

# Controversias

---

## Controversias sobre el estrabismo del adulto

Coordinador: Jorge Torres Morón<sup>1</sup>

Panel de expertos: Josep Visa (Barcelona), IMO Barcelona, Hospital Parc Taulí (Sabadell)

Elena Jarrín (Madrid), VISSUM, Hospital Rey Juan Carlos (Mostoles)

Carlos Laria (Alicante), Clínica Baviera (Alicante-Valencia)

Milagros Merchante (Sevilla), Clínica Oftalmológica San Bernardo (Sevilla)

### Introducción

En los últimos años hemos asistido a un cambio radical a la hora de manejar el estrabismo en edad adulta. El asunto ha suscitado interés entre los especialistas y ha generado una producción de publicaciones científicas importante. Que quedó reflejada en nuestra propia revista Acta Estrabológica de 2013 (Vol 1, Enero-Junio) en la monografía de la Dra. Inés Pérez Flores. Así como en mesas redondas e incluso cursos monográficos. Gracias a estos trabajos actualmente estamos lejos de las ideas que afirmaban una diplopía casi garantizada postoperatoria en caso de actuar sobre estrabismos infantiles tratados o no previamente en la edad adulta. Por la supuesta falta de plasticidad para asimilar la nueva situación. Estamos asistiendo a nuevas evidencias sobre la etiología de estrabismos adquiridos en la edad adulta, que antes pensábamos de origen restrictivo o parético, por malposición muscular y alteración de las poleas tendinosas orbitarias que actúan como verdaderos ligamentos suspensorios de los músculos extraoculares y mantiene su posición correcta y de esa manera facilitan su correcta función. Por otro lado no debemos olvidar la gran prevalencia de problemas de visión binocular, fundamentalmente diplópicos en adultos con patologías adquiridas sistémicas, traumatismos, alteraciones neurológicas o de causa yatrogénica que suponen un buen porcentaje de las intervenciones que el estrabólogo sigue haciendo de forma habitual. Por todo ello formularemos unas cuestiones a un grupo de expertos estrabólogos para conocer su opinión y experiencia respecto al diagnóstico y manejo clínico o quirúrgico de estos pacientes.

### Introduction

We have seen a radical change in the clinical management of adult strabismus in the last years. The subject has suscitado an special interest between strabologists and many scientific works have been published, dicussed in monographic forums and round-tables, and also in our journal Acta Estrabologica 2013 (Vol1, Enero-Junio), Dr. Ines Perez Flores published a complete review about this topic. Nowadays we have change our point of view about the past beliefs of binocular diplopia if infantil onset strabismus previously treated or not was treated in adult age. Because of a supposed inabillity of cerebral cortex to adapt. We assist to new evidence about etiology in some types of acquired adult strabismus that previously were supposed paretic or restricive and now we explain with the knowled-

---

<sup>1</sup> Novovisión Madrid, Hospital Sanitas La Moraleja Madrid.

ge of extra ocular muscular (EOM) pulleys function (as a scaffold that allows the right function of EOM) and its pathology. On the other hand we don't have to forget the high prevalence of binocular problems in adults, specially acquired binocular diplopia of different systemic etiologies: post-traumatic, neurologic, or iatrogenic. All of them suppose a significant number of surgical interventions in our daily practice. For all that we ask to a group of expert strabologists to know their opinion and experience about the clinical, diagnostic and therapeutic management of their patients.

**¿Qué porcentaje supone aproximadamente dentro de vuestra actividad quirúrgica el tratamiento de estos pacientes en edad adulta? ¿Usáis cirugía ajustable con mayor frecuencia en estos pacientes?**

*Dr. Carlos Laria*

Habitualmente las cirugías en pacientes adultos suponen un 30-40% de mi cirugía global de estrabismos aproximadamente.

Dependiendo la etiología y características del proceso, puedo usar cirugía ajustable en los pacientes adultos, si bien no considero que en global sea la cirugía más frecuente, condicionado como comento por las características personales de cada caso.

*Dra. Elena Jarrín*

Dentro de mi actividad quirúrgica el estrabismo del adulto supone mucho más de la mitad de los casos, en torno a un 70%, en contraposición a la actividad de consulta. En general mis consultas están compuestas por una gran mayoría de niños, de los cuales muy pocos precisarán tratamiento quirúrgico. Sin embargo, aunque los adultos sean la minoría en la consulta, un porcentaje importante precisará cirugía de estrabismo.

En los adultos, si su patología lo permite y el paciente está de acuerdo, me gusta operar con anestesia tópica y comprobación intraoperatoria, realizando el ajuste en el mismo acto quirúrgico.

*Dr. Josep Visa*

No uso prácticamente nunca suturas ajustables. No tengo evidencia de mejores resultados con ajustables que sin ellas.

*Dra. Mila Merchante*

Para responder a esta pregunta he revisado los datos de las intervenciones de estrabismo que he realizado en los últimos 20 años. Considerando que el paciente adulto es aquel mayor de 18 años de edad (excluyendo por tanto a niños y adolescentes), el 36,5% del total de las cirugías se llevaron a cabo en adultos.

