

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

MOTILIDAD OCULAR - ESTRABISMO

11

Tortícolis ocular

Ana Wert Espinosa

Especialista en estrabismo y oftalmología Pediátrica. Instituto de Microcirugía Ocular



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

Entendemos por tortícolis cuando el paciente adopta una posición anómala de la cabeza para realizar determinadas actividades de la vida diaria. En el tortícolis de causa ocular el paciente adoptará esta posición anómala de la cabeza para mejorar distintos aspectos de la visión:

- Mejorar la agudeza visual. En los nistagmus el paciente posicionará la cabeza de manera que el punto nulo o de menor nistagmus quede posicionado en la dirección recto-adelante y de esa manera obtener la mejor agudeza visual posible.
- Evitar la diplopia. Posicionará la cabeza evitando las versiones donde presenta visión doble.
- Mejorar el campo visual. Por ejemplo en las ptosis elevará el mentón para ampliar su campo visual.
- o bien para ampliar el campo de visión binocular. Colocará la cabeza de manera que evite las posiciones de mirada donde presenta desviación.

VALORACIÓN DEL TORTÍCOLIS

El tortícolis se describe en función de la posición de la cara, mentón y cabeza respecto a la línea media. Hablaremos de tortícolis horizontales, cara derecha o izquierda, tortícolis verticales, mentón alto o bajo, y tortícolis torsionales, cabeza sobre hombro derecho o izquierdo (fig. 1).

El tortícolis también puede ser combinado, por ejemplo sobre hombro derecho y cara izquierda o cara derecha y mentón alto.



Figura 1: Descripción del tortícolis.

11. Tortícolis ocular

Ana Wert Espinosa

Para evaluarlo debemos observar la posición de la cabeza ya mientras hablamos con el paciente y tomar la agudeza visual de forma binocular. Binocularmente le pediremos que nos mire optotipos pequeños para provocar que el paciente busque la mejor visión posible y así el tortícolis se manifieste. La mayoría de los tortícolis oculares son binoculares, es decir, se manifiestan cuando el paciente tienen ambos ojos abiertos y mejoran o desaparecen ante la oclusión de un ojo. Pero en casos severos en los que el ojo fijador no llega a la línea media el tortícolis puede permanecer en monocular para permitir la fijación del ojo fijador desviado. Esto puede pasar por ejemplo en los estrabismos restrictivos severos.

Otra herramienta útil para la valoración de los pacientes con tortícolis son las fotografías. En ellas podemos observar como el paciente tiene esta tendencia anómala de cabeza y estudiar también desde cuándo la presenta. Existen tortícolis congénitos que se deben corroborar mediante la historia clínica y/o fotografías. Un tortícolis de inicio agudo siempre debe ser estudiado con sumo cuidado ya que puede comportar una patología subyacente de gravedad. Por lo que será importante dilucidar si el tortícolis es desde la infancia o es reciente.

Una vez seamos capaces de describir el tortícolis debemos realizar la exploración de motilidad y buscar la causa del tortícolis. Para ello debemos corregir la posición de la cabeza, realizar el cover test (CT) y valorar si existe o no limitación del movimiento. En los casos de desviación vertical realizaremos también el test de Bielschowsky. Debemos valorar también la presencia o no de nistagmus. El paciente debería presentar desviación o nistagmus con la cabeza recta y en muchos casos la alteración será mayor en la posición contraria al tortícolis (por ejemplo un paciente con tortícolis cara derecha tendrá mayor desviación al CT cuando lo realizamos con la cara hacia la izquierda). En posición de tortícolis la alteración será menor o inexistente.

PATOLOGÍAS QUE PUEDEN CURSAR CON TORTÍCOLIS

Existen distintas patologías oculares que pueden comportar la aparición de un tortícolis, siendo algunos tipos de estrabismo, el nistagmus y las ptosis los más comunes (1). Pero en ocasiones los defectos de refracción, el dolor ocular y causas cosméticas también pueden producirlo.

