

CRITERIOS EN LA EVOLUCION DE UNA PARALISIS

Dra. ROSA VIÑA

Dr. JORGE E. MASSANISSO

Buenos Aires, Argentina

Ante el hecho semiológico de una desviación ocular, sabemos que se ha producido una alteración del complejo sistema sensorio-centro-motor que regula la armonía de la visión binocular.

Consideramos, como la mayoría de las escuelas actuales, que las desviaciones determinadas por un proceso que afecta exclusivamente la esfera motora (comúnmente llamados estrabismos paralíticos o incoherentes), constituyen una entidad definida y caracterizada por hechos clínicos y diversas pruebas; totalmente diferentes a las desviaciones que son la expresión de una perversión más o menos profunda de toda la integración del arco reflejo de la visión binocular, y que sí constituyen la verdadera enfermedad estrábica o estrabismo inervacional.

Este concepto etiopatogénico que separa en dos grandes grupos a las desviaciones oculares, y que en nuestro medio preconizaron desde hace más de veinte años los doctores Atilio Norbis y Enrique Malbrán, es sumamente útil especialmente para el médico joven, cuando frente a una alteración del paralelismo oculomotor debe discernir si hay simplemente una hipoacción muscular o hay una disinergia de todo el sistema de la visión binocular, y de acuerdo a ello formular un pronóstico y orientar un tratamiento.

Definida ya la situación de una paresia o parálisis muscular, desde el punto de vista práctico, el oftalmólogo debe intentar en primer lugar buscar la causa y luego decidir una conducta, ya sea mientras la parálisis evoluciona y luego, una vez que se mantiene estable sin que haya evidencias de que pueda retroceder.

Sabemos que las causas de las parálisis oculares son múltiples.

Cuando estas afecciones motoras oculares están asociadas a otras parálisis de nervios craneanos, o a un cuadro clínico definido, el diagnóstico es fácil de hacer; pero frecuentemente las parálisis oculomotoras se presentan en forma aislada, y aun después de su recuperación tarda mucho en descubrirse la etiología o incluso no se logra dilucidarla.

De todos modos la presencia de una parálisis ocular no es un hecho banal y tanto el clínico como el neurólogo y el oftalmólogo deben tratar de definir la causa.

De un modo muy esquemático, recordamos con Hugonnier, que frente a una parálisis en un sujeto de edad nos inclinamos hacia la etiología vascular, en un individuo de mediana edad: en una causa tumoral o aneurismática, y en un joven pensamos en la etiología viral o desmielinizante.

Si el primer objetivo ha de ser averiguar la etiología de la afección, el segundo paso indica que el desequilibrio debe ser estudiado cuantitativamente y registrado de manera tal que permita seguir su evolución, ya sea favorable o desfavorable.

En este punto nos parece innecesario insistir sobre el indispensable conocimiento que debe tener el oftalmólogo de la fisiología de los movimientos oculares y de los trastornos funcionales que muy rápidamente interesan a los otros músculos del mismo ojo afectado y del congénere.

Exclusivamente con un fin didáctico, recordamos que los doce músculos extraoculares pueden ser divididos en tres grupos de cuatro:

- a) Los músculos rectos de acción horizontal;
- b) los músculos rectos de acción vertical de O.D.;
y los músculos oblicuos de O.I.;
- c) los músculos rectos de acción vertical de O.I.;
y los músculos oblicuos de O.D; razón por la cual cuando un músculo está paresiado, el funcionamiento de los otros tres músculos del grupo está modificado, resultando el siguiente cuadro:
 - Parálisis primitiva;
 - hiperacción del sinergista contralateral;
 - contractura del antagonista homolateral;
 - limitación de acción del antagonista contralateral.

CRITERIOS EN LA EVOLUCION DE UNA PARALISIS

Por lo tanto el examen clínico apoyado en los antecedentes del paciente, la forma de comienzo de la parálisis, su evolución ulterior, el exhaustivo estudio de ducciones y versiones que revelen las hipoacciones e hiperacciones, el reconocimiento de la posición compensadora de la cabeza en relación a la hipoacción encontrada y un estado sensorial donde predomina la diplopia, y desde ya un sustractum de correspondencia sensorial normal, nos ubican frente al músculo o grupo muscular afectado, cuyas alteraciones podemos graficar con un examen de rutina para nosotros, como es el test de Hess-Lancaster-Hugonnier, al que asignamos gran importancia no sólo en el diagnóstico sino también en el seguimiento de la paresia.

Asimismo son de gran utilidad las maniobras o test de ducción forzada (ideado por Jaensch) y de la fuerza generada, preconizado por Scott, como la presencia de past-pointing en la paresia reciente. La moderna electrofisiología con sus procedimientos, especialmente E.M.G., E.O.G. y Tomografía computada, aportan datos de incuestionable valor tanto en el diagnóstico como pronóstico de estas afecciones y por consecuencia son de real ayuda para observar la evolución de las mismas.

Finalmente el detallado estudio que el doctor Ciancia y colaboradores están efectuando en el interesante campo de las fuerzas activas y pasivas, es y será de inobjetable ayuda en el conocimiento de estos desequilibrios motores y en su posterior tratamiento quirúrgico.

La electromiografía que ha sido tan importante para la interpretación etiopatogénica en algunas formas de desviaciones oculares (síndromes de retracción, estrabismo fijo, oftalmoplejías nucleares progresivas, etc.), no es usado por nosotros en el diagnóstico y evolución de las parálisis, en forma rutinaria.

