

## 6. TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO OCULAR Y DEL NERVIOS FACIAL, Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

### PARÁLISIS DEL III PAR CRANEAL

Las causas son muy variadas, incluyendo enfermedades del SNC, enfermedades mecánicas, miopatías y enfermedades axonales.

La debilidad o parálisis completa del nervio motor ocular común se manifiesta por ptosis palpebral y desviación lateral externa del ojo.

Si las fibras parasimpáticas han perdido su capacidad funcional, se afecta el movimiento de la pupila con midriasis no reactiva.

Si la ptosis no afecta al área pupilar, no alterará ni la visión ni el campo, y el conductor no tendrá que adoptar posturas compensatorias como la hiperextensión de la cabeza y la elevación de las cejas.

Una ptosis de 4 mm o más se considera grave.

### PARÁLISIS DE LOS PARES CRANEALES IV Y VI

La debilidad del músculo oblicuo superior por afectación del IV par craneal produce una diplopía que es compensada por el paciente inclinando la cabeza hacia el lado opuesto al músculo paralizado.

La debilidad del nervio motor ocular externo o VI par craneal ocasiona un estrabismo interno del ojo paralizado.

### ALTERACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS CONJUGADOS DE LOS OJOS

La coordinación de los ojos en la mirada requiere un perfecto ajuste de los movimientos oculares lentos y rápidos, de los movimientos oculares reflejos, automáticos y voluntarios, y de la dirección por los músculos extraoculares.

Todos los trastornos neurológicos que afecten al SNC, vías o nervios pueden provocar alteración de la mirada conjugada con presencia de nistagmo, estrabismo, diplopía, parálisis de la mirada, etc.

### TRASTORNOS DEL NERVIOS FACIAL

La parálisis facial periférica unilateral de inicio súbito y causa desconocida, llamada parálisis de Bell, puede estar precedida de dolor retroauricular durante unas horas.

El paciente se asusta por la deformidad torcida de media cara hacia el lado sano.



## 6. TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO OCULAR Y DEL NERVIOS FACIAL...

En los casos graves, la hendidura palpebral es amplia y no se puede cerrar el ojo. Puede asociarse hiperacusia muy molesta.

Con frecuencia, se requiere la oclusión temporal del ojo expuesto afectado. La mayoría de los pacientes con parálisis facial de Bell suelen recuperarse en un periodo que va de unos días a los dos meses.

La imposibilidad de cerrar completamente los párpados (lagofthalmos) tiene el riesgo secundario de facilitar una queratopatía por exposición, que cursa con ulceraciones en la córnea capaces de dejar cicatrices alteradoras de la agudeza visual.

Si se establece la debilidad para el cierre del ojo, puede ser necesaria la tarsorrhafia (intervención sencilla que consiste en reducir la apertura de los párpados suturando temporalmente los bordes de los mismos). En casos de parálisis facial permanente o secuelas, puede necesitarse tratamiento neuroquirúrgico.

**Consejo sobre parálisis del III par craneal, parálisis de los pares craneales IV y VI y alteración en los movimientos conjugados de los ojos**

- ▶ La arreflexia pupilar que impide tener la capacidad visual marcada por la ley imposibilita la conducción.
- ▶ Con diplopía no se puede conducir.
- ▶ El paciente que suprime la imagen de uno de los ojos para evitar la diplopía debe ser considerado un conductor monocular en cuanto a la ley, siempre que el proceso esté estabilizado y con un periodo de adaptación mínimo de 6 meses.
- ▶ La aparición de patología en la motilidad ocular obliga a mecanismos de adaptación muy diversos dependiendo de la edad del paciente y el tiempo que haya transcurrido desde el inicio del problema hasta la valoración por el médico.
- ▶ Los adultos que han conseguido adaptarse desarrollan una actividad muy similar a las personas con visión binocular normal. En este momento, la valoración y el juicio médico no son sencillos.
- ▶ Hay que reseñar que estos pacientes compensados que pasan por normales, en periodos de estrés, cansancio, conducción nocturna, con ciertos medicamentos o comidas copiosas, se pueden descompensar, por lo que tienen que ser conscientes de sus limitaciones en estas situaciones.
- ▶ Los médicos deben avisar de este riesgo cuando el paciente sea conductor. Estos consejos son obligatorios en las empresas para todos los conductores profesionales, debiendo ser muy exigentes en el control de estos trabajadores.
- ▶ Los movimientos de los ojos se pueden alterar por ciertos medicamentos como: clordiazepóxido, ácido nalidíxico, diacepam, sulfonamidas, piperacina, quinina, tetraciclina, fenitoína y vitamina A. En estos casos, el paciente debe ser consciente del posible riesgo en la conducción.
- ▶ El médico, ante sospecha de alteraciones de la visión binocular del paciente, debe darle confianza para que no oculte sus síntomas. Debe transmitirle su interés para protegerle a él y a los suyos en la conducción, y explicar en cada caso su problema, para poder aminorarlo y que pueda conducir sin riesgos.
- ▶ Con diplopía o nistagmus, si no se alcanzan los niveles de capacidad visual definidos para cada grupo por ley, no se puede conducir.
- ▶ La corrección quirúrgica de las ptosis anula las limitaciones existentes hasta ese momento en el permiso de conducción.



## 6. TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO OCULAR Y DEL NERVIOS FACIAL...

- ▶ Los profesionales sanitarios deben ejercer un papel primordial en la prevención de la accidentalidad del tráfico en las personas con trastornos visuales. En las poblaciones de riesgo, deben aconsejar la revisión oftalmológica frecuente que permita diagnosticar la enfermedad visual en inicio y poder actuar en consecuencia.
- ▶ En los casos de ansiedad, estrés, conducción nocturna o contra el sol, cansancio físico o mental, sueño, comida copiosa, ingesta de alcohol y tratamiento con algunos medicamentos, la fatiga visual aumenta, al tiempo que la capacidad de adaptación de los pacientes ópticamente compensados se reduce.
- ▶ Los médicos deben explicar al conductor la relación de estas circunstancias con su problema de visión, y recordarle que no beba alcohol.
- ▶ El médico debe estar atento a la posible ocultación y simulación del paciente durante la exploración, haciéndole ver que una valoración errónea puede significar un agravamiento evitable que puede tener repercusión para su salud.

### Consejo sobre trastornos del nervio facial

- ▶ El paciente con parálisis facial periférica unilateral debe hacer reposo los primeros días que se acompañan de gran ansiedad y preocupación, y no se debe conducir.
- ▶ No se puede conducir cuando la hendidura palpebral es amplia y no se puede cerrar el ojo.
- ▶ La oclusión temporal del ojo afectado impide la conducción.
- ▶ La remisión completa del cuadro clínico permite volver a conducir sin restricciones.
- ▶ El conductor con lagofthalmia persistente puede consultar al oftalmólogo su influencia en la capacidad visual, y con el informe emitido, solicitar el permiso de conducción.
- ▶ La corrección quirúrgica del lagofthalmos anula las limitaciones existentes hasta ese momento en el permiso de conducción.

