

La operación del estrabismo y el myocampter

Por el doctor **J. Ramón Roda**

Médico del Servicio de Oftalmología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Que el acortamiento o avanzamiento muscular es el tratamiento del estrabismo de resultados más seguros y duraderos cuando la desviación no es de origen funcional o aun cuando siéndolo no se corrige con lentes adecuados, está fuera de toda duda en la práctica de la terapéutica ocular.

¿Por qué no se emplea con la frecuencia debida? Lo complicado de la técnica, dificultades en la intervención, lo engorroso de la colocación de suturas, etc., han sido inconvenientes que se han opuesto a su práctica.

Imaginado el avanzamiento muscular por Jules GUERIN para corregir un estrabismo divergente resultado de una tenotomía desgraciada, ha sufrido numerosas modificaciones, plegamiento cápsulo-muscular ideado por WECKER primero, modificaciones introducidas por LANDOLT, etc., después. El acortamiento muscular subconjuntival empezó a tener partidarios desde que HEYDT lo practicó y más aún cuando BRIGG lo perfeccionó.

Actualmente disponemos de una nueva técnica creada por el doctor BARRAQUER de Barcelona, cuando ideó el instrumento que llamó *Myocampter* de *Myos* (músculo) y *Campter* (acción de plegar).

Es tan reducido el instrumental (un solo instrumento realiza todos los tiempos de la intervención); tan sencilla la técnica (un agrafe colocado sobre el músculo a través de la conjuntiva, con unos ganchos en la

parte interna para que no resbale) y tan satisfactorios los resultados, que no cabe dudar de la suerte que le espera al nuevo procedimiento.

Muchas han sido las experiencias realizadas para lograr un avanzamiento subconjuntival perfecto y muchos los trabajos y tentativas en cuya labor me siento orgulloso de haber tomado parte hasta lograr el *Myocampter*.

Los primeros ensayos fueron hechos siguiendo la técnica e indicaciones de BRIGG. Una incisión conjuntival siguiendo el borde superior del músculo con un gancho romano y por medio de unos alicates se estrangula un anillo de plata que lleva dentro el pliegue del músculo y conjuntiva. Con este procedimiento se evitan las molestias de los hilos de fijación y suturas de métodos anteriores.

Con el *Myocampter* no se escinde la conjuntiva; un gancho punzante pasa por debajo del músculo que previamente se ha levantado con unas pinzas (figs. 1 y 2).

Esta es la única herida que se produce en toda la operación: un simple pinchazo con un gancho punzante estéril (puede comprenderse como se ha descartado el peligro de una infección y cómo puede, al no haber herida, irse el enfermo sin vendaje al finalizar la misma).

Cogido subconjuntivalmente el músculo con el gancho, se estira de él hasta la posición que corrija su defecto (figs. 3 y 4) —pueden perfectamente corregirse desvia-



Fig. 1



Fig. 2

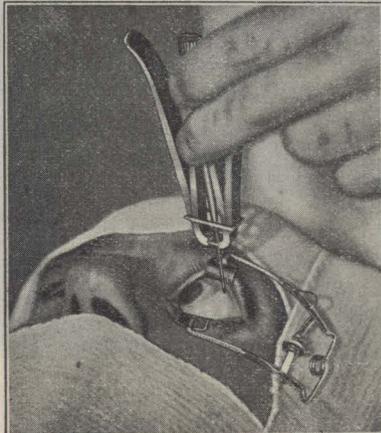


Fig. 3

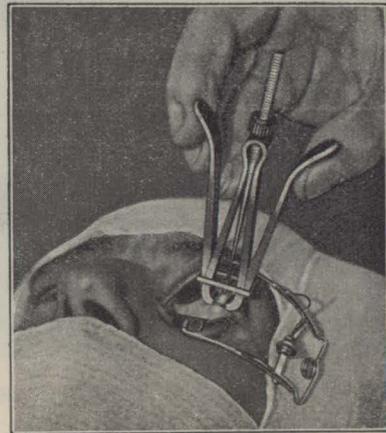


Fig. 4

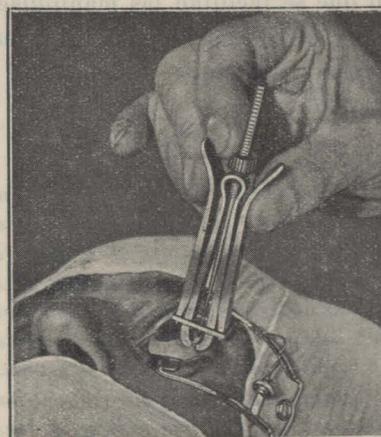


Fig. 5



Fig. 6

ciones de 15°—y, cerrando entonces los alicates queda apretado el anillo de plata que éste llevaba colocado en su extremo, cogiendo y estrangulando entre sus ramas la porción cápsulo-muscular correspondiente (figs. 5 y 6).

Como la tracción del gancho se verifica precisamente en dirección perpendicular a la del músculo, éste queda plegado sobre sí mismo, sin cambiar su acción final sobre el globo del ojo.

En los casos rebeldes de estrabismo muy graduado debe asociarse a esta operación una pequeña tenotomía del músculo antagonista.

