

Nistagmus: ¿cómo enfrentarlo?

Dra. Irma Locascio
Médica oftalmóloga

Los pacientes con nistagmus congénito o precozmente adquirido plantean un problema de diagnóstico diferencial. El cuadro clínico es consecuencia de un:

- *nistagmus* ocular
- *spasmus nutans*
- *nistagmus* secundario a enfermedades generales

Nistagmus ocular

Éste puede ser de diferentes tipos:

- 1) Esencial o motor: es congénito o precozmente adquirido entre la sexta y décimo segunda semana de la vida, sin causa aparente en un paciente sano clínica y oftalmológicamente.
- 2) Sensorial: secundario a patologías oculares: a) del segmento anterior: opacidades corneales, malformaciones de la cámara anterior, aniridia, catarata congénita, etc.; b) del segmento posterior: retinopatía del prematuro, albinismo ocular, hipoplasia del nervio óptico, malformaciones del nervio óptico, acromatopsia, distrofia retinal congénita, toxoplasmosis, rubeola, etc.

Spasmus nutans

Afección caracterizada por una tríada sintomatológica:

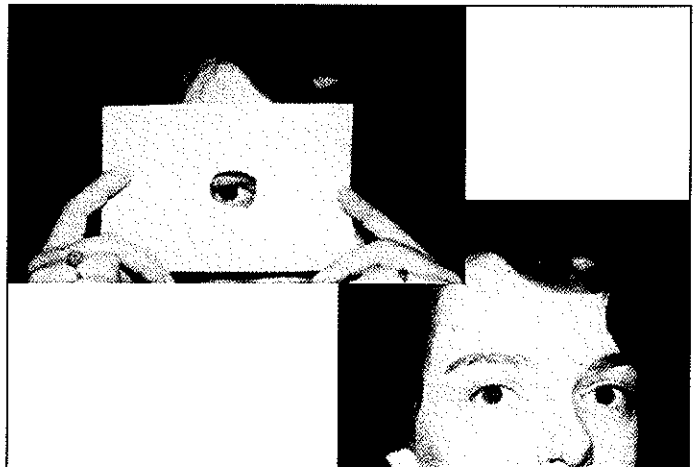
- 1) Nistagmus cefálico o *tremor capitis*: presente en todos los casos a diferencia de los pacientes con nistagmus ocular en los cuales su presencia es infrecuente.
- 2) Nistagmus ocular: no está presente en las primeras semanas de la vida como en la forma ocular, sino que hace su debut entre el quinto y el décimo segundo mes, siempre pre-

cedido por el cefálico. Tiene como característica fundamental su asimetría interocular, tanto que puede llegar a ser monocular.

3) Torticolis: que no siempre está presente y no es compensadora del nistagmus.

El *spasmus nutans* (SN), a diferencia del nistagmus ocular esencial, se va atenuando lentamente hasta desaparecer entre los seis meses y tres años de su aparición; en cambio, el nistagmus esenciales (NE) si bien disminuye su intensidad con los años nunca desaparece completamente.

A partir de 1967 se empezaron a publicar casos de SN secundarios a tumores del nervio óptico (gliomas) del área prequiasmática y del III ventrículo, también producidos por enfermedades desmielinizantes. Esta situación obliga a un seguimiento oftalmológico, clínico y neurológico riguroso del paciente, hasta que el cuadro desaparezca.



Test del agujero: o: fijador, torticolis: mentón a la derecha.



Torticollis concordante: OD fijador en aducción: torticollis horizontal cabeza girada a la derecha.

Nistagmus secundarios a enfermedades generales

Las enfermedades pueden ser de tipo: 1) endocrinológicas: galactosmia, hipotiroidismo congénico, que deben ser siempre investigadas en el recién nacido; 2) genéticas: trisomía del cromosoma 18, 21, síndrome de Turner; 3) traumatismos obstétricos; 4) ictericia perinatal; 5) neurológicas: tumores de la vía óptica o supratentoriales o del III ventrículo, enfermedades degenerativas del SNC; enfermedades del cerebelo, malformaciones de la fosa posterior, etc. 6) otológicas: lesiones del oído interno o del VIII nervio craneano o de los núcleos vestibulares y sus conexiones; 7) infecciosas: meningitis, encefalitis, rubeola, toxoplasmosis, citomegalovirus.

Por lo antes expuesto, debemos insistir en la necesidad de un prolijo y reiterado examen oftalmológico, clínico y neurológico de todo pequeño paciente portador de un nistagmus, ya que puede ser el síntoma de una enfermedad que debemos

Torticollis horizontal alternante: fijación alternante: la torticollis se invierte al cambiar el ojo fijador.



detectar. Así, podremos llegar al diagnóstico de nistagmus ocular esencial, cuando la única patología presente en el niño sea el nistagmus.