Como es conocido en un gran porcentaje de los estrabismos motores existe solo una paresia del músculo afectado, que si bien desequilibra el sistema oculomotor —con las consecuencias por todos conocidas— no es una alteración tal que pueda evidenciarse en el examen bioeléctrico del músculo. Por tal razón y por lo cruento del procedimiento es que no utilizamos esta técnica en forma habitual.

Sólo sería útil en caso de una parálisis muy importante donde se detectaría una franca disminución de la interferencia o aún su ausencia.

El estudio de las alteraciones motoras se puede realizar investigando un músculo o más.

El examen de un músculo puede servir para diferenciar alteraciones a nivel de la neurona periférica, alteraciones a nivel de la placa neuromuscular o alteraciones de la fibra muscular.

Así pues, en un trazado neurogénico encontraremos:

- a) Si la parálisis es total: silencio eléctrico (interrumpido solamente por potenciales de fibrilación-expresión de la acción idiomuscular).
- b) En una paresia: una mayor o menor disminución de la interferencia.

En un trazado miasténico: se comprueba:

Al esfuerzo voluntario sostenido, una rápida y progresiva disminución de la interferencia y la amplitud.

En un trazado miopático, observaremos:

Una mayor interferencia y menor amplitud.

Cuando se usan dos o más electrodos se pueden comprobar ciertas formas clínicas donde se verifica que no se cumplen las leyes de la inervación, evidenciable por co-contracciones o inervaciones paradójales.

La electrooculografía, basada en la recepción y análisis de variaciones cinéticas del potencial corneo-retiniano, es un método rápido, indoloro y permite un estudio simultáneo de la cinética de los dos ojos.

Nuestra mayor experiencia asiente sobre la electrooculografía pendular, y siguiendo la escuela francesa, su estudio nos ha permitido corroborar una serie de alteraciones en los trazados, tales como la anarquía cinética, las ataxias monoculares, las salvas rítmicas y las disinergias globales permanentes; todas ellas de indudable ayuda en el estudio de la esfera motora de los estrabismos inervacionales y de las parálisis.

En este punto nos interesan especialmente los hallazgos de tipo paralítico. En las parálisis los trastornos cinéticos son constantes, homólogos y monomorfes. Traducen una alteración a la ley de Sherrington.

Las alteraciones oculares aparecen exclusivamente en el ojo afectado, sea cual fuere el que guarda la fijación. En cambio disinergias similares de los estrabismos inervacionales dependen del ojo fijador y no son constantes ni permanentes.

Asimismo cuando una parálisis se recupera, la oculografía se normaliza, pero muchos de los estrabismos inervacionales operados, donde se logró cierta ortoforia motora, no modifican su trazado oculográfico.

CRITERIOS EN LA EVOLUCION DE UNA PARALISIS

Respecto a la tomografía computada, moderno examen de amplísima utilidad, no es usado comúnmente por nosotros, si bien hemos tenido ocasión de ver pacientes exhaustivamente estudiados por las características de su afección a quienes se les realizó este procedimiento. Tal el caso de una exoftalmía endocrina unilateral, con poca o ninguna retracción palpebral y compromiso de la motilidad extrínseca ocular, cuyo estudio tomográfico mostraba el gran aumento de tamaño de los músculos rectos.

Desde ya es un examen que debe ser cuidadosamente interpretado.

Finalmente queremos exponer nuestra conducta frente a una paresia muscular en sus distintas posibilidades evolutivas, pero haciendo notar que nos referimos estrictamente a las alteraciones de la neurona motora periférica y no a casos especiales de trastornos motores como los determinados por afecciones supranucleares, síndromes de retracción muscular, miastenias, distiroidismo o fracturas del piso de la órbita.

Una paresia puede seguir distintos cursos, ya sea:

- a) Restitución ad-integrum (recuperación total);
- b) persistencia de la paresia;
- c) paso a la concomitancia.

Para seguir su evolución el paciente es controlado cada 15 días mediante la semiología clásica, el test de Hess-Lancaster-Hugonnier, y en algunos casos con el examen electrooculográfico.

Con estos elementos observamos, en la práctica diaria, que la mayoría de las paresias oculomotoras retroceden espontáneamente en un lapso que oscila entre el primero y tercero o cuarto mes.

Es una minoría, la que por su persistencia, constituye un problema oftalmológico.

En la primera etapa de las paresias, apoyamos frecuentemente al paciente con tratamiento general, en base al complejo vitamínico B y eventualmente corticoterapia.

Se ha preconizado el uso de prismas y ejercicios ortópticos que nosotros no utilizamos como tratamiento.

En cambio sí realizamos correcciones prismáticas en algunos casos de pequeños ángulos, cuya neutralización trae confort al paciente.

ROSA VINA - JORGE E. MASSANISSO

Para evitar la diplopía, utilizamos con mucha frecuencia, la oclusión temporaria del ojo, que preferentemente aplicamos sobre el ojo afectado (en un intento de evitar la contractura del sinergista contralateral).

Así las cosas, mantenemos esta conducta de tratamiento y observación periódica por un lapso no inferior a seis meses.

A partir de ese momento se podrá disponer la intervención quirúrgica, si comprobamos que se ha detenido la evolución favorable por espacio de uno a dos meses.

Hacen excepción a este esquema de trabajo, ciertas parálisis totales, comprobables electromiográficamente, donde no tendría sentido demorar la operación; y también algunos casos en que se observa una evolución intensa y precoz hacia la contractura.