

Trasposición vertical del recto lateral dividido en parálisis completa del III par: Serie de dos casos

Autores:

Dres. Vanesa Ortiz, Bruno Fragapane y Natalia Kotlik

Hospital Central de Mendoza, Argentina

Contacto: dfracapanebruno@gmail.com

Recibido: 18/11/2025

Aceptado: 10/12/2025

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2025; 31: 34-38



Palabras clave: parálisis del III par; estrabismo; trasposición nasal del recto lateral dividido; trasposición vertical del recto lateral dividido; suturas ajustables; Foster.

Keywords: *third nerve palsy; strabismus; nasal transposition of split lateral rectus; vertical transposition of split lateral rectus; adjustable sutures; Foster augmentation.*

Resumen

Antecedentes y objetivo: La parálisis completa del III par genera desviaciones de gran ángulo y limitación severa de la aducción y las verticales, con abordajes quirúrgicos que incluyen la trasposición

nasal del recto lateral dividido (NTSLR/split-LR) (1, 2, 5).

Presentamos una serie de dos casos tratados con trasposición vertical ajustable del recto lateral dividido (VTSLR) con o sin suturas de fijación aumentada tipo Foster, enfocada en la simplificación de la técnica y mejoría en la motilidad ocular (2, 3, 6).

Material y métodos: Se incluyeron dos pacientes con parálisis completa del III par y desviaciones de gran ángulo, con evaluación preoperatoria estandarizada (AV, biomicroscopía, fondo de ojo, medición por Krimsky) y planificación combinada según ángulo (5, 6).

Resultados: En el caso 1 se logró ortotropía sin diplopía con recuperación de la aducción y de las verticales al seguimiento a 8 meses; en el caso 2 persistió exotropía residual de 15 DP (Dioptías

prismáticas) con tortícolis compensatoria y se planificó reintervención tras estabilización de 3 meses (2, 6).

Conclusiones: La trasposición vertical ajustable del recto lateral dividido es una opción válida en desviaciones ≤ 50 DP, mientras que en ángulos $\geq 60-65$ DP puede requerirse mayor división (≥ 15 mm), múltiples puntos de fijación aumentada y combinaciones.

Abstract

Background and objective: Complete third nerve palsy produces large-angle deviations and severe limitation of adduction and vertical movements, with surgical approaches including nasal transposition of split lateral rectus (NTSLR) (1,2,5). We report a two-case series managed with Vertical transposition of split lateral rectus (VTSLR) with or without Foster augmentation, emphasizing technical simplification and improvement in ocular motility (2, 3, 6).

Methods: Two patients with complete third-nerve palsy and large-angle deviations underwent standardized work-up (VA, slit-lamp, fundus, Krimsky) and tailored combined planning according to deviation size (5, 6).

Results: Case 1 achieved orthotropia without diplopia with recovery of adduction and verticals at 8-month follow-up; Case 2 showed a residual 15 PD exotropia with compensatory torticollis, with re-operation planned after 3-month stabilization (2, 6).

Conclusions: Adjustable split-LR to vertical recti is a valid option for deviations ≤ 50 PD, whereas angles $\geq 60-65$ PD may require larger splitting (≥ 15 mm), multiple augmented fixation points, and combinations (1-3, 5, 6).

Introducción

La parálisis completa del III par ocasiona exotropía marcada, limitación de la aducción y alteración de las verticales, lo que resulta un desafío para el cirujano conseguir un resultado funcional (5).

La trasposición del recto lateral dividido hacia los rectos verticales ha mostrado resultados alentadores, especialmente con suturas ajustables y fijación aumentada (1-3, 6).

Las decisiones de combinar resección del recto medio y retroceso del recto lateral contralateral dependen del ángulo y del equilibrio de fuerzas, y pueden optimizarse mediante ajuste posoperatorio (2, 3, 5, 6).

Material y métodos

Serie observacional de dos casos con parálisis completa del III par y desviaciones de gran ángulo.

Criterios de exclusión: pacientes con cirugía previa de estrabismo, orbitopatía tiroidea, miastenia gravis u otras causas traumáticas de oftalmoplejía.

