

## Cartas al Director

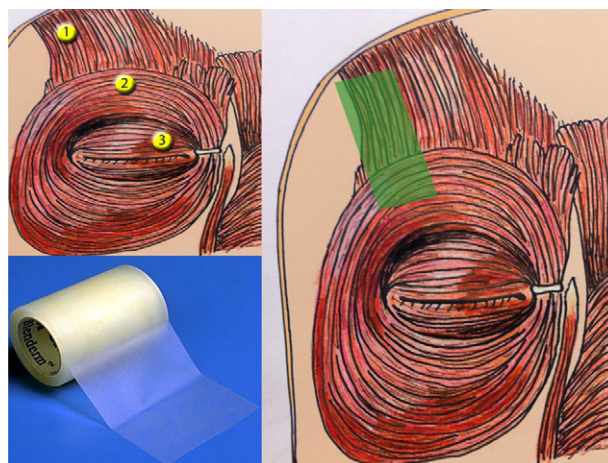
## Vendaje neuromuscular: nuevo enfoque terapéutico para el blefaroespasmio esencial

## Neurotaping: new therapeutic approach in essential blepharospasm

Sr. Director:

El blefaroespasmio esencial es una distonía focal caracterizada por el cierre forzado e involuntario de los ojos secundario a contracción del músculo orbicular y/o a la disfunción del músculo elevador del párpado superior. Más frecuente en mujeres entre la quinta y la séptima décadas de la vida, su etiología es aún desconocida. Su diagnóstico obliga a realizar un detallado examen oftalmológico y neurológico para descartar alteraciones de la superficie ocular, neurológicas -síndrome de Meige y otras distonías- y/o efectos secundarios de medicamentos -antiparkinsonianos, terapia hormonal sustitutiva<sup>1</sup>. De difícil control, la inyección de toxina botulínica en el músculo orbicular y frontal sigue siendo el *gold standard* del tratamiento. La duración del efecto no mayor de 3-4 meses, su progresiva tolerancia que obliga a incrementar la frecuencia de las sesiones y su dosis, sin olvidar los invalidantes efectos secundarios -ptosis, cefalea, etc.- son sus principales limitaciones. La miopexia del orbicular al hueso frontal y la miomectomía del orbicular -con o sin anclaje del elevador del párpado superior mediante tiras tarsales-, son técnicas complementarias de eficacias muy variables, que no suelen aportar una solución más que parcial al problema<sup>2</sup>.

El vendaje neuromuscular (Kinesio® taping) es un tipo de terapia funcional utilizada ampliamente por fisioterapeutas y médicos rehabilitadores para el tratamiento de la espasticidad muscular en pacientes con parálisis cerebral infantil y en la rehabilitación de secuelas por accidente cerebrovascular isquémico. Se utilizan unos vendajes especiales en forma de tiras adhesivas que se colocan sobre la zona a tratar. Tiene efecto analgésico y antiinflamatorio, mejorando la propiocepción y actuando sobre el tono muscular<sup>3</sup>. Hemos tratado un total de 3 pacientes (dos mujeres y un varón) con blefaroespasmio esencial refractarios a inyecciones de toxina botulínica mediante vendaje neuromuscular sobre el músculo frontal utilizando una tira adhesiva quirúrgica como puede observarse en la figura 1. Se evaluó subjetiva y objetivamente la



