

# COMUNICACIÓN EN PÓSTER

**PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA**

**ID: 1654**



**Sesión 6**



**Viernes, 13**  
de abril



**17:45 h a 18:00 h**



**Terminal 14**

## Estrabismo por traumatismo, caso clínico

➤ Autores: Patricia González Rodríguez<sup>1</sup>, Vanesa Blázquez Sanchez<sup>1</sup>, Eva Díaz Castillo<sup>1</sup>, Carolina Navarro Blanco<sup>1</sup>, Francisco Javier Hurtado Ceña<sup>1</sup>, Patricia Mínguez Crespo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Rementería.

### INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que la mayoría de las limitaciones de los movimientos oculares no son verdaderas parálisis si no paresias ya que generalmente se encuentra cierta acción del músculo afectado. Los estrabismos paralíticos representan el 4% de todos los estrabismos y su presentación puede ser a cualquier edad incluso desde el nacimiento. La causa más frecuente de parálisis adquirida es por traumatismo y representa el 42,5%.

### HISTORIA CLÍNICA

Varón de 31 años que acude a consulta para revisión debido a una caída accidental a raíz de la cual ha empezado a torcer ojo izquierdo sin llegar a tener diplopia y tiene impresión de haber perdido campo visual por dicho ojo. Inicialmente tenía ptosis en ojo izquierdo.

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

En la exploración oftalmológica se detecta Síndrome de Weber izquierdo (hemiparesia izquierda y paresia del III nervio izquierdo) y midriasis arreactiva. No presenta Síndrome de Parynaud.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se le recomienda inyección de toxina botulínica en el recto inferior y en el recto lateral izquierdo, la cual se repite debido a que tras la primera inyección refiere diplopia. A los 3 meses se le vuelve a revisar y vuelve a referir doble visión por lo que se recomienda cirugía de estrabismo (resección del recto medio + retroinserción del recto lateral + retroinserción del recto inferior).

Tras la cirugía presenta exoforia residual de lejos, limitación en la infraducción y en la aducción. Se recomiendan ejercicios de terapia visual con los que consigue mejorar la movilidad en la infraducción.

### CONCLUSIONES

Las parálisis oculomotoras presentan difícil diagnóstico por lo que es importante realizar una buena anamnesis y una adecuada exploración.

Los métodos de tratamiento varían según diversos factores, la intensidad del déficit motor y existencia de problemas secundarios.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