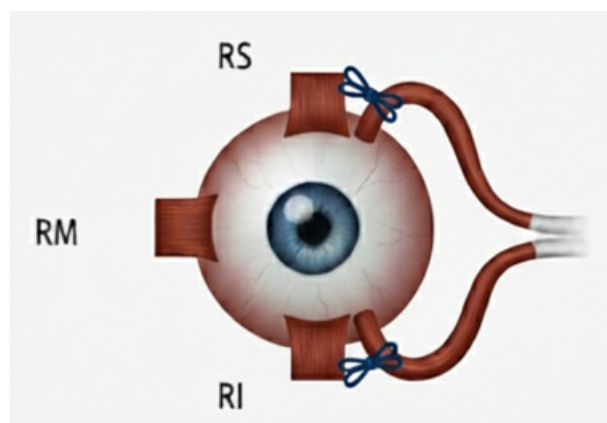
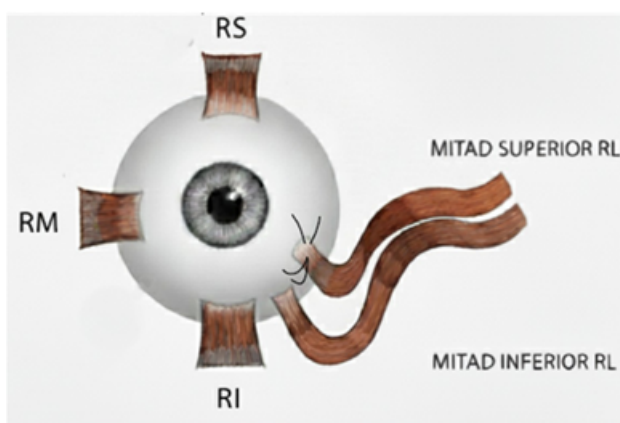


Figura 1: Izquierda corresponde al caso 1, con trasposición vertical inferior de ambas mitades del recto lateral. Derecha corresponde al caso 2, con trasposición vertical superior e inferior de ambas mitades del recto lateral.

Evaluación preoperatoria estandarizada: agudeza visual, biomicroscopía, fondo de ojo y medición por Krinsky.

Planificación quirúrgica individualizada: división del recto lateral hasta la distancia planificada, trasposición de las mitades superior e inferior hacia el recto superior o inferior con suturas ajustables según necesidad (figura 1).

Se consideró resección de recto medio y retroceso de recto lateral contralateral para control de gran ángulo; en casos seleccionados se añadieron puntos de Foster (Mersilene) a 4 mm.

Resultados

Caso 1

Varón de 25 años con antecedentes de cavernomatosis múltiple familiar. Posterior a dos cirugías

por hemorragias intracraneanas (2020-2021), presentó parálisis completa del III par con compromiso pupilar del ojo izquierdo. Luego de unos meses, recuperó la función del elevador del párpado.

Medición prequirúrgica: exotropía de 45 DP e hipertropía izquierda 10 DP.

Técnica: división del RL a 15mm de su inserción, mitad inferior se fijó adyacente a inserción de RI siguiendo el espiral de Tillaux y mitad superior, con suturas ajustables, la mitad superior se suturó mediante dos suturas ajustables, con dos posibles ubicaciones: 1) Junto a la primera mitad. 2) A mitad de distancia entre el recto lateral y la primera mitad.; resección de RM 7 mm; retroceso de RL contralateral 7 mm; ajuste al día 1 se eligió la segunda alternativa de fijación.

Evolución: ortotropía sin diplopía con mejoría de la aducción y de las verticales a 1 año de seguimiento (figura 2).