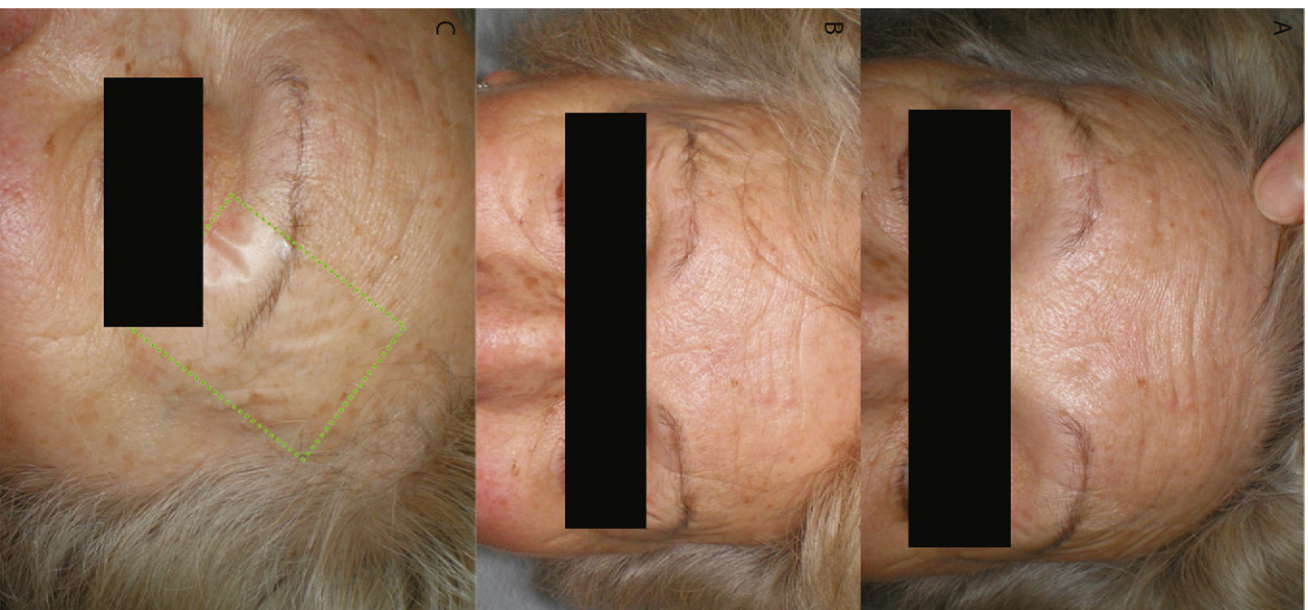
**Fig. 1 – la imagen superior izquierda muestra los principales músculos afectados en el blefaroespasmio esencial: 1, el músculo occipitofrontal, vientre frontal; 2, el músculo orbicular de los ojos, porción orbitaria y 3, el músculo orbicular de los ojos, porción palpebral. En la imagen inferior izquierda podemos observar el tape quirúrgico utilizado (Blenderm®, 3 M), y a la derecha la forma de colocación: desde la cola de la ceja, se aplica con una suave tracción sobre el músculo orbicular y el músculo frontal hasta la línea de nacimiento del cabello.**

mejoría clínica tras un mes de tratamiento diario (8 horas/día). La tabla 1 muestra los parámetros evaluados. En todos ellos disminuyó el número de parpadeos por minuto (reducción media del n.º de parpadeos: 32%) y mejoró la sintomatología (fig. 2). Excepto una dermatitis transitoria por el adhesivo del vendaje no hubo efectos secundarios.

En conclusión, el vendaje neuromuscular puede constituir una nueva alternativa terapéutica complementaria en pacientes con blefaroespasmio esencial de difícil control

**Tabla 1 – Parámetros clínicos subjetivos y objetivos evaluados**

Encuesta de evaluación clínica			
<i>Escala subjetiva</i>			
Parpadeo	Mejoría	Sin cambios	Empeoramiento
Gesticulación	Mejoría	Sin cambios	Empeoramiento
Lectura	Mejoría	Sin cambios	Empeoramiento
<i>Escala objetiva</i>			
Parpadeos/minuto en reposo	Pre:.....p/min		Post:.....p/min
Gesticulaciones/minuto en reposo	Pre:.....p/min		Post:.....p/min
Parpadeos/minuto con lectura	Pre:.....p/min		Post:.....p/min
Gesticulaciones/minuto con lectura	Pre:.....p/min		Post:.....p/min
Actividad del ms. orbicularis	Mejoría	Sin cambios	Empeoramiento
Actividad del ms. frontal	Mejoría	Sin cambios	Empeoramiento
<i>Efectos adversos</i>			
Mala adherencia del <i>tapping</i>	No	Bajo grado	Gran molestia
Irritación local	No	Bajo grado	Gran molestia
Problema estético	No	Bajo grado	Gran molestia



**Fig. 2 – A)** paciente de 68 años con blefaroespasmo esencial, tratada mediante inyecciones de toxina botulínica en 4 ocasiones. La imagen muestra la incapacidad de la paciente para la apertura palpebral a pesar de la contracción del músculo frontal con levantamiento de la ceja. **B)** la misma paciente tras la colocación del vendaje neuromuscular sobre los músculos frontal y orbicular. En esta imagen la paciente logra una adecuada apertura ocular con relajación del músculo frontal. **C)** detalle de la colocación del vendaje neuromuscular.

como coadyuvante a otros tratamientos, para espaciar las sesiones de toxina botulínica o como paso intermedio a una cirugía. Se precisan futuros estudios con mayor número de pacientes y seguimiento para confirmar estos resultados.

