

CONSIDERACIONES IMPORTANTES EN EL DEBILITAMIENTO DEL OBLICUO SUPERIOR PARA EL TRATAMIENTO DEL SINDROME EN A

Dr. GUILLERMO VELEZ
Medellín, Colombia

La hiperfunción bilateral de los oblicuos superiores es la causa del síndrome en A. Esta hiperfunción puede ser ligera, moderada o muy marcada. Las hiperfunciones las valoramos entre más 1 y más 4 (Fig. 1). Esta hiperfunción puede ser asimétrica y si la asimetría es marcada, puede creerse que el oblicuo superior menos hiperfuncionante esté normal. Aún en casos de ojos ambliopes es bilateral. De acuerdo a nuestra experiencia y la de otros investigadores, creemos que la hiperfunción de los oblicuos superiores se presenta en todos los síndromes en A, aun en los síndromes en A, que son muy moderados o ligeros.

La acción abductora del oblicuo superior es mucho mayor que la del oblicuo menor, estoy totalmente de acuerdo con este concepto con los doctores Julio Prieto Díaz y Carlos Souza Díaz¹. Por esto se encuentra con frecuencia, muy especialmente en síndromes en A de exotropía, que por esta acción abductora

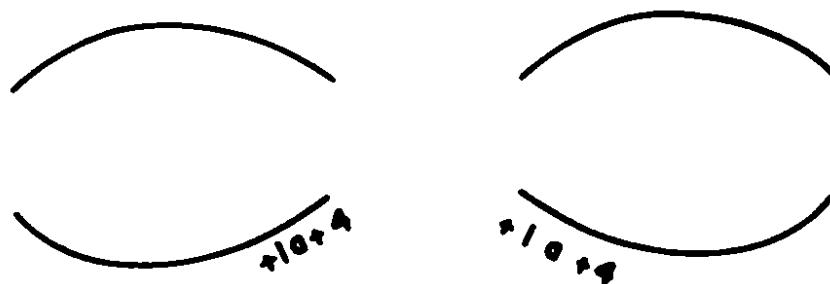


FIGURA 1
Valoración de las hiperfunciones de los oblicuos superiores.

mayor del oblicuo superior, el síndrome en A sea mayor que el similar del síndrome en V, causada por la hiperfunción del oblicuo menor.

En una revisión reciente de nuestros pacientes con síndrome en A tanto de exotropias como de endotropias, hemos encontrado una hiperfunción del oblicuo superior, aun en síndromes muy pequeños de endotropía en A.

Si en un síndrome en A de endotropía, aun muy ligero, se debilitan los rectos internos, sin ser debilitados los oblicuos superiores, se produce un gran aumento de la hiperfunción de los oblicuos superiores y del síndrome en A².

Para el debilitamiento de los oblicuos superiores hace unos pocos años existía como única técnica aceptada la tenotomía y la tenectomía por vía nasal. Como con esta técnica había una gran corrección del síndrome en A y creaba muchas desviaciones verticales secundarias³, vinieron otras técnicas menos agresivas, para tratar hiperfunciones menores y muy especialmente para ojos con buena agudeza visual, disminuyendo el número de desviaciones verticales secundarias.

Antes de analizar el control del síndrome en A por las distintas técnicas, es necesario hacer algunas consideraciones en el área quirúrgica y la manera de abordar correctamente el oblicuo superior.

Si el oblicuo superior se aborda por vía nasal, varía la distancia del limbo al sitio que pasa vecino al recto superior. En posición primaria está a unos 10 mm del limbo, o sea 2 a 3 mm por detrás de la inserción nasal del recto superior. Pero si el globo ocular está deprimido, por la ayuda de una sutura de tracción o una pinza de fijación, el oblicuo superior pasa unos 3 mm más atrás, o sea unos 12 a 13 mm del limbo, unos 5 a 6 mm de la inserción nasal del recto superior. Por el lado temporal la inserción es fija, queda a 5 o 6 mm detrás de la inserción del recto superior, o sea unos 12 a 13 mm detrás del limbo. Si el recto superior se retrae, un poco hacia el lado nasal, la inserción del oblicuo superior queda fácilmente visible por este lado temporal.