Estrabismo

Los estrabismos incomitantes, ya sean paralíticos o restrictivos, son las causas más frecuentes de tortícolis ocular (1-3). En este tipo de estrabismos la desviación varía en las distintas posiciones de la mirada y este hecho contribuye a que el paciente busque aquellas posiciones mejores donde puede conseguir fijación bifoveal y evitar la diplopia. La desviación vertical disociada (DVD) y los patrones alfabéticos son otras causas de tortícolis por estrabismo.

Estrabismos paralíticos

En una parálisis muscular el paciente presentará diplopia en el campo de acción del músculo o músculos afectados. En estos casos la posición de tortícolis se adoptará para evitar la visión doble y obtener un mayor campo de visión binocular útil. Al adoptar el tortícolis el paciente podrá realizar fijación bifoveal ya que en esa posición no habrá desviación. Podemos encontrar distintos tipos de tortícolis dependiendo de los músculos que se vean afectados.

Parálisis del Oblicuo Superior

La parálisis del oblicuo superior es la **causa más frecuente de tortícolis ocular** (2,3). La parálisis del IV nervio craneal provoca una hipertropía del ojo afecto que aumenta hacia el lado contrario y sobre el hombro afecto. El paciente típicamente presentará un tortícolis sobre el hombro del lado sano y cara hacia el lado sano (**tortícolis contrario al lado de la parálisis**).



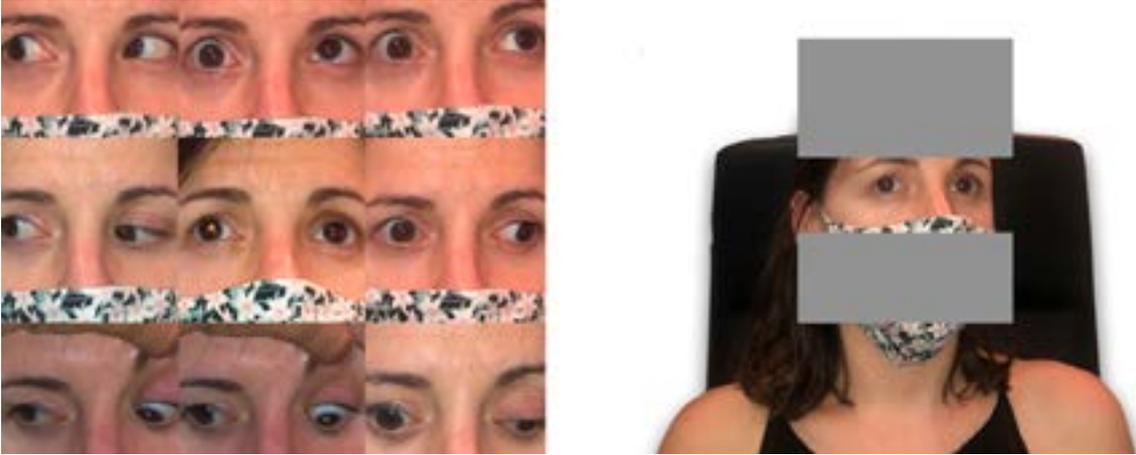
Caso 1: Paciente con parálisis del IV nervio craneal derecho. Véase la hipertropía derecha que aumenta a la izquierda y sobre hombro derecho (test de Bielschowsky + en hombro derecho). Presenta un tortícolis sobre hombro izquierdo y cara a la izquierda.

Parálisis del III nervio craneal

La parálisis del III nervio craneal da lugar a una desviación principalmente en exotropía. La mayoría de pacientes presentarán un **tortícolis con cara hacia el lado contrario de la parálisis**. De esa manera el ojo se situará en el campo de acción del recto lateral, que si es funcionante, y evitará la aducción que estará comprometida. Si la parálisis cursa con ptosis cubriendo eje pupilar no presentará tortícolis compensador.

11. Tortícolis ocular

Ana Wert Espinosa



Caso 2: Paciente con parálisis del III nervio craneal derecho y tortícolis con cara hacia la izquierda. Véase la exotropía derecha en posición primaria con limitación de elevación, depresión y aducción en el ojo derecho.