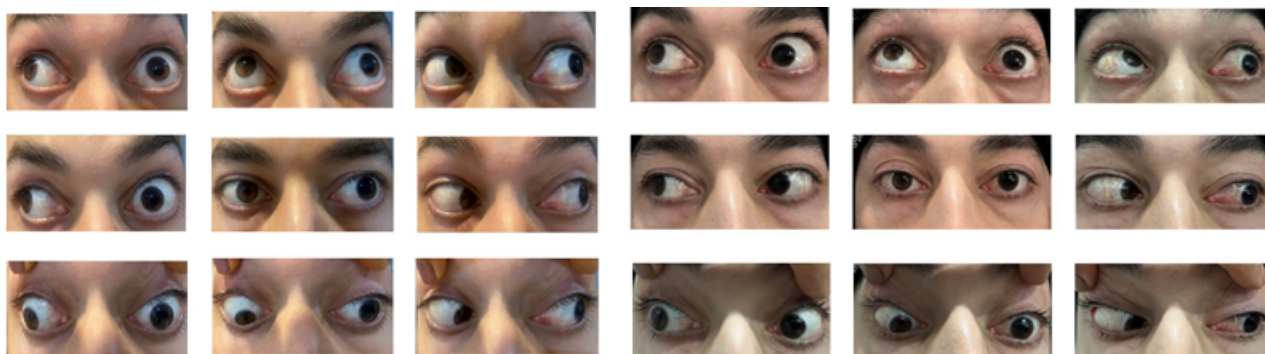


Figura 2: Prequirúrgico (izquierda) Fotografías en las nueve posiciones de la mirada, evidenciando limitación de la supraducción, infraducción y aducción, función normal del elevador del párpado superior y compromiso pupilar. Posquirúrgico (derecha). Fotografías que muestran ortotropía, mejoría en la aducción y en la infraducción y muy poca pérdida de movimiento en la abducción.

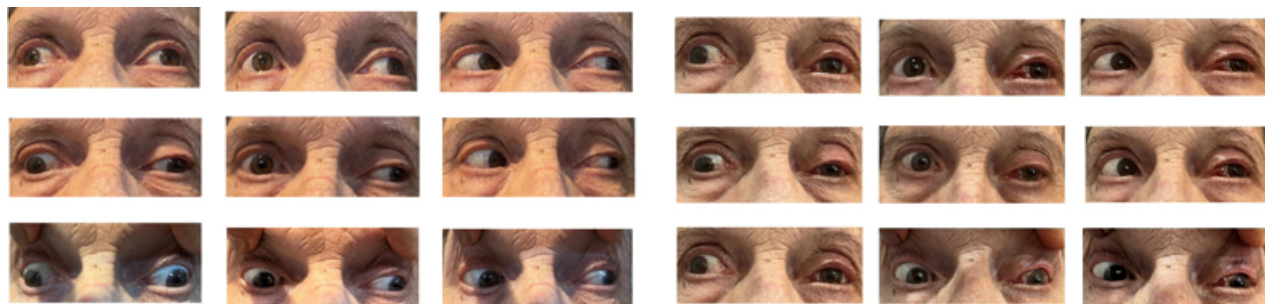


Figura 3: Prequirúrgico (izquierda) fotografías donde se observa la desviación de gran ángulo con la limitación a la supraducción, infraducción y aducción. Se evidencia cierta la función del elevador del párpado sin compromiso pupilar. Posquirúrgico (derecha). Fotografías al mes de la cirugía, se observa exotropía residual de 15DP con tortícolis compensatoria para evitar la diplopía, y muy leve mejoría en la aducción, en la supraducción e infraducción.

Caso 2

Mujer de 76 años con antecedente de ACV isquémico con parálisis del III par de un año de evolución. Recuperó la función del elevador del párpado superior a los pocos meses.

En tratamiento con oclusión alternada por diplopía.

Medición prequirúrgica: exotropía de 65 DP.

Técnica: división del RL dividido hasta 15 mm de su inserción y trasposición a RS/RI con suturas ajustables y puntos de Foster a 4 mm, expuestos a través de la conjuntiva, en ambas mitades; resección de RM 10 mm (figura 1). No hubo necesidad de cortar el punto de Foster ni realizar el ajuste.

Evolución: exotropía residual de 15 DP con tortícolis compensatoria al mes y planificación de reintervención tras estabilización de 3 meses (figura 3).

Discusión

La parálisis completa del III par craneal representa un desafío quirúrgico considerable. Los procedimientos habituales para corregir desviaciones horizontales de gran ángulo incluyen una combinación de los siguientes:

- Resección del recto medial
- Recesión o miectomía del recto lateral
- Extirpación del recto lateral
- Anclaje al reborde orbitario
- Fijación de Tenon posterior
- Trasposición nasal del oblicuo superior

La trasposición nasal del recto lateral dividido (NTSLR) ha demostrado mejorar la alineación en parálisis unilateral del III par, aunque se asocia a complicaciones potencialmente graves, incluyendo pérdida de visión por derrame coroideo seroso transitorio, lo que subraya la necesidad de seguimiento estrecho (1, 2, 5, 6, 8).