Actualmente he venido abordando el oblicuo superior, casi siempre por vía temporal, con la excepción de la retroposición del oblicuo superior, que la hago vía nasal, siguiendo la técnica del Ciancia y Prieto Díaz⁴. Por vía temporal hacemos una incisión a unos 10 mm del limbo en la conjuntiva, después hacemos tal como lo dice Helveston⁵ una segunda o tercera incisión debajo de la conjuntiva hasta llegar al plano escleral, dejando la esclera limpia. Se toma el recto superior con gancho de estrabismo, después se pone el retractor muscular y se quita el gancho de estrabismo. Con la ayuda del retractor (Fig. 2) se desplaza un poco nasal el recto, quedando visible la inserción del oblicuo superior, con la

CONSIDERACIONES EN EL DEBILITAMIENTO DEL OBLICUO SUPERIOR

ayuda de una espátula, se disecciona bien la inserción entre el tendón y la esclera, después se toma el tendón con un gancho pequeño de estrabismo. Si se toma por vía nasal seguimos la maniobra de Hardesty⁶, en la cual el gancho de estrabismo de oblicuo superior, se pasa por el lado nasal del recto superior por unos 5 mm detrás de la inserción nasal del recto superior, el gancho se gira 90° y se toma el tendón del oblicuo superior.



FIGURA 2

Retractor muscular, usando un gancho doble (Vélez).

No hago el mismo procedimiento en todas las hiperfunciones del oblicuo superior. Una tenectomía total del oblicuo superior, sólo la indicamos en hiperfunciones muy marcadas con síndromes en A mayores de 35 dioptrías prismáticas. Esta técnica corrige bien estos síndromes en A marcados. Actualmente la hacemos por vía temporal, dejamos intacta la zona nasal, de esta manera el oblicuo superior retiene parte de su acción, a través de las uniones entre el tendón y la membrana intermuscular adyacente, podemos graduar un poco con esta técnica la magnitud del debilitamiento según hagamos la tenectomía más vecina o más alejada de la inserción temporal del tendón.

La retroposición del oblicuo superior, técnica en la cual queda el oblicuo superior insertado a unos 12.7 a 13 mm del limbo, ligeramente nasal, a unos 3

mm del borde nasal del recto superior (Fig. 3), es una magnífica técnica para el tratamiento del síndrome en A que fluctúa entre 20 y 40 dioptrías prismáticas. En una revisión de nuestros casos⁷, encontré que el número mínimo de corrección del síndrome en A fue de 17 dioptrías prismáticas y el máximo fue de 42 dioptrías prismáticas.

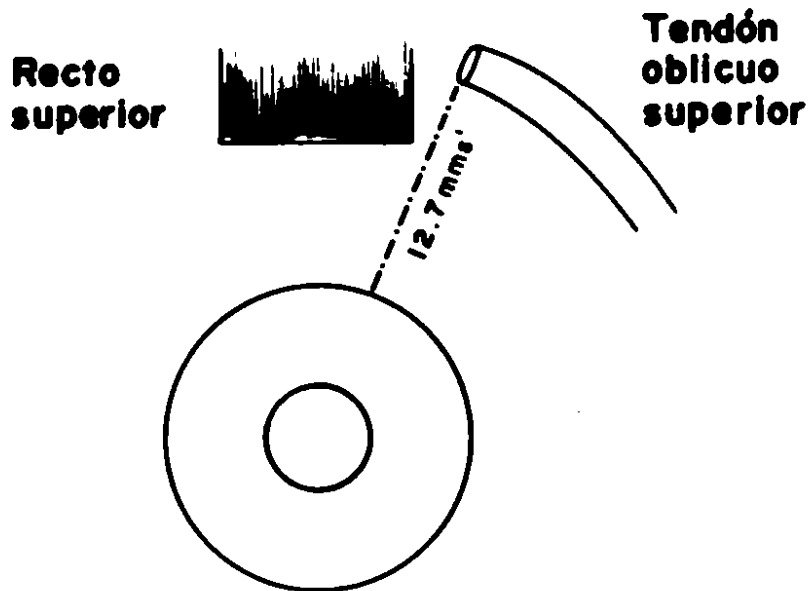


FIGURA 3

Retroposición del oblicuo superior, con técnica por vía nasal.

La elongación del oblicuo superior, presentada por Ciancia⁸, es una técnica interesante, corrige el síndrome en A, con resultados un poco parecidos a la retroposición del oblicuo superior.

Para hiperfunciones del oblicuo superior ligeras, con un síndrome en A, que fluctúa entre 10 y 25 dioptrías prismáticas, hemos venido haciendo con resultados muy buenos la tenectomía parcial posterior del oblicuo superior con técnica de Prieto-Díaz⁹. Al practicar la tenectomía sobre fibras posteriores, se debilitan fundamentalmente la acción abductora y parcialmente su acción depresora, quedando intacta su acción rotadora, por conservación de las fibras anteriores del tendón. Gracias a esta técnica, hemos podido debilitar los oblicuos superiores en síndromes en A ligeros, que quedaban hiper corregidos con técnicas más agresivas.