Parálisis del VI nervio craneal

La parálisis del VI nervio craneal dará a una desviación en endotropía. Los pacientes presentarán un **tortícolis con cara hacia el lado de la parálisis**. De esa manera el ojo afecto se situará en el campo de acción del recto medio que si es funcionante evitando la diplopia.

Otras parálisis aisladas

Existen otras parálisis de grupos musculares o músculos aislados de distintas etiologías que comportarán la aparición de estrabismo incommittente y por tanto pueden cursar con tortícolis.

- **Parálisis doble de elevadores:** dará lugar a una hipotropía del ojo afecto con elevación del mentón para mantener la fusión en mirada inferior.
- **Parálisis del oblicuo inferior:** dará lugar a una hipotropía del lado de la parálisis que aumenta en aducción y hacia el hombro contrario de la parálisis. Los pacientes evitarán esas versiones con mayor desviación presentando un tortícolis hacia el hombro de la parálisis y cara hacia el lado contrario para mantener el ojo afecto en abducción.
- Otras parálisis musculares: enfermedades como por ejemplo la miastenia gravis ocular pueden comportar la aparición de desviación y diplopia. Según el músculo afecto el paciente adoptará un posición de tortícolis para mejorar su situación binocular.

Siempre ante un tortícolis de inicio agudo se debe realizar una exploración oftalmológica y neurológica completa y solicitar pruebas de imagen para descartar patología subyacente.

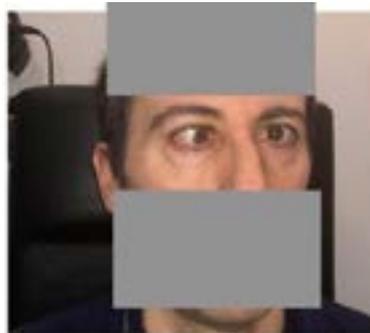
Estrabismos restrictivos

En los estrabismo restrictivos se produce una dificultad al movimiento que se desea realizar ya sea por adherencias o por contractura del músculo antagonista (4). Las adherencias o contractura impedirán el normal movimiento presentando el paciente limitación y desviación con la consiguiente diplopia y tortícolis compensador.

Estrabismos restrictivos adquiridos

La oftalmopatía tiroidea, la miopía magna, las fracturas, tumores orbitarios y las cirugías oftalmológicas pueden comportar la aparición de estrabismo restrictivo habitualmente incoordinado con adopción de posición de tortícolis secundario. Dependiendo del patrón de desviación y del grado de limitación del movimiento presentarán uno u otro tipo de tortícolis. Ante un estrabismo restrictivo adquirido debemos buscar activamente dónde está el compromiso anatómico mediante la exploración de motilidad, test de ducción y pruebas de imagen.

- **Estrabismo tiroideo:** al ser el recto inferior el músculo más frecuentemente afectado el paciente presentará una hipotropía con incapacidad para elevar los ojos y tortícolis mentón alto. En la mayoría de casos con afectación muscular asimétrica el tortícolis será para evitar la desviación y la diplopia pero en casos con afectación simétrica el tortícolis será para ampliar el campo visual. El siguiente músculo más afectado es el recto medio por lo que también podemos encontrar tortícolis con cara derecha o izquierda en estos pacientes.
- **Estrabismo restrictivo miópico:** cursa con endotropía y limitación de la abducción a menudo bilateral por lo que el paciente presentará tortícolis con la cara hacia el ojo fijador evitando así la abducción comprometida.



Caso 3: Paciente con estrabismo restrictivo miópico con tortícolis cara izquierda y ojo izquierdo fijador. En posición primaria observamos endotropía derecha de gran ángulo con limitación de la abducción en ojo derecho.

11. Tortícolis ocular

Ana Wert Espinosa

- **Fracturas, tumores orbitarios y cirugías oftalmológicas:** que un paciente con estos antecedentes tenga tortícolis nos indicará que debe haber una versión comprometida y por tanto se está evitando mediante la posición anómala de la cabeza.



