



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones quirúrgicas para el estrabismo vertical en la parálisis del músculo oblicuo superior (Revisión)

Chang MY, Coleman AL, Tseng VL, Demer JL

Chang MY, Coleman AL, Tseng VL, Demer JL.

Surgical interventions for vertical strabismus in superior oblique palsy

(Intervenciones quirúrgicas para el estrabismo vertical en la parálisis del músculo oblicuo superior).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD012447.

DOI: [10.1002/14651858.CD012447.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012447.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Intervenciones quirúrgicas para el estrabismo vertical en la parálisis del músculo oblicuo superior (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Intervenciones quirúrgicas para el estrabismo vertical en la parálisis del músculo oblicuo superior

Melinda Y Chang¹, Anne L Coleman¹, Victoria L Tseng¹, Joseph L Demer²¹Stein Eye Institute, UCLA, Los Angeles, California, USA. ²Ophthalmology, Stein Eye Institute, UCLA, Los Angeles, California, USA**Contacto:** Melinda Y Chang, Stein Eye Institute, UCLA, 100 Stein Plaza, Los Angeles, California, 90025, USA. melinda.y.wu@gmail.com.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Trastornos de los Ojos y la Visión.**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 11, 2017.**Referencia:** Chang MY, Coleman AL, Tseng VL, Demer JL. Surgical interventions for vertical strabismus in superior oblique palsy (Intervenciones quirúrgicas para el estrabismo vertical en la parálisis del músculo oblicuo superior). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD012447. DOI: [10.1002/14651858.CD012447.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012447.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La parálisis del músculo oblicuo superior es una causa frecuente de estrabismo vertical en adultos y niños. Los pacientes pueden estar sintomáticos debido a diplopía vertical binocular o a la inclinación compensatoria de la cabeza necesaria para mantener una visión única. La mayoría de los pacientes que están sintomáticos optan por someterse a una cirugía por estrabismo, pero no se conoce el tratamiento quirúrgico óptimo para el estrabismo vertical en los pacientes con parálisis del músculo oblicuo superior.

Objetivos

Evaluar los efectos relativos de los tratamientos quirúrgicos en comparación con otra intervención quirúrgica, intervención no quirúrgica u observación para el estrabismo vertical en pacientes con parálisis del músculo oblicuo superior.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL) (que contiene el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Trastornos de los Ojos y la Visión [Cochrane Eyes and Vision Group]) (2016, número 12), MEDLINE Ovid (1946 hasta 13 diciembre 2016), Embase Ovid (1947 hasta 13 diciembre 2016), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature Database (LILACS) (1982 hasta 13 diciembre 2016), el ISRCTN registry (www.isrctn.com/editAdvancedSearch); búsqueda 13 diciembre 2016, ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov); búsqueda 13 diciembre 2016 y en la World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (www.who.int/ictrp/search/en); búsqueda 13 diciembre 2016. No se aplicó ninguna restricción de fecha ni de idioma en las búsquedas electrónicas de ensayos.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos aleatorios que compararon al menos un tipo de intervención quirúrgica con otra intervención quirúrgica o no quirúrgica u observación.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión completaron de forma independiente el examen de la elegibilidad, el resumen de los datos, la evaluación del "Riesgo de sesgo" y la calificación de la evidencia.

Resultados principales

Se identificaron dos ensayos aleatorios que compararon cuatro tratamientos quirúrgicos diferentes para esta afección, dos métodos en cada ensayo. Los estudios incluyeron un total de 45 niños y adultos. Todos los tratamientos quirúrgicos fueron procedimientos para debilitar el músculo oblicuo inferior ipsilateral. Un estudio comparó la miectomía del músculo oblicuo inferior con la recesión de 10 mm;

el otro estudio comparó la desinserción del músculo oblicuo inferior con la transposición anterior (2 mm anterior al borde temporal de la inserción del recto inferior).

Se consideró que ambos estudios tuvieron riesgo incierto de sesgo debido al informe incompleto de los métodos y a otras deficiencias metodológicas.

Ningún estudio informó datos sobre el resultado primario de esta revisión, que fue la proporción de participantes con éxito quirúrgico posoperatorio, definido como hipertropía menor de 3 dioptrías del prisma (DP) en la mirada fija primaria. Sin embargo, ambos estudios informaron una reducción promedio de la hipertropía en la mirada fija primaria. Un estudio encontró que a los 12 meses después de la cirugía la disminución promedio en la hipertropía fue mayor en los participantes sometidos a miectomía del músculo oblicuo inferior en comparación con los pacientes sometidos a recesión; sin embargo, no hubo datos disponibles para la comparación estadística. El otro ensayo encontró que después de al menos seis meses de seguimiento, la disminución media en la hipertropía primaria de la posición fue menor en los participantes sometidos a desinserción del músculo oblicuo inferior que en los sometidos a transposición anterior (diferencia de medias [DM] -5,20 DP; intervalo de confianza [IC] del 95% -7,76 a -2,64; evidencia de calidad moderada).

