

Parálisis central del nervio troclear tratada con debilitamiento del músculo oblicuo inferior

Elena Guzmán-Almagro, Elena Jarrín-Hernández, Manuel Aмосa-Delgado, Julio González-Martín Moro

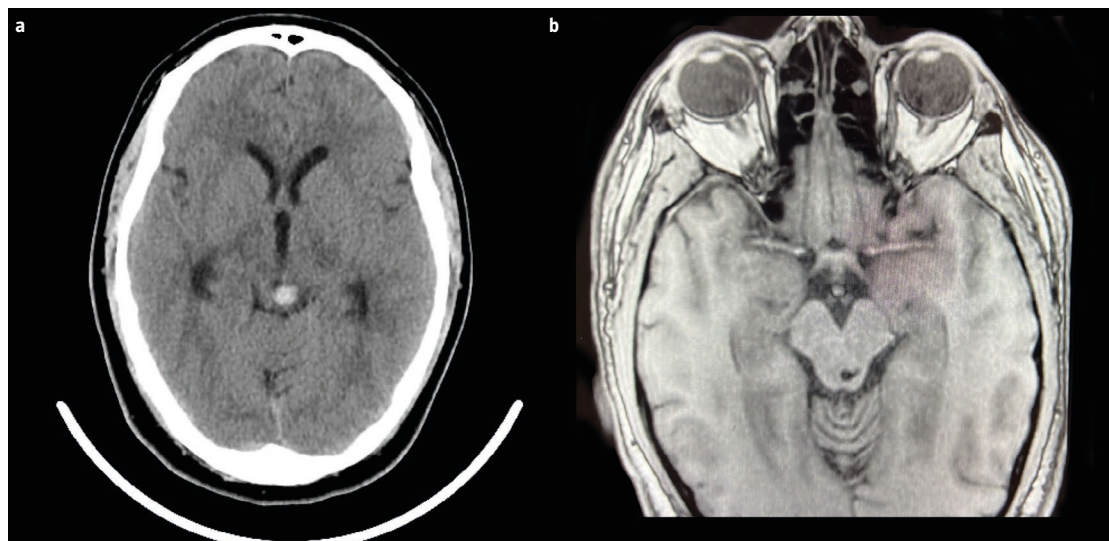


Figura 1. a) Tomografía computarizada donde se observa el hematoma mesencefálico izquierdo; b) Resonancia magnética a los cuatro meses que muestra la evolución del sangrado mesencefálico.

Varón de 39 años de edad, hipertenso, que acudió por diplopía aguda acompañada de acorchamiento de las extremidades derechas. La tomografía computarizada urgente reveló la presencia de un hematoma mesencefálico izquierdo con extensión intraventricular (Fig. 1a).

En la resonancia magnética, a los cuatro meses (Fig. 1b) se apreciaban las secuelas de sangrado mesencefálico y en la cisterna adyacente, así como un pequeño quiste dermoide, posible origen de la hemorragia.

La diplopía fue mejorando hasta estabilizarse cinco meses después. En ese momento, el paciente presentaba una hipertropía del ojo derecho que se corregía con seis dioptrías prismáticas, así como una excicotorsión subjetiva de 9°, que se apreciaba también en la exploración del fondo de



Figura 2. a) Excicotorsión; b) Desaparición de la excicotorsión tras debilitamiento del oblicuo inferior.

ojo e impedía la fusión (Fig. 2a). Se le ofreció tratamiento con toxina botulínica explicando su efecto temporal, pero prefirió una solución definitiva.

Por ello se optó por cirugía, que corrigió la desviación y la diplopía.

Las diplopías por parálisis del IV nervio craneal son complejas, pues pue-

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario del Henares (E. Guzmán-Almagro, J. González-Martín Moro). Servicio de Oftalmología. Hospital Ramón y Cajal (E. Jarrín-Hernández). Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid (J. González-Martín Moro). Servicio de Neurocirugía. Hospital Virgen de la Salud. Toledo, España (M. Aмосa-Delgado).

Correspondencia:

Dra. Elena Guzmán Almagro. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario del Henares. Av. de Marie Curie, 0. E-28822 Coslada (Madrid).

E-mail:

elenaguzmanal@gmail.com

Aceptado tras revisión externa: 03.11.23.

Conflicto de intereses:

No declarado.

Cómo citar este artículo:

Guzmán-Almagro E, Jarrín-Hernández E, Aмосa-Delgado M, González-Martín Moro J. Parálisis central del nervio troclear tratada con debilitamiento del músculo oblicuo inferior. Rev Neurol 2023; 77: 283-4. doi: 10.33588/rn.7711.2023204.

© 2023 Revista de Neurología



den presentar componentes horizontales, verticales y torsionales. [1]. El componente torsional (cuya mejoría puede apreciarse en la secuencia de retinografías) no es corregible con prismas. Por ello, cuando es importante, se precisa cirugía. Dado que los músculos responsables de los movimientos de torsión son los oblicuos, estas cirugías actúan fundamentalmente sobre estos músculos. La ciru-

gía que tiene un efecto más potente sobre la torsión es el refuerzo del oblicuo superior, pero como en este caso la torsión era moderada, fue suficiente con un debilitamiento del oblicuo inferior [2,3]. En la actualidad, el paciente está asintomático.

Bibliografía

1. Uptodate. Fourth cranial nerve (trochlear nerve) palsy. URL: www.uptodate.com/

contents/fourth-cranial-nerve-trochlear-nerve-palsy?search. Fecha última consulta: 18.10.2022.

2. Rodríguez-del Valle JM, Rodríguez-Sánchez JM. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la parálisis del IV par craneal. Acta Estrabolo 2010; 2: 201-12.
3. Pérez-Barrero L, Losada MJ, Nubel W, González M, Sánchez M, García M. Técnica quirúrgica de debilitamiento del oblicuo inferior: retroceso con anteroposición. Arch Soc Canar Oftal 2002; 13: 67-71.