

CAPITULO IV

DISCUSION

Las parálisis oculomotoras ocupan un espacio importante en la práctica oftalmológica debido a las diferentes posibilidades etiológicas que pueden estar ocasionándolas y la sintomatología – signología que puede producir en el paciente (diplopía- torticollis) .

Es de gran importancia diagnosticar en forma correcta y establecer conductas de evaluación adicional (exámenes de laboratorio, neuroimágenes, electromiografía) tratamiento y pronóstico.

En toda parálisis oculomotora existen formas congénitas y adquiridas en nuestro estudio de los 36 pacientes 15 de ellos (47.22%) son de origen congénito y las adquiridas ocupan un 30.56% : origen traumático 6 casos (2 con TEC severo), Neoplasia 2 casos, HTE 2 casos; lo que coincide con el trabajo de Syndor y Cols. hallaron 37 casos congénitos, 33 traumáticos y 15 de origen desconocido y. La serie publicada por Harley indica que el VI nervio en un 34% es de origen traumático (3).

De los 36 pacientes 47.22 % corresponde a las edades de 0 a 1 año lo que indica que las parálisis en su mayoría son de origen congénito y de diagnóstico temprano, con excepción del VI nervio; observamos además predominio del sexo femenino en un 61% a diferencia de Kodsi y Rush Masculino: 52- 59%, femenino 41-48% (2,3)

Varios autores indican que el VI nervio es el más afectado como Rucker de 1000 pacientes el 51.5% corresponde al VI, Sta CSP de 149 pacientes el 43.6% corresponde al VI, en nuestra serie encontramos que es el IV el más afectado en un 50% lo que coincide con el trabajo de Sousa Díaz que de 156 pacientes el 62.2% corresponde a lesión del IV nervio, y en un 19.2% el VI nervio (3). Algunos afirman que la parálisis del VI nervio es más frecuente pero eso se debe a que en sus estadísticas se consideran solamente casos adquiridos de la parálisis del IV, pero existen muchos casos congénitos del IV cosa extremadamente rara en las del VI. (2) además sé hallo2 casos con regeneración aberrante del III.

Todos los pacientes de nuestra serie tiene compromiso unilateral sin embargo la literatura muestra hasta un 19.9 % parálisis del VI bilateral. (16)

En este estudio de los 36 pacientes la agudeza visual fue considerada buena en 17 casos (47.20%) y hubo 10 pacientes con pobre visión de los cuales 5 mejoraron su visión, lo que esta de acuerdo con el trabajo realizado por la Dra Schumacher y col. quienes encontraron en la evaluación inicial un 55% pacientes con buena AV de un total de 53 ojos. Se evidenciaron 9 casos de ambliopía en su mayoría casos del IV y III completo lo que es explicable por que en la paresia del IV nervio en donde este afectado el alineamiento horizontal cursan con ambliopía.

Se acepta actualmente éxito quirúrgico cuando existe alineamiento ocular, no diplopía, no torticolis (2, 3, 14, 16) nuestros pacientes intervenidos quirúrgicamente obtuvieron resultados óptimos con diferencia estadísticamente significativa $P = < 0.05$ comparando el pre y postquirúrgico de Alineamiento ocular y torticolis lo que coincide con el de la Dra. Linda.