### Financiación

Ninguna.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ross AH, Elston JS, Marion MH, Malhotra R. Review and update of involuntary facial movement disorders presenting in the ophthalmological setting. *Surv Ophthalmol*. 2011;56: 54-67.
2. Nicoletti AG, Aoki L, Nahas TR, Matayoshi S. Essential blepharospasm: literature review. *Arq Bras Oftalmol*. 2010;73:469-73.

3. Jaraczewska E, Long C. Kinesio taping in stroke: improving functional use of the upper extremity in hemiplegia. *Top Stroke Rehabil*. 2006;13:31-42.

R. Dolz-Marco<sup>a,\*</sup>, D. Salom-Alonso<sup>a,b</sup>, S. García-Delpech<sup>a</sup>, R. Gallego-Pinazo<sup>a</sup> y M. Díaz-Llopis<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rosadolzmarco@gmail.com](mailto:rosadolzmarco@gmail.com)  
(R. Dolz-Marco).

0365-6691/\$ – see front matter

© 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.oftal.2011.09.006](https://doi.org/10.1016/j.oftal.2011.09.006)

## Toxoplasmosis macular y clindamicina intravítrea: una alternativa al tratamiento oral

### Macular toxoplasmosis and intravitreal clindamycin: An alternative to oral treatment

Sr. Director:

La toxoplasmosis es la causa más frecuente de uveítis posterior en pacientes inmunocompetentes<sup>1</sup>. Se suele presentar como una retinitis focal, normalmente alrededor de una cicatriz coriorretiniana, acompañada de vitritis. A pesar del carácter autolimitado de la lesiones, el tratamiento está indicado en lesiones que amenazan la mácula o el nervio óptico –zona 1–, así como en lesiones periféricas que asocian vitritis intensa. Además de la clásica pauta con sulfadiazina, pirimetamina y ácido fólico y sus conocidos riesgos como la leucopenia y trombopenia, la pauta oral más simple y popularmente utilizada es la administración de trimetopim-sulfametoxazol en asociación de ácido fólico. Este tratamiento también produce ocasionalmente reacciones adversas (erupción cutánea, alteraciones gastrointestinales y hematológicas, etcétera).

En nuestro Servicio, hemos tratado dos casos de toxoplasmosis en zona 1 mediante inyecciones semanales intravítreas de clindamicina (1 mg/0,1 ml) y dexametasona (0,4 mg/0,1 ml), asistidas mediante paracentesis de humor acuoso. En el primero, correspondiente a una mujer embarazada de 30 años, la agudeza visual (AV) mejoró de contar dedos a 1 metro en el ojo izquierdo a 0,2 tras dos inyecciones, en 3 semanas (fig. 1); en el segundo, correspondiente a un varón de 34 años de edad

que presentaba intolerancia oral a sulfamidas, la AV mejoró de movimiento de manos en el ojo derecho a 0,30, tras una única inyección, en un intervalo de tiempo de 15 días (fig. 2). La clindamicina intravítrea se prepara a partir de un vial de fosfato de clindamicina (Clindamicina Combino Pharm EFG): de este vial se toman 0,2 ml y se añaden 2,8 ml de cloruro sódico 0,9%, inyectándose en vítreo 0,1 ml (1 mg/0,1 ml). La dexametasona intravítrea se prepara a partir de un vial de dexametasona (Fortecortin): de este vial se toman directamente 0,1 ml (0,4 mg/0,1 ml).

Diversos autores han propuesto el empleo de inyecciones intravítreas de clindamicina en asociación con dexametasona en casos de toxoplasmosis ocular. La media de inyecciones intravítreas hasta la resolución completa de la coriorretinitis varía según autores; desde 1 inyección<sup>2</sup> a 3 inyecciones<sup>3</sup>, con un intervalo medio entre inyecciones de 2 semanas<sup>2,3</sup>, no encontrándose diferencias en cuanto a resultados entre la terapia oral e intravítrea<sup>2</sup>.

En conclusión, la inyección intravítrea de clindamicina intravítrea (1 mg/0,1 ml) asociada a dexametasona (0,4 mg/0,1 ml) es segura y proporciona de manera rápida buenos resultados constituyendo una alternativa al tratamiento oral, ofreciendo además una mayor comodidad al paciente, y un mejor perfil de seguridad sistémico, reduciendo las visitas de seguimiento y la necesidad de controles hematológicos.