nistagmo (generalmente adducción) pueden desarrollar -
supresión y endotropia en el ojo contralateral. Aldestein
y Cüppers analizaron esta condición más a fondo y acuña-
ron el término de "Síndrome de Bloqueo de Nistagmo" al que
le reconocieron los siguientes caracteres clínicos: Endo-
tropia de aparición brusca en una etapa temprana de la in-
fancia y frecuentemente precedida del nistagmo, desarro-
llo de posición compensadora de la cabeza que en algunos-
pacientes es constante hacia un lado y en otros es alter-
nante. Al cubrir un ojo, se presenta la rotación de la ca-
beza hacia el lado del ojo fijador. El nistagmo se empie-
za a manifestar o es más evidente cuando el ojo fijador -
es llevado de adducción a la posición primaria, siendo de -
máxima amplitud cuando el ojo se encuentra en abducción.
En los pacientes en los que la endotropia se comporta como

monocular, desarrollan ambliopía. La agudeza visual de cada ojo mejora en la posición de la mirada en la que hay menos nistagmo o se encuentra ausente, o sea en adducción, por ejemplo; en el caso No 1 el paciente presentaba una agudeza visual de 20/20 en ambos ojos por separado cuando llevaba el ojo adducción con posición compensadora de la cabeza y disminuía hasta 20/60 en ambos ojos en la posición primaria sin posición compensadora de la cabeza.

Aldestein y Cüppers hacían diagnóstico diferencial entre éste síndrome y la parálisis bilateral del sexto par, y explicaban la endotropía suponiendo una hipertonicidad del recto interno que resultaba del esfuerzo sostenido que realizaba el paciente por bloquear el nistagmo, manteniendo sus ojos en adducción. Von Noorden prefiere usar el término de "Síndrome de Compensación del Nistagmo" ya que para él es un término más descriptivo.

Desde el primer reporte por Aldestein y Cüppers en 1966, éste síndrome se ha reconocido ampliamente en Europa pero solo se ha reportado una vez en Estados Unidos, por Burian y Von Noorden en 1974.

Von Noorden reporta una frecuencia del síndrome de 4.8% entre las endotropías congénitas, mientras Cüppers habla de una frecuencia del 10.2% .

La cirugía debe apuntar hacia la corrección de dos problemas; el estrabismo y la posición compensadora de la cabeza, ésta última solo puede corregirse obviamente por una intervención sobre el ojo fijador, y tomando en cuenta esto, la intervención se planea para corregir ambos defectos.

M A T E R I A L Y M E T O D O

Se analizan 7 casos clínicos de Síndrome de Bloqueo - del Nistagmo que acudieron a la consulta externa del Servicio de Oftalmología del Hospital General de SSA, en el período comprendido entre Marzo de 1980 y Diciembre de -- 1981.

De éstos pacientes 5 eran del sexo femenino y 2 del sexo masculino; Encontrándose entre las edades de 4 a 20 años, en 5 de éstos pacientes, el Síndrome de Bloqueo del Nistagmo se encontraba acompañado de estrabismo (2 de ellos con caracter monocular y 3 alternos) específicamente endotropia, y 2 pacientes presentaban el síndrome sin presentar desviación ocular. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente.

El Síndrome de Bloqueo del Nistagmo, como ya mencionamos anteriormente, puede presentarse con o sin estrabismo, teniendo esto como base, el método utilizado para el tratamiento quirúrgico de esta entidad clínica - fue el criterio de Kestenbaum, que consiste en lo siguiente:

