

INTRODUCCION

Las parálisis oculomotoras son relativamente frecuentes en la práctica de la oftalmología general y neurooftalmología constituyendo una patología particularmente de difícil manejo por la gran variedad de signos y síntomas que muchas veces no pueden conciliarse entre sí.

Según Romero los estrabismos paralíticos representan el 4% de todos los estrabismos y su presentación puede ser a cualquier edad considerando desde el nacimiento (2, 3, 5)

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 (2,3,10)

Desde un punto de vista topográfico la lesión que origina el estrabismo paralítico puede localizarse en el núcleo, fascículo (fibras aferentes del SNC), tronco (fibras eferentes fuera del SNC), órbita y placa neuromuscular. (4, 5,7, 9, 10)

Las parálisis oculomotoras en los niños tienen como causa más frecuente de origen congénito (hipoplasia del núcleo, anomalías de las fibras) siendo menos frecuentes las adquiridas (traumatismos, NM) lo que lo diferencia de los adultos en quienes la causa más frecuente es de origen vascular (isquemia) y tumoral. (3, 8, 10, 12, 14)

Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo al nervio craneal afectado III, IV o VI. En los casos congénitos hay ausencia de síntomas por el sistema sensorial inmaduro que propicia a la supresión y en los casos adquiridos existe diplopia, cefalea y torticollis.(10, 12, 15).

Son entidades que plantean difícil diagnóstico, siendo importante realizar una buena anamnesis y un adecuado examen. La exploración motora: ducciones, versiones permite catalogar el tipo de parálisis y el grado de afectación. Los exámenes deben completarse con ducciones pasivas, bielchowsky y exámenes auxiliares, los cuales deben individualizarse de acuerdo a los hallazgos clínicos (2,3,4,7,8)

Se sugiere el diagnóstico de parálisis de iniciación reciente cuando hay una desviación mayor en el campo de acción del músculo parético, visión doble e incremento de la desviación con el ojo parético. Es importante distinguir entre las parálisis de uno o varios músculos extraoculares y la forma concomitante de estrabismo o no, porque la identificación correcta del músculo o dos músculos ayudará a plantear el tratamiento apropiado, sino además por que la paresia o parálisis adquirida pueden indicar una anomalía general o neurológica. (3,7,9,11,14,16)

En nuestro medio se desconoce cuál es la frecuencia de la afección de los nervios oculomotores, etiologías, y respuesta al tratamiento de las parálisis del III, IV y VI nervio congénito e infantil por tal motivo es que se realiza el presente estudio.

OBJETIVOS

1. ESTABLECER LA PREVALENCIA DE PARALISIS OCULOMOTOR (III, IV, Y VI) CONGENITO E INFANTIL SEGÚN EL SEXO Y EDAD EN EL ISN DESDE 1997 A 2001
2. DETERMINAR CUAL ES LA ETIOLOGIA Y/O FACTORES ASOCIADOS DE LA PARALISIS OCULOMOTORA
3. EVALUAR LA AGUDEZA VISUAL, ALINEAMIENTO OCULAR Y TORTICOLIS PREQUIRURGICO Y POSTQUIRURGICO EN PACIENTES CON PARALISIS OCULOMOTOR DE III, IV, Y VI.
4. ESTABLECER COMPARACIONES DE PREVALENCIA, ETIOLOGIA Y ALINEAMIENTO OCULAR CON OTROS REPORTES HISTORICOS