

# Comunicación en e-póster

Visión binocular / Refracción / Función visual

19-02-2012 • 10:30 - 10:45 → T 9 • 352

## Diplopía binocular vertical por anestesia retrobulbar tras cirugía de cataratas

### Autores:

Muñoz Mendoza, Mónica - Madrid <sup>(1)</sup>, Loma Serrano, Elena - Madrid <sup>(1)</sup>, García Recio, Cristina - Madrid <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

La inyección de anestesia retrobulbar en la cirugía de la catarata se utiliza con frecuencia cuando la anestesia tópica es inapropiada. La incidencia de diplopía después de la inyección de anestesia es del 0.1-1%. La visión doble se produce en el postoperatorio inmediato, más comúnmente debido a un estrabismo vertical. La etiología se debe a trauma mecánico por la aguja, con daño directo de las fibras musculares y miotoxicidad del fármaco anestésico. El músculo más comúnmente afectado es el recto inferior (RI). En algunos casos se produce una hipofunción del músculo afectado por hemorragia o trauma mecánico con atrofia muscular o neuroparesia traumática, o por los efectos tóxicos de la anestesia, y en otros casos se producen cambios fibróticos secundarios en el tejido muscular por las mismas causas.

### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 71 años, que refiere diplopía binocular vertical tras 24 horas de cirugía de cataratas en ojo izquierdo (OI) sin complicaciones. La anestesia fue local con inyección retrobulbar de una mezcla de lidocaína y bupivacaína. La historia y exploración previas a la cirugía no revelaron forias ni tropías, ambliopía, anisometropía, catarata unilateral densa de larga evolución, ni patologías oculares ni sistémicas.

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

El cover test en posición primaria de mirada mostró una hipertropía de OI de 12 dioptrías prismáticas (DP) en lejos y

cerca. El estudio de la motilidad ocular reveló hipoacción del OI en la infraversión/ducción. Al mes de la cirugía la paciente presentó un cuadro invertido, con 16 DP de hipotropía del OI y leve exotropía en lejos y cerca con hiperfunción del OI en todas las infraversiones/ducciones y limitación en la supraducción, con test de ducción forzada positivo a la elevación. El test de Bielschowsky fue negativo.

### DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico reveló inicialmente una paresia del músculo recto inferior izquierdo (RII), seguido de fibrosis en los días posteriores a la cirugía, produciéndose un síndrome restrictivo atribuible a la anestesia retrobulbar.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras 4 meses de evolución del cuadro sin cambio alguno y sin aceptación subjetiva prismática de la desviación, se realizó retroinserción de 4.5 milímetros del RII, resultando en una mejora de la motilidad ocular y de la sintomatología.

### CONCLUSIÓN

El traumatismo quirúrgico de los músculos extraoculares por anestesia es la causa más frecuente de diplopía binocular tras cirugía de cataratas. Es fundamental para el diagnóstico una historia clínica detallada y examen refractivo, binocular y de salud ocular previo a la cirugía. Con más frecuencia en pacientes ancianos, el músculo parético es sustituido por una cicatriz fibrótica, produciéndose un estrabismo restrictivo dependiendo de la extensión de la lesión. La cirugía de estrabismo en estos casos ofrece una excelente solución cuando los prismas no son bien tolerados, y debe realizarse en los 3-10 meses posteriores a la cirugía, debido a que el estrabismo puede mejorar espontáneamente. Debe realizarse una técnica precisa de inyección retrobulbar, lo más atraumática posible, a distancia del recto inferior, o bien utilizar anestesia tópica en los casos en los que sea posible.