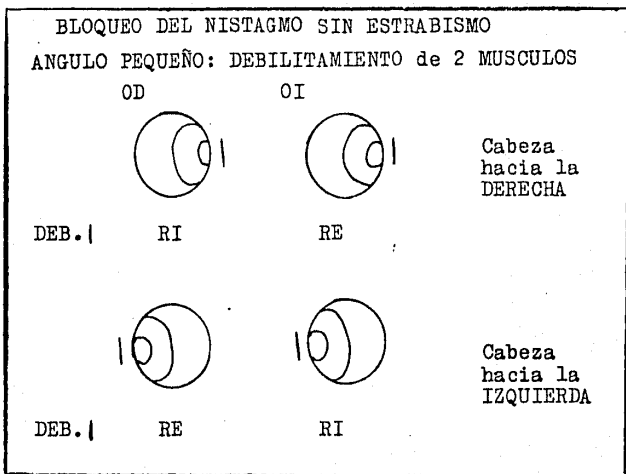
A) SIN ESTRABISMO

La cirugía dependerá del ángulo de rotación de la cabeza. Si el ángulo es pequeño es decir menor de 40º aproximadamente se operaran 2 músculos, ej; la cabeza se encuentra rotada hacia la derecha, se realizará debilitamiento del recto interno del ojo derecho y del recto externo del ojo izquierdo. Si la cabeza se encuentra rotada hacia la izquierda entonces será el debilitamiento del recto interno del ojo izquierdo y el recto externo del ojo derecho. (ver esquema No 1)

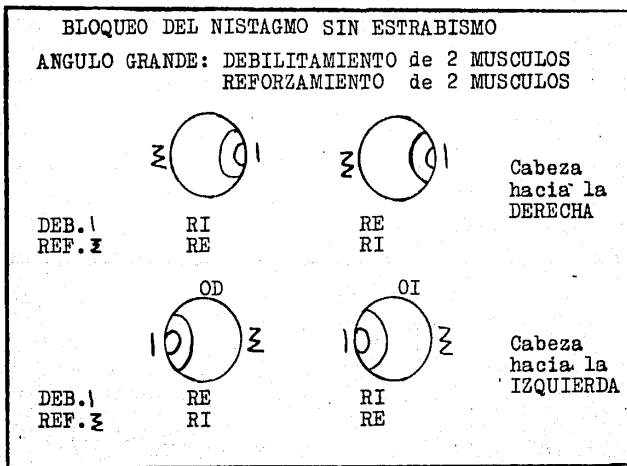
Si el angulo de rotación de la cabeza es grande, mayor de 40o, se operaran 4 musculos, ej; Si la cabeza está rotada hacia la derecha, se realizará debilitamiento del recto - interno del ojo derecho y del recto externo del ojo izquierdo y reforzamiento del recto externo del ojo derecho y del recto interno del ojo izquierdo. En el caso que la cabeza se encuentre rotada hacia la izquierda, se realizará debilitamiento del recto externo del ojo derecho y del -- recto interno del ojo izquierdo y reforzamiento del recto interno del ojo derecho y del recto externo del ojo izquierdo.(ver esquema No 2)

Este tratamiento tiene como finalidad que el sitio donde se neutralice el nistagmo o por lo menos que sea mínimo sea precisamente con la mirada de frente para que el - paciente no presente posición compensadora de la cabeza - para intentar bloquear el nistagmo y obtener mejor agudeza visual.

Esquema No 1



Esquema No 2



B) CON ESTRABISMO (ENDOTROPIA)

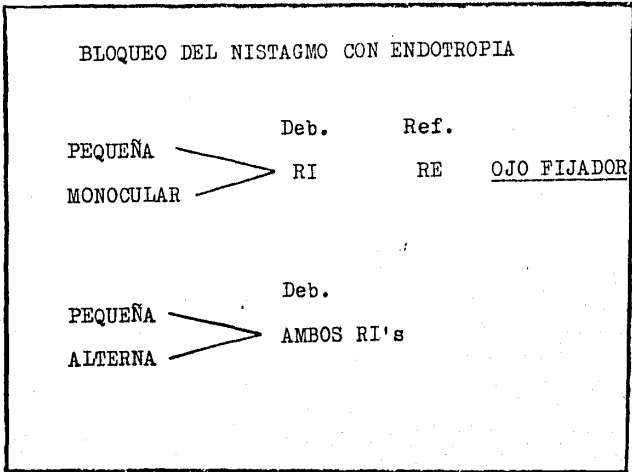
El tratamiento dependerá de la monocularidad o alternancia y del grado de la desviación.