RESUMEN

La hiperfunción bilateral del oblicuo superior es la causa del síndrome en A, aun en síndromes pequeños se encuentra casi siempre esta hiperfunción. No

CONSIDERACIONES EN EL DEBILITAMIENTO DEL OBLICUO SUPERIOR

hago una sola técnica debilitadora del oblicuo superior para tratar todas las hiperfunciones en los síndromes en A. Si la hiperfunción es muy marcada, con un síndrome en A mayor de 35 dioptrías prismáticas, una tenectomía de ambos oblicuos superiores es nuestro procedimiento de elección. En síndromes en A entre 20 y 35 dioptrías una retroposición de los oblicuos superiores, nos ha dado muy buenos resultados. Síndromes en A entre 10 y 20 dioptrías prismáticas, con hiperfunciones ligeras de los oblicuos superiores, les hago una tenectomía parcial posterior, de ambos oblicuos superiores, que nos ha dado muy buenos resultados.

SUMMARY

Overactions of both superior obliques is the cause of the A syndrome, even in small syndromes, a bilateral overaction of the superior oblique is present. I do not perform the same weakening procedure for all overactions. If there is an A syndrome of 35 prism diopters or more with marked overaction of the superior obliques a tenectomy is our procedure of choice. In A syndromes between 20 to 35 prism diopters a recession of both superior obliques has been given to me very good results. In A syndromes between 10 to 20 prism diopters a partial posterior tenectomy of both superior obliques is our procedure of choice.

REFERENCIAS

1. PRIETO DIAZ, J., SOUZA DIAS, C. *Estrabismo*. Págs 197-220. The C. V. Mosby, 1960
2. JAMPOLSKY, A.: *The A and V syndromes*. Strabismus Symposium of New Orleans Academy of Ophthal. St. Louis. The C. V. Mosby. Pág. 157. 1962
3. PARKS, M. M.: *Ocular motility and strabismus*. Harper and Row. Págs. 135-141. 1975
4. CIANCIA, A., PRIETO DIAZ, J. *Retroposición del oblicuo superior*. Arch. Oñl. de Buenos Aires, 45: 193. 1970.
5. HELVESTON, E.: *Symposium of Strabismus*. Trans. of New Orleans Academy of Ophthal. The C. V. Mosby. Págs. 135-156. 1978
6. HARDESTY, H. H.: *Superior oblique tuck*. The international Strabismological Association. Second Meeting. Marseilles. Pág. 146. May 1974.
7. VELEZ, G.: *Retroposición del oblicuo superior*. Revista Latinoamericana de Estrabismo. 54-56. Vol. 3: 2. 1979.
8. CIANCIA, A.: *Elongación del tendón del oblicuo superior*. XI Congreso Panamericano de Oftalmología. Santiago, Chile. No publicado
9. PRIETO DIAZ, J.: *Posterior partial tenectomy of superior oblique*. Journal of Pediatric Ophthal. and Strabismus. Volume 16: 5. Sept. October. 1979.

NOTICE TO CONTRIBUTORS

Manuscripts submitted for publication, book reviews, requests for exchange copies, and other material must be sent to "Redacción Archivos de la Sociedad Americana de Oftalmología y Optometría", Apartado Aéreo 091019, Bogotá, (8), Colombia.

Original papers must not have been published before, and if they are published in the journal, they must not be submitted to other journals without previous consent from the editors of the S.A.O.O. Manuscripts must be typed in double space, with 1½ inch margins, on 8½ by-inch heavy white bond paper, enclosing a carbon or xerox copy.

The author's name, followed by his highest academic degree, will be placed under the title of the article. His address must be written at the end of the paper.

Figures must be enclosed with the manuscript, in consecutive order, writing their notations in separate sheets of paper. The figure number, the author's name and an arrow pointing up must be written on the reverse side of each original figure. Drawings and sketches must be done in ink. Microphotographs must indicate the increase in magnification. Originals of X-rays may be submitted. Photographs of recognizable people must be sent along with the subject's permission, if an adult, or of his legal guardians, if child.

References must be limited to those consulted by the author when writing the paper, and must be listed in alphabetical order, following the Harvard system, and abbreviated according to the World List of Scientific Publications (the volume in underlined Arabic numbers, and the first page in Arabic numbers).

v. g. SCHEPENS, C. L., (1955) Amer. J. Ophthalm., 38, 8.

When quoting a book, its name, editor, place and year of publication, and page number must be written:

v. g. RYCROFT, B. W., (1955) "Corneal Grafts" p. 9. Butterworth. London.

Authors will receive proofs for correction; any alteration in the contents will be charged to the author. Fifty tearsheets will be supplied without charge to the author. Additional reprints will be furnished at cost.

Advertisement insertion orders must be sent to:

Secretary - S.A.O.O., Apartado Aéreo 091019, Bogotá, (8), Colombia.

One year subscriptions:

Colombia:	\$	2.000.00
Foreign countries	US\$	40.00