Caso 4: Paciente con hemangioma orbitario izquierdo intervenida de orbitotomía y exéresis. Presenta endotropía izquierda con limitación de abducción y elevación. Véase la posición de tortícolis cara a la izquierda y mentón ligeramente elevado.

Estrabismos restrictivos congénitos

Los pacientes con estrabismo congénito presentarán la posición de tortícolis ya en el primer año de vida. A medida que el recién nacido va desarrollando agudeza visual y va adquiriendo el sostén cefálico irá adoptando la postura de cabeza que mejore su capacidad visual. Pero a menudo esta postura anómala de la cabeza no es notada por la familia y se debe corroborar mediante fotografías antiguas que su existencia es desde la primera infancia. En posición de tortícolis los niños presentan un buen desarrollo visual con ausencia de ambliopía y visión binocular normal.

- **Síndrome de Duane:** En el síndrome de Duane tipo 1 típico el niño presentará limitación de abducción con retracción de la hendidura palpebral en adducción. La posición de tortícolis dependerá de si existe o no desviación en posición primaria. Cuando el paciente está en ortotropía no existe tortícolis. Si el ojo está en endotropía presentará tortícolis con la cara hacia el ojo afecto. Si el síndrome cursa con exotropía (Duane tipo 2 con limitación de la aducción) entonces el tortícolis será con la cara hacia el lado sano.
- **Síndrome de Brown:** El síndrome de Brown presenta limitación de la elevación mayor en adducción. En casos severos puede cursar con hipotropía en posición primaria. En estos casos el paciente presentará un tortícolis con cara a hacia el lado contrario del ojo afecto para evitar la posición en aducción de mayor desviación. También pueden presentar tortícolis mentón alto.

11. Tortícolis ocular

Ana Wert Espinosa



Caso 5: paciente con Síndrome de Duane tipo I en su ojo izquierdo. Presenta tortícolis cara a la izquierda con limitación de la abducción y retracción de la hendidura a la aducción.

- **Síndromes de fibrosis óculomotora congénita:** dependiendo del grado de afectación de la motilidad y de la posición primaria los niños presentarán tortícolis. En la fibrosis del recto inferior es típico la elevación del mentón debido a la hipotropía.
- **Endotropia congénita:** los niños con endotropía congénita presentan fijación en aducción. Esto comporta que presenten tortícolis horizontal con cara a la derecha o izquierda dependiendo del ojo fijador. Si el estrabismo es alternante el tortícolis también lo será. Si asocian inclinación de la cabeza sobre un hombro será indicativo de desviación vertical disociada asociada.

Desviación vertical disociada

En la desviación vertical disociada es frecuente encontrar tortícolis que típicamente serán con cabeza inclinada sobre un hombro (5). Se trata de un tortícolis torsional para compensar la inciclotorsión del ojo fijador.

Nistagmus

Cuando nos encontramos ante un paciente con nistagmus y tortícolis probablemente estaremos ante un nistagmus congénito motor con punto nulo o zona de bloqueo. El punto nulo es la posición de la mirada en la que el nistagmus se anula o presenta menor magnitud. Los pacientes buscarán de forma inconsciente esa posición al tener que fijar o realizar actividades para de esa forma obtener una mayor agudeza visual. Los niños con nistagmus congénito motor y tortícolis suelen desarrollar una buena agudeza visual. Lo más frecuente es que la posición de bloqueo sea en una posición lateral por lo que el tortícolis será cara a la derecha o cara izquierda.

Ptosis

Los pacientes con ptosis pueden presentar tortícolis mentón elevado para mejorar su campo visual en los casos de ptosis bilateral o para mantener la función binocular en los casos de ptosis unilateral. En niños pequeños con ptosis el tortícolis mentón alto comporta un menor riesgo de ambliopía.