Nistagmus ocular esencial

Es un nistagmus horizontal y conjugado (bilateral) que aumenta con la fijación, disminuye con la convergencia y desaparece con el sueño. Su cuadro clínico presenta:

1) Alteración de la agudeza visual provocada no sólo por el movimiento patológico de los ojos (nistagmus), sino por la frecuente asociación con ametropías. En la estadística de nuestro servicio el 20-25% de los pacientes presentan miopías mayores a 4 dioptrías, el 30% astigmatismos elevados, observando con mucha frecuencia la presencia de anisometropía. Esto obliga a un cuidadoso estudio de la refracción bajo cicloplegia y aprovechando la dilatación pupilar el examen del fondo de ojo y el estudio de la fijación nistágmica. Tiene tendencia a la foveación o no.

2) Asociación frecuente con estrabismo: en nuestra estadística el 70% de los pacientes con NE presentan desviaciones oculares: 66% esotropías y 34% exotropías, siendo común la presencia de desviaciones verticales, incomitancias verticales y desviaciones verticales disociadas.

3) Los NE varían su intensidad en las distintas posiciones de la mirada y cuentan con un área, generalmente excéntrica, en la cual el nistagmus presenta su menor intensidad llamada zona neutra o área de bloqueo. En esta posición el paciente logra su mejor agudeza visual y cooperación binocular.

4) Presencia de torticollis: es un verdadero mecanismo compensador, ya que coloca la cabeza en una posición tal que la zona neutra se ubica en la PPM o muy próxima a ella. La torticollis debe ser prolijamente estudiada, puesto que es la base del tratamiento médico y quirúrgico. El primer paso es conocer el ojo dominante (con el test del agujero), porque él induce la torticollis. Ésta puede ser horizontal o compleja.

La torticollis horizontal está determinada por la fijación monocular o binocular alternante. La primera siempre fija con el mismo ojo: si fija aducción, tendremos la cabeza girada hacia el lado del ojo fijador; si lo hace en abducción, la cabeza gira hacia el lado opuesto: torticollis concordante. La segunda fija con un ojo y luego con el otro; si ambos ojos fijan en aducción en general el paciente presenta una esotropía asociada al nistagmus; pero, si la fijación es en abducción alternante aparece una exotropía. Esta torticollis se llama alternante o discordante.



Torticollis compleja

La torticollis compleja aparece cuando el nistagmus horizontal se asocia a un estrabismo con componente vertical y/o torsional (DV, IV, DVD). El componente horizontal de la torticollis (cabeza girada a la derecha o a la izquierda) es provocado por el ojo fijador y la zona neutra. El componente vertical (elevación o depresión del mentón) y el torsional (cabeza inclinada sobre un hombro), están inducidos por la presencia de desviaciones verticales, incomitancias verticales y/o desviaciones verticales disociadas.

5) Los nistagmus sin estrabismo suelen tener cooperación binocular normal; ésta es un mecanismo compensador del nistagmus (en visión binocular su intensidad). De esta forma, al tapar un ojo se observa en el otro un aumento de la intensidad del nistagmus, con una evidente disminución de la agudeza visual; por ello, en pacientes que lo padecen no se debe realizar oclusión.

Tratamiento del nistagmus ocular esencial

El tratamiento del NE tiene dos objetivos: los motores y los sensoriales. Los objetivos motores buscan disminuir al máximo la intensidad del nistagmus en PPM, corregir la torticollis y toda desviación ocular asociada. Los sensoriales buscan lograr en la PPM la mejor agudeza visual y las mejores condiciones de cooperación binocular. El tratamiento médico lo podemos dividir en óptico y ortóptico.

El tratamiento óptico

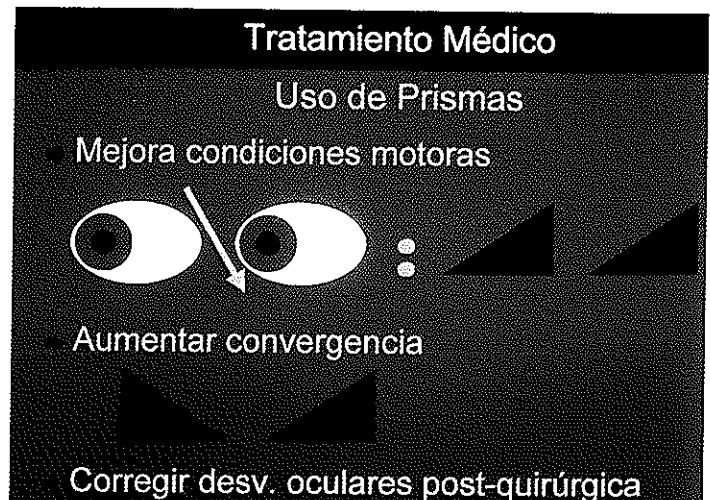
Este tratamiento tiene dos objetivos: el primero es mejorar la llegada del estímulo a la retina por medio de una adecuada corrección óptica del vicio de refracción existente. El uso de LC está indicado porque:

- a) mejora la posibilidad de centrado de la corrección óptica, ya que los ojos se mueven constantemente y el LC acompaña el movimiento. La zona neutra en general excéntrica no permite centrar un antejo;
- b) ayuda a tolerar la corrección de la anisometropía frecuente en los pacientes con nistagmus;
- c) produciría cierto grado de estímulo trigeminal, que en algunos pacientes ayuda a disminuir la intensidad del nistagmus.