Ambos ensayos también informaron la reducción posoperatoria promedio de la desviación vertical en la aducción. Un estudio informó que la reducción promedio de la hipertropía en aducción fue mayor en los participantes sometidos a miectomía del músculo oblicuo inferior en comparación con los sometidos a recesión, pero no hubo datos disponibles para la comparación estadística. El otro estudio encontró menos disminución en la hipertropía en la mirada fija contralateral de los participantes sometidos a desinserción del músculo oblicuo inferior en comparación con los sometidos a transposición anterior (DM -7,10 DP; IC del 95%: -13,85 a -0,35; evidencia de calidad moderada).

Los resultados secundarios con datos suficientes para el análisis incluyeron la proporción de participantes con inclinación preoperatoria de la cabeza que se resolvió después de la cirugía y la proporción de participantes sometidos a una segunda cirugía. Estos resultados se evaluaron en el ensayo que comparó transposición anterior con desinserción del músculo oblicuo inferior; ambos resultados favorecieron la transposición anterior (cociente de riesgos 7,00; IC del 95%: 0,40 a 121,39 para ambos resultados; evidencia de muy baja calidad). Ninguno de los participantes sometidos a transposición anterior o desinserción del músculo oblicuo inferior desarrollaron hipotropía o inversión de la desviación vertical posoperatorias. Todos los participantes sometidos a transposición anterior del músculo oblicuo inferior desarrollaron deficiencia de la elevación, que los autores consideraron clínicamente no significativa en todos los casos, mientras que ningún participante sometido a desinserción del músculo oblicuo inferior presentó esta complicación. Además, el ensayo que comparó miectomía del músculo oblicuo inferior con recesión informó que ningún participante de ninguno de los grupos necesitó otra cirugía por estrabismo durante el período posoperatorio.

Conclusiones de los autores

Los dos ensayos incluidos en esta revisión evaluaron cuatro procedimientos de debilitamiento del músculo oblicuo inferior para el tratamiento quirúrgico de la parálisis del músculo oblicuo superior. No se encontraron ensayos que compararan otros tipos de procedimientos quirúrgicos para este trastorno. Ambos estudios reclutaron un escaso número de participantes y proporcionaron evidencia de baja calidad debido a las limitaciones en la completitud y la aplicabilidad. Por lo tanto, no se encontró evidencia de alta calidad que apoyara las recomendaciones para el tratamiento quirúrgico óptimo de la parálisis del músculo oblicuo superior. Se necesitan ensayos aleatorios rigurosamente diseñados, realizados e informados para identificar el tratamiento quirúrgico óptimo para el estrabismo vertical en este trastorno.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamientos quirúrgicos para la desalineación vertical de los ojos (estrabismo) en la parálisis del músculo oblicuo superior

Objetivo de la revisión

El objetivo de esta revisión Cochrane fue determinar si, en los pacientes con parálisis del músculo oblicuo superior, la cirugía para el estrabismo vertical tiene mejores resultados que otras intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas. Se buscaron todos los estudios relevantes y se identificaron dos ensayos clínicos.

Mensajes clave

No existe evidencia de alta calidad con respecto a los efectos de la cirugía sobre el estrabismo vertical en los pacientes con parálisis del oblicuo superior. En consecuencia, no es posible determinar la mejor intervención quirúrgica para este trastorno. Se necesitan estudios cuidadosamente diseñados para poder establecer recomendaciones de tratamiento de este problema frecuente.

¿Qué se estudió en esta revisión?

Se compararon diferentes tipos de cirugías para reducir el estrabismo vertical en niños y adultos con un diagnóstico de parálisis del músculo oblicuo superior. La parálisis del músculo oblicuo superior ocurre cuando hay debilidad de uno de los músculos (oblicuo superior) involucrados en el movimiento de los ojos, lo que provoca un modelo característico de estrabismo o desalineación de los ojos, que habitualmente varía con la colocación de la cabeza. La parálisis del músculo oblicuo superior es una causa frecuente de estrabismo vertical y puede dar lugar a diplopía o colocación anormal de la cabeza para mantener una visión única.

Resultados principales

Los dos ensayos incluidos compararon dos procedimientos quirúrgicos diferentes para debilitar el músculo oblicuo inferior y, por lo tanto, equilibrar la debilidad del músculo oblicuo superior. Se estudiaron cuatro cirugías diferentes que debilitan el músculo oblicuo inferior: la miectomía (eliminar parte del músculo), la recesión (mover el músculo a una posición donde ejerce menos fuerza), la transposición anterior (mover el músculo a una posición donde se altera la dirección de la fuerza) y la desinserción (separar el músculo de la esclerótica).

Ninguno de los ensayos examinó el resultado principal que se deseaba estudiar en esta revisión (la proporción de participantes que se consideró que logró una realineación exitosa de los ojos después de la cirugía). Además, se consideró que la calidad de los datos en ambos estudios es baja.

¿Cuál es el grado de actualización de esta revisión?

Se buscaron los ensayos con datos de resultados publicados hasta el 13 de diciembre de 2016. Los ensayos incluidos se publicaron entre 2001 y 2003.