En nuestros casos, la trasposición vertical ajustable del recto lateral (VTSLR) permitió mejorar la función y obtener resultados satisfactorios en desviaciones menores, aunque con limitaciones en las

desviaciones mayores. El objetivo fue aprovechar la fuerza del recto lateral para mejorar la motilidad de los músculos paralizados, adaptando la trasposición según el tipo de desviación. En presencia de componente vertical, el recto lateral se traspone hacia el músculo con menor función, como en el caso 1.

En desviaciones >60–65 DP suele requerirse mayor división del RL (>15 mm) y múltiples puntos de fijación aumentada para optimizar el momento rotatorio (2, 3, 6).

La combinación con resección de RM y retroceso de RL contralateral distribuye fuerzas y favorece la alineación primaria, especialmente cuando se presentan desviación de gran ángulo (2, 3, 5).

Conclusiones

La parálisis del III par craneal puede evolucionar de forma variable. En muchos casos inicialmente completos, con el tiempo se observan formas incompletas que permiten utilizar el recto lateral para mejorar la motilidad en lugar de anularlo (5).

Los grandes ángulos requieren estrategias de ingeniería tisular —división extensa, puntos de Foster múltiples y combinaciones con RM/RL contralateral— guiadas por un protocolo de ajuste posoperatorio (2, 3, 5, 6).

De acuerdo con nuestros resultados:

- En desviaciones < 50 DP (caso 1), esta técnica constituye una alternativa válida, sencilla y con bajo riesgo de complicaciones posoperatorias.
- En desviaciones > 60 DP (caso 2), puede persistir un defecto residual. En estos casos recomendamos dividir el músculo a más de 15 mm de la inserción y emplear varias suturas de fijación aumentada (a 4, 8 y 12 mm), dejándolas expuestas para permitir su eventual corte durante el ajuste posoperatorio.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS

1. Gokyigit B, Akar S, Satana B, Aribal E, Demirok A. Medial transposition of a split lateral rectus for complete oculomotor nerve palsy. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2013;50(4):232-237. PMID: 23993720.
2. Shah AS, Prabhu SP, Sadiq MAA, *et al*. Adjustable nasal transposition of split lateral rectus for third nerve palsy. *JAMA Ophthalmol*. 2014;132(8):963-969. PMID: 24723153. doi:10.1001/jamaophthalmol.2014.358.
3. Saxena R, Sharma M, Singh D, *et al*. Medial transposition of split lateral rectus augmented with fixation sutures. *Br J Ophthalmol*. 2016;100(4):585-587. doi:10.1136/bjophthalmol-2015-307583. PMID: 26758537.
4. Erbagci I, Oner V, Coskun E, Okumus S. Modified medial transposition of split lateral rectus. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2016;53(3):150-154. doi:10.3928/01913913-20160405-02.
5. Yahalom C, Hunter DG, Dagi LR. Strategies for managing strabismus from oculomotor nerve palsy. *J AAPOS*. 2023;27(1):3-9. doi:10.1016/j.jaapos.2022.11.017. PMID: 36640897.
6. Shah AS, Dodd MMU, Gokyigit B, *et al*. Worldwide outcomes of nasal transposition of split lateral rectus for third-nerve palsy. *Br J Ophthalmol*. 2023;107(5):725-732. doi:10.1136/bjophthalmol-2021-319667.
7. Kushner BJ. Surgical treatment of paralysis of the inferior division of the oculomotor nerve. *Arch Ophthalmol*. 1999;117(4):485-489. doi:10.1001/archophth.117.4.485. PMID: 10206576.
8. Hunter DG, Yonekawa Y, Shah AS, Dagi LR. Central serous chorioretinopathy following medial transposition of split lateral rectus. *J AAPOS*. 2017;21(6):517-518. doi:10.1016/j.jaapos.2017.09.013.