Tratamiento

La presencia de tortícolis en un paciente con estrabismo es criterio para indicar cirugía. Con la intervención se debe eliminar la desviación o trasladar el punto nulo en los nistagmus a posición primaria de la mirada. De esa manera el paciente no precisará tener una postura anómala de la cabeza para preservar la visión binocular, no tener diplopia o mejorar su agudeza visual en los nistagmus. El tipo de cirugía y los músculos a operar dependerán de la causa que lo provoque.

IDEAS CLAVE - RESUMEN

El tortícolis ocular es una posición anómala de la cabeza que permite mejorar la agudeza visual, evitar la diplopia o aumentar el campo de visión binocular.

Se describe en función de la posición de la cara (cara derecha o izquierda), mentón (mentón alto o bajo) e inclinación de la cabeza (sobre hombro derecho o izquierdo).

Ante un paciente con tortícolis se debe realizar una exploración oftalmológica completa. Se debe hacer el CT corrigiendo la posición de la cabeza y en la posición contraria al tortícolis.

El tortícolis es un criterio para indicar cirugía en los pacientes.

Existen distintas causas de tortícolis ocular que comportarán tortícolis diversos.

Alteración	Tipo de tortícolis más frecuente
Parálisis del IV nc derecho	Tortícolis sobre hombro izquierdo (cabeza hacia el lado sano)
Parálisis del VI nc derecho	Tortícolis cara a la derecha (cara hacia el lado afecto)
Parálisis del III nc derecho (CT: exotropía derecha)	Tortícolis cara a la izquierda (Cara hacia el lado sano)
Estrabismo tiroideo con afectación de Rectos Inferiores	Tortícolis mentón alto
Estrabismo tiroideo con afectación de Rectos Medios	Tortícolis horizontal
Estrabismo restrictivo miópico con Endotropía	Tortícolis cara hacia el ojo fijador
Síndrome de Duane con ET (Duane tipo I)	Tortícolis cara hacia el ojo afecto
Síndrome de Duane con XT (Duane tipo 2)	Tortícolis cara hacia el ojo sano
Síndrome de Brown	Tortícolis cara hacia el lado sano o mentón alto

11. Tortícolis ocular

Ana Wert Espinosa

Fibrosis óculo motora con hipotropia	tortícolis mentón alto
Endotropia congénita	Torticolis alternante horizontal
Desviación Vertical disociada	Tortícolis torsional
Nistagmus que bloquea en dextroversión	Tortícolis cara izquierda
Nistagmus que bloquea en levoversión	Tortícolis cara a la derecha
Ptosis	Tortícolis mentón alto

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley V. Abnormal head postures, a Review. American Orthoptic Journal, Volume 51, 2001: 137-143.
2. Kushner BJ. Ocular causes of abnormal head postures. Ophtalmology 1979; 86: 2115-21125.
3. Mitchell PR. Ocular Torticollis. TR. AM. OPHTH. SOC. VOL. XCVII 1999; 697-769.
4. Visa J. Conceptos generales de restricción. Galán A, Visa J. Estado actual del tratamiento del estrabismo. Sociedad Española de Oftalmología; 2012: 341-342.
5. Betchel, RT, Kushner BJ. The relationship between dissociated vertical divergence and head tilts. J Pediatr Ophthalmol Strabismus, 1996; 33(6): 303-306.

PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

1. En un paciente con tortícolis cara a la izquierda que podemos encontrar:

- a) Ortotropía al CT en la posición de tortícolis.
- b) CT alterado en posición primaria si corregimos la posición de la cabeza.
- c) Mayor desviación si realizamos el CT con cara a la derecha.
- d) Nistagmus con bloqueo en levoversión.
- e) Diplopia en dextroversión.

2. Respecto al tortícolis ocular:

- a) En posición de tortícolis el paciente no presenta diplopia.
- b) La posición de tortícolis comporta mejora del campo visual binocular.
- c) En las parálisis del IV nervio craneal el tortícolis suele ser horizontal.
- d) En el síndrome de Duane con endotropía el tortícolis es cara hacia el lado sano.
- e) En el estrabismo típico restrictivo miópico el paciente presenta tortícolis con la cara hacia el ojo fijador.