Cuando la desviación es pequeña necesitaremos para corregirla, operar 2 musculos, si tiene caracter monocular se debilitará el recto interno y se reforzará el recto externo del OJO FIJADOR. Si es alterna se debilitarán ambos rectos internos. (ver esquema No 3)

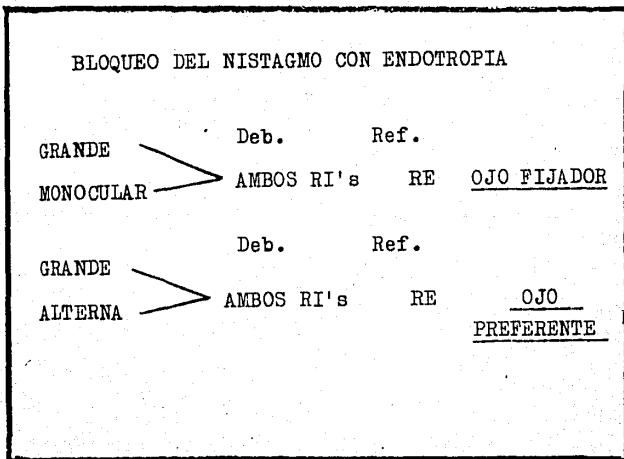
Cuando la desviación es grande se necesitarán 3 muscu los para su corrección, si es monocular se debilitan ambos rectos internos y se realiza el reforzamiento del recto - externo del OJO FIJADOR. Si la desviación es alterna tam bién se corregirá con el debilitamiento de ambos rectos - internos y el reforzamiento del recto externo del ojo preferente. (ver esquema No 4)

Como se puede ver, si planeáramos por separado la cirugía para corregir la posición compensadora de la cabeza y la que se necesita para corregir una endotropia tendríamos en un momento dado, que la misma cirugía tenderá a solucionar ambas cosas.

Esquema No 3



Esquema No 4



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C A S O S C L I N I C O S

Caso # 1

Se trata de un paciente masculino de 20 años de edad que refiere desviación convergente desde la niñez. A la exploración se encuentra una endotropia alterna de pequeño grado y síndrome de bloqueo del nistagmo alterno. Presentaba posición compensadora de la cabeza con la cual tenía una AV en ambos ojos de 20/20 que disminuía hasta 20/60 en la mirada de frente.

Se operó practicandosele debilitamiento de ambos rectos internos por miotomía. Los resultados de la cirugía fueron satisfactorios ya que el paciente presentaba ortotropía y en la mirada de frente (sin posición compensadora de la cabeza) una agudeza visual de 20/20 en visión binocular.

Caso # 2

Paciente masculino de 10 años de edad que presenta desviación ocular desde el año de edad. A la exploración presenta una endotropia alterna de pequeño grado y un síndrome de bloqueo del nistagmo con posición compensadora de la cabeza con la cual alcanza una visión en ODI de 20/40 la agudeza visual en la mirada al frente era en OD 20/100 y en OI 20/80.

Se le practicó debilitamiento de ambos rectos internos por retroinserción obteniéndose un resultado postoperatorio bueno, encontrándose una agudeza visual en la mirada de frente de 20/40 binocular y ortotropía.

Caso # 3

Paciente femenino de 8 años de edad que presentaba en dotropia monocular del ojo derecho de gran grado, síndrome de bloqueo del nistagmo con posición compensadora de la cabeza e hiperfunción de oblicuos inferiores. La agudeza visual bloqueando el nistagmo era de 20/20, en la mirada de frente disminuía a 20/60.

Se le practicó miotomía de ambos rectos internos y plegamiento de recto externo del OJO IZQUIERDO y miotomía de ambos oblicuos inferiores. El resultado de la cirugía para nosotros fue satisfactorio, quedando una endotropia residual cosmeticamente no significativa, con una posición compensadora de la cabeza mínima, alcanzando una AV de 20/20.

Caso # 4

Paciente femenino de 7 años de edad, con una endotropia alterna de pequeño grado y síndrome de bloqueo del nistagmo con posición compensadora de la cabeza. Su agudeza visual no se pudo determinar por falta de cooperación.

