

CONCLUSIONES

1. De los 3 nervios craneales (III; IV, VI) el nervio craneal más frecuente fue la del IV nervio craneano en un 50% siguiendo en orden de frecuencia el III (33.3%) y en menor frecuencia se encontró 3 casos de afectación múltiple III y IV, de una población de estudio (36 pacientes) con diagnóstico de parálisis oculomotora que asistieron al Instituto Salud del Niño.
2. Se concluye que la prevalencia según el sexo es mayor en las mujeres con un 61% y la edad mas frecuentemente diagnosticada fue de 0 a 1 año con un 47.22% fluctuando las edades entre 1 mes y 11 años con una media de 5 años, 2 pacientes tuvieron la edad de 11 años.
3. Se evidencio en este estudio que la etiología más frecuente es la congénita en un 41.67% siguiendo en segundo orden la etiología sin determinar 27.77% y en un 16.67% por trauma.
4. De los 30 pacientes operados tienen resultados óptimos, ya que existe diferencia estadísticamente significativamente del alineamiento ocular, torticolis pre y postquirúrgico:
 - De 17 casos con torticolis 70.59% mejoraron notablemente.

Tesis UNMSM

- En relación al alineamiento ocular para el horizontal 15 casos tuvieron $> 18D$ y en la evaluación postquirúrgica mantuvieron solo 6 casos; y para el vertical $> 5D$ presentaron 18 casos y en el postquirúrgico quedaron 9 casos.

5. La técnica quirúrgica más usada dependió del tipo de lesión:

IV: Debilitamiento del OI + Retroceso de RS

III:

Paresia de RS: Retroceso de RI

Paresia de RI: Retroceso de Rs

Paresia de OI: Tenectomía de OS + Retroceso de RS

Paresia completa: Retroceso de RL + Resección de RM amplia

VI : No fueron intervenidos quirúrgicamente

6. En la comparación con los reportes previos se demostró que la paresia del IV nervio es la más frecuente según el trabajo de Sousa Diaz (62.22%) y el de mi trabajo (50%) no siendo así en el estudio realizado por Harley en el cual la paresia más frecuente es la del VI nervio 53.36%.

7. Al comparar los resultados con trabajos previos se demostró que la causa congénita es la más frecuente según Miller (43%) y en mi trabajo de tesis (41.61%) sin embargo para Kodsy y Younge en primer orden esta la traumática con un 42.5% y en segundo orden de frecuencia es la congénita (25%).

8. Al comparar los resultados con reportes previos la agudeza visual fue considerada buena hallandose en la evaluación inicial de este estudio en un 47.20% coincidiendo con el de la Dra. Schumacher y Col. en un 55% y el Alineamiento Ocular fue pobre según mi trabajo para horizontal: 50% y vertical:60% y el de la Dra. Schumacher en un 76%, los cuales mejoraron en el postquirúrgico. En la paresia del III nervio completo en mi trabajo se ve 2 casos, los cuales no mejoraron su alineación ocular.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una investigación completa de la parálisis de los nervios craneales que afectan a los músculos oculares, considerando los síntomas y signos de sospecha así como la edad como factor relevante ya que las **manifestaciones iniciales son oftalmológicas** y un diagnóstico precoz puede prevenir un grave daño neurológico
2. Se debe realizar una exploración oftalmológica completa que evalúe la calidad funcional del aparato ocular y solicitar exámenes de laboratorio e imágenes de ayuda diagnóstica según el caso, de esta manera se podrá descartar patología ocular y llegar a un mejor diagnóstico.
3. Se considera importante una atención integral entre oftalmólogos, pediatras y ortopedistas ya que la parálisis oculomotora es un reto difícil por que frecuentemente hay error diagnóstico.
4. Se recomienda realizar un diagnóstico adecuado, oportuno y seguimiento del caso, ya que son patologías que pueden tener éxito quirúrgico