

Comunicación en e-póster

Visión binocular / Refracción / Función visual

18-02-2012 • 09:30 - 09:45 → T 11 • 246

Parálisis del VI par: caso clínico

Autores:

Sánchez Jean, Rubén - Alcorcón⁽¹⁾, Medina Ramírez,
Lydia - Madrid⁽¹⁾, García Montero, Laura - Madrid⁽¹⁾

Instituciones: ⁽¹⁾ Clínica Universitaria de Optometría, Universidad
Complutense de Madrid.

INTRODUCCIÓN

El músculo recto lateral está inervado por el VI par craneal o motor ocular externo. Por su largo trayecto desde su emergencia en la protuberancia hasta la hendidura esfenoidal, el VI par es bastante vulnerable a gran número de lesiones. Las lesiones del VI par pueden originar distintos grados de limitación en la abducción, al ser responsable de la inervación de los músculos rectos externos. Puede ser una afección homolateral o bilateral.

Su sintomatología está relacionada con episodios de visión doble al dirigir la mirada en posiciones laterales extremas correspondiente al campo de acción del músculo parético.

Al realizar las versiones, se puede dar desde una ligera limitación a la abducción hasta su completa eliminación. La desviación secundaria puede llegar a mostrar una endotropía de entre 30 y 35 prismas por hiperacción del recto interno homolateral. Los pacientes presentan tortícolis, dirigiendo la mirada en dirección opuesta al campo de acción limitado.

Cuando se utiliza el ojo afecto como ojo fijador, se produce la hiperfunción del sinergista contralateral y una hipofunción del antagonista homolateral de este último. Si el ojo fijador no es el afecto, el secundarismo que se produce es la hiperfunción del antagonista homolateral.

Si no se produce una regresión espontánea de la parálisis, el tratamiento quirúrgico parece el más adecuado. El uso de los prismas está encaminado a la disminución de la incomodidad provocada por la diplopía en aquellos pacientes con un ángulo de desviación no superior a 10 prismas y no susceptibles de cirugía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años que acude a consulta por visión doble en posición primaria y mirada hacia la derecha. Cuatro meses antes de la consulta es diagnosticado de parálisis del VI par de origen no filiado, revisado por el servicio de neurología de su hospital de referencia sin encontrar origen neurológico. Acude a la Clínica de Optometría de la UCM para intentar minimizar la visión doble en posición derecha adelante.

Sin refracción significativa, el paciente presenta 20 dioptrías prismáticas de endotropía en posición primaria de mirada, aumentando hasta 30 en dextroversión, con tortícolis de cabeza girada hacia la derecha. Se prescribe una gafa neutra con prismas de Fresnel de 10 dioptrías prismáticas en cada ojo, con penalización de la mitad derecha del ojo derecho.

Se remite al estrabólogo para la valoración de cirugía o prescripción de prismas definitivos.

CONCLUSIÓN

Aunque en los casos de parálisis del VI par la primera opción es la espera de la resolución espontánea, el uso de prismas que compensen la desviación en posición primaria resulta una opción satisfactoria para el paciente y su calidad de vida, evitando la visión doble y el posible tortícolis secundario.