Se le practicó debilitamiento por miotomía de ambos rectos internos teniendo resultados satisfactorios disminuyendo en forma importante la posición compensadora de la cabeza y en ortotropia.

Caso # 5

Paciente femenino de 4 años, con endotropia monocular del ojo izquierdo de pequeño grado y síndrome de bloqueo del nistagmo con posición compensadora de la cabeza. La -

agudeza visual no se pudo determinar.

A este paciente se le practicó debilitamiento por miotomía de ambos rectos internos. Teniendo malos resultados postoperatorios, consistentes en desviación residual significativa así como persistencia de la posición compensadora de la cabeza. En este paciente el diagnóstico del síndrome de bloqueo se realizó después de la cirugía y probablemente a eso se deba el fracaso quirúrgico, ya que si el diagnóstico se hubiera realizado antes, el plan de la cirugía hubiera sido debilitar el recto interno y reforzar el recto externo del OJO DERECHO.

Caso # 6

Paciente femenino de 12 años de edad, que no presenta desviación ocular, se observa posición compensadora de la cabeza rotandola hacia la derecha en un ángulo pequeño, con esta posición alcanza una agudeza visual de 20/30 que disminuye a 20/60 cuando la cabeza y los ojos se encuentran en la posición primaria.

Con estos datos se realizó debilitamiento del recto interno del ojo derecho y del recto externo del ojo izquierdo por miotomía. Los resultados postoperatorios fueron satisfactorios, desapareciendo la posición compensadora de la cabeza y alcanzando su mejor agudeza visual mirando al frente.

Caso # 7

Paciente femenino de 8 años de edad que presenta un síndrome de bloqueo de nistagmo sin desviación ocular. alcanza su mejor agudeza visual (20/30) rotando en forma importante la cabeza hacia la derecha. Su agudeza visual en

la posición primaria era de 20/60.

Se le practicó, debilitamiento por miotomía de recto interno de ojo derecho y de recto externo de ojo izquierdo y reforzamiento por plegamiento de recto externo de ojo derecho y recto interno de ojo izquierdo. El resultado postquirúrgico fue satisfactorio, aunque en el postoperatorio inmediato presentaba una exotropía consecutiva con limitación de la adducción de ++ en el ojo derecho, a los 8 días que se volvió a revisar, ésta había desaparecido y se encontraba en ortotropía con ducciones normales y sin posición compensadora de la cabeza alcanzaba su mejor visión mirando al frente.

C O N C L U S I O N E S

- El clínico debe saber identificar los factores que en un momento dado influyen en el mal resultado quirúrgico de los estrabismos, específicamente el Síndrome de bloqueo del Nistagmo.

- Una vez identificado este cuadro clínico debe conocer los métodos quirúrgicos que existen para su tratamiento, ya que un proyecto quirúrgico bien planeado, nos dará como resultado aumento en nuestros éxitos operativos.

- Cuando estemos ante un caso de endotropía recidivante después de varias operaciones, en el que se han descartado factores mecánicos, pensar en la existencia de un Síndrome de Bloqueo del Nistagmo no identificado.

B I B L I O G R A F I A

Kestenbaum, A.: Nouvelle operation du nystagmus. Bull. Soc. Ophthalmol. Fr. 6:599, 1953

Lafon, C.: La vision des nystagmiques. Ann. Oculistique - 151:4, 1914

Franceschetti, A., Monnier, M. and Dieterle, P. : Analyse du nystagmus congénital par la méthode électro-nystagmographique. Bull. Schweiz Akad. Med. Wiss. 8:403, 1952

Aldestein, F. y Cüppers, C.: Nystagmus blockage syndrome. F. Enke 46:271, 1966

Burian, H. y Von Noorden, G.K.: Binocular vision and ocular motility. Theory and management of strabismus. C.V. Mosby, 1974, p.404

Parks, M.M.: Congenital nystagmus surgery. Am Orthopt. J. 23:35, 1973

Robb, R.M. : Periodic alternation of null point in congenital nystagmus. Association with alternatin gaze deviation and esotropia. Arch. Ophthalmol. 87:169, 1972