Actualmente la casa Moria está construyendo un modelo de *Myocampter* (fig. 7) que tiene sobre el descrito las ventajas siguientes:

La tuerca que hace subir el músculo lo hace perpendicularmente y dobla el músculo sobre sí mismo con un movimiento rápido

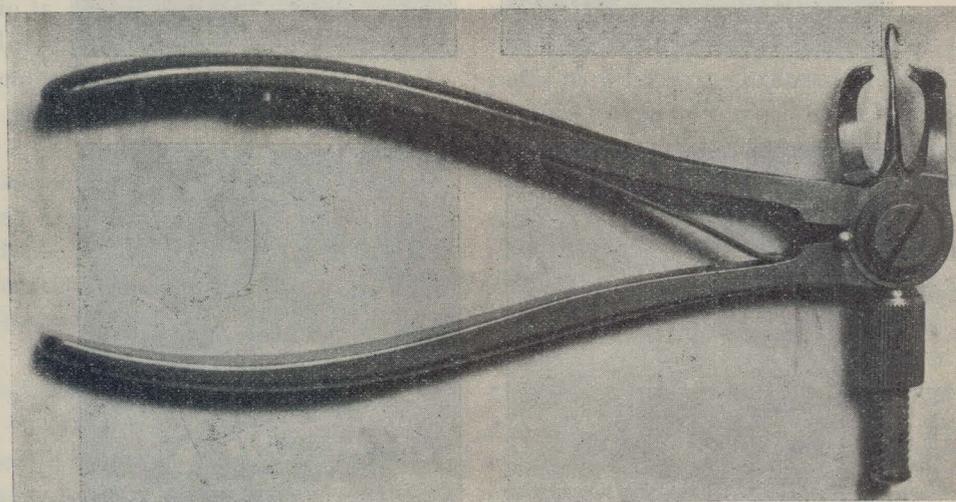


Fig. 7

No pueden, pues, producirse desviaciones de altura de la mirada, inconveniente que encontramos cuando seguíamos la técnica de BRIGG, ya que al tener que estirar el músculo con una mano y colocar y apretar el anillo con la otra, no quedaba el gancho colocado perpendicularmente al músculo, determinando una desviación del ojo en altura y una dificultad ulterior para la fusión de las imágenes.

El mismo día de la operación pueden empezar los enfermos sus ejercicios de reeducación y llegar a la visión binocular lo más pronto posible, ya que han podido comenzar los ejercicios inmediatamente después de la intervención.

y seguro, y los brazos de palanca de los alicates están acodados en ángulo recto, con lo que se facilitan las manipulaciones y se gana visualidad, único inconveniente del anterior modelo.

RESUM

L'avençament muscular subconjuntival és el tractament de l'estrabisme de resultats més duraders; però dificultats de tècnica feien que no s'empleés amb la deguda freqüència. Actualment, gràcies al Myocampter s'ha simplificat a l'extrem que sols un instrument realitza tots els temps de la intervenció i aquesta es redueix a aixecar subconjuntivalment el múscle amb unes pinces i col·locar un agraf que escanyi el múscle amb la posició que corregeixi el defecte. Aquest agraf

té uns ganxos a la part interna per a que no rellisqui el muscle, i el malalt pot començar els exercicis de reeducació el mateix dia de la intervenció, ja que al no fer-se ferida (una simple punxada com la que es produeix amb una agulla hipodèrmica) no hi ha necessitat d'un benatge. Als 15 dies es treu l'agraf.

Es poden corregir desviacions fins de 15°.

En cas d'estrabisme exagerat deu associar-se una tenotomia del muscle antagonista.

RÉSUMÉ

Le traitement du strabisme qui donne les résultats les plus durables est celui de l'avancement musculaire subconjunctivement, mais a cause des difficultés techniques on ne l'a pas employé aussi souvent que l'on pouvait souhaité. Actuellement, grâce au Myocampter, ce traitement a été tellement simplifié qu'un seul instrument réalise toutes les phases de l'intervention. Celle-ci consiste à soulever subconjunctivement le muscle avec les pinces et de placer une agrafe qui étrangle le muscle dans une position qui corrigera le défaut. Cette agrafe a quelques crochets dans sa partie interne pour éviter que le muscle s'échappe. Le malade peut commencer ses exercices de reéducation le jour même de l'intervention, parceque, n'ayant pas de blessure (une simple piqure comme celle d'une aiguille hypodermique) il n'y a pas de

bandage. L'agrafe peut être enlevé après 15 jours.

On peut corriger les deviations jusqu'à 15°.

Dans les cas de strabisme exagéré, une ténotomy du muscle antagoniste doit être pratiquée.

SUMMARY

The treatment which gives the most lasting results in cases of strabism is that of a subconjunctival muscular advance, but owing to technical difficulties it has not been used as frequently as could be wished. Now the Myocampter has so far simplified this method, that with one instrument alone all the stages of the intervention can be carried out. This intervention consists in lifting the muscle subconjunctively with nippers, and in placing a hook or clasp which will compress the muscle into such position as will correct the defect. This hook or clasp has other hooks on its inner side in order to prevent the muscle slipping from its new position. The patient can begin his reeducational exercises on the very same day of the intervention, because as there is no wound or injury (a simple puncture as that of a hypodermic needle) there is no need for a bandage. After 15 days the hook can be removed.

Deviations up to 15° can be corrected.

In cases of exaggerated strabism, tenotomy of the antagonistic muscle must be carried out.