El segundo objetivo es optimar las condiciones motoras por medio del uso de primas para:

- a) llevar la zona neutra a la PPM, colocando primas en AO con sus bases hacia la zona opuesta al área de bloqueo: si el nistagmus bloquea en dextroversión la base de los prismas se colocan en AO a la izquierda;
- b) bloquear el nistagmus en convergencia, usando prismas de base temporal en AO de pocas dioptrías, lo que estimula la convergencia tónica y fusional. Este tratamiento debe ser controlado estrictamente por el médico cada 48 a 72 horas, dado que por tratarse de niños pequeños se corre el riesgo de inducir un estrabismo.

Tratamiento médico del nistagmus: uso de prismas.





Trat. médico: penalización con prismas. A) OI dominante fija en aducción
B) Colocación del 40 diop. prismáticas de base temporal en OI.
Desaparece tortícolis.

Si ha quedado una desviación ocular indeseada, los prismas son también útiles en el postoperatorio, para mantener la binocularidad. Cuando son de pocas dioptrías, se pueden usar los tallados o prismas membranosos de Fresnel, que son muy bien tolerados.

El tratamiento ortóptico

Sus objetivos son: a) luchar contra la ambliopía y la supresión. Si hay un ojo fuertemente dominante: penalización. Se pueden usar ciclopegicos en el ojo dominante y mióticos en el ojo ambliopizado, o usar filtros sobre el ojo dominante; por ejemplo, conta translúcido. También, se pueden utilizar prismas colocando más corrección prismática delante del ojo dominante. b) Favorecer y estimular la visión binocular con ejercicios ortópticos de fusión y estereopsis, cuando el niño llegue a la edad ortóptica y presente CRN.

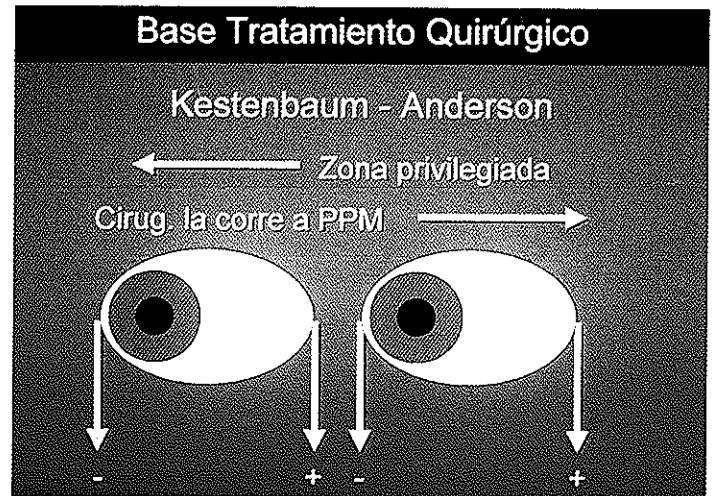
El tratamiento quirúrgico

El objetivo de la cirugía es llevar a la PPM la zona neutra y resolver las desviaciones oculares que pueden coexistir. La cirugía no es el primer paso en el tratamiento del nistagmus, debe estar siempre precedida por el tratamiento médico consistente y mantenido en el tiempo, que es el único que puede mejorar la visión. Además, los NE con los años disminuyen su intensidad, por ello, la edad óptima para la cirugía es entre los seis y siete años. Existen dos excepciones: los pacientes con tortícolis muy marcadas, 40° o más, que imposibilitan cualquier tratamiento médico, ya que la zona neutra es tan excéntrica que no permite el uso ni de anteojos ni de LC y aquellos pacientes que tienen un nistagmus asociado a un estrabismo

de gran ángulo, que también imposibilita el tratamiento médico. En estos casos se puede anticipar la cirugía, para luego comenzar con el tratamiento médico.

¿Cuáles son los nistagmus quirúrgicos? Todos aquellos con zona neutra a 10° o más de excentricidad; los de gran intensidad sin zona neutra; aquellos que bloquean en convergencia y presentan esotropías de gran ángulo.

Los objetivos de la cirugía son disminuir o desaparecer el nistagmus en PPM; llevar la zona neutra a la PPM para que desaparezca la tortícolis; respetar la convergencia; eliminar toda desviación ocular asociada. La base de la cirugía es debilitar los músculos que llevan los ojos hacia la zona neutra y reforzar aquellos que la alejan, por ejemplo, un paciente con nistagmus que bloquea en dextroversión: debilitar el recto lateral del OD y el recto medio del OI, reforzar el RM del OD y el RL del OI.



Tratamiento quirúrgico del nistagmus: base del tratamiento técnica de Kestenbaum-Anderson.

Cuando valoramos el resultado del tratamiento del nistagmus debemos tener en mente dos aspectos: a) subjetivo: aún pequeñas mejorías del cuadro clínico son de gran ayuda para el paciente que, en general, siempre está agradecido; b) objetivo: el médico con frecuencia está menos satisfecho que el paciente. MO