Tras el análisis global, para ver la tendencia a lo largo del tiempo, he agrupado las cirugías en quinquenios y orden cronológico, obteniendo los siguientes porcentajes de cirugías en adultos: 43%, 39%, 31% y 33%.

No realizo cirugía ajustable en ningún tipo de estrabismo a ninguna edad porque los resultados que obtengo sin ella son buenos. Sólo me plantearía realizar cirugía ajustable en el caso de obtener un mal resultado por respuesta inesperada al tratamiento quirúrgico realizado.

**¿Indicáis de manera habitual cirugía en pacientes con estrabismos de origen infantil no previamente tratados? ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en vuestra experiencia?**

*Dr. Carlos Laria*

Normalmente los pacientes adultos no tratados son porque pensaban que no tenían solución, incluso desde un punto de vista estético.

Muchos de estos pacientes son estrabismos parcialmente acomodativos que nunca han valorado la posibilidad de cirugía o que ésta ha sido desestimada en algún momento a lo largo de su vida, o pacientes con componentes verticales o exotropías intermitentes que con el tiempo se han ido descompensado y cada vez son más manifiestos.

Otro porcentaje importante de pacientes no tratados dentro de este grupo son aquellos secundarios a privación, donde por cualquier motivo a lo largo de su vida han perdido la visión de un ojo y progresivamente han ido desviando, hasta que ha llegado el momento donde el componente estético es lo suficientemente evidente para que decidan tratarlo independientemente del componente funcional.

#### ***Dra. Elena Jarrín***

En mi experiencia es frecuente intervenir estrabismos infantiles en adultos, por un lado pacientes con estrabismos estables que desconocían que podían mejorar su situación o que antaño les desaconsejaron cirugía, o descompensaciones de estrabismos infantiles que pasan de ser poco apreciables y subclínicos a ser estéticamente acompanyantes y sintomáticos.

Las endotropías son los estrabismos del adulto más frecuentes en mi práctica habitual, tanto las infantiles como las secundarias a paresias del VI nervio craneal, seguidas de casos restrictivos. En segundo lugar situaría las exotropías, principalmente estrabismos divergentes intermitentes descompensados y exotropías sensoriales. En tercer lugar los estrabismos verticales, mayoritariamente por paresia del IV nervio craneal (congénitos descompensados con mayor frecuencia que agudos crónicos) y los restrictivos causados por miopía o distiroidismo.

#### ***Dr. Josep Visa***

Siempre planteo cirugía en estrabismos de inicio infantil explicándoles bien claramente los objetivos de esta cirugía (reconstruir la situación ocular fisiológica) y la no incidencia de la cirugía en la A.V (pregunta muy frecuente en estos pacientes). En los estrabismos de inicio infantil no tengo datos estadísticos reales pero mi sensación es que hay más exotropías.

#### ***Dra. Mila Merchant***

Sí, indico de manera habitual cirugía en adultos con estrabismos de origen infantil no tratados previamente con cirugía. Lo hago siempre que la desviación sea apreciable y el paciente quiera operarse, o exista diplopía –o una posición anómala de la cabeza muy evidente– con posibilidad de eliminar con tratamiento quirúrgico (como puede ser el caso de una paresia congénita del músculo oblicuo superior descompensada en la edad adulta).

Los tipos más frecuentes de estrabismos de origen infantil no tratados previamente con cirugía que he intervenido son: Exotropías, Endotropías (ambas asociadas o no a alteraciones verticales) y Paresias congénitas del IV par descompensadas en la edad adulta.

#### **¿Indicáis de manera habitual cirugía en pacientes con estrabismos de origen infantil previamente tratados? ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en vuestra experiencia?**

#### ***Dr. Carlos Laria***

Este tipo de pacientes su etiología es mucho más compleja; así, tenemos los siguientes tipos:

- Pacientes con exotropías consecutivas. Normalmente requieren intervención quirúrgica para recuperar uno o ambos rectos medios previamente intervenidos. Estos pacientes durante muchos años han podido ir hipocorregidos en su graduación de hipermetropía y al avanzar en edad, requieren la corrección de dicha hipermetropía y esto hace que sea más evidente la desviación.

- Pacientes con componentes verticales: Muchos de ellos hiperfunciones de oblicuos o DVD descompensadas que con los años se hacen más evidentes y de las cuales no han sido tratadas (solo se intervinieron los componentes horizontales) por mantenerse anteriormente mejor compensadas.

- Pacientes con endotropías parcialmente acomodativas que han optado por el empleo de lentillas o cirugía refractiva y que se hace más evidente los componentes de desviación, que si bien la mayoría de las veces son los mismo que con sus gafas, con las lentillas o tras la cirugía refractiva se hacen más manifiestos al no llevar las monturas que hacían un cierto efecto de enmascaramiento de la situación.

#### ***Dra. Elena Jarrín***

Sí que encuentro un número significativo de casos de recidiva de endotropía o de exotropía en la edad adulta de pacientes intervenidos exitosamente en la infancia, especialmente en caso de ambliopía. El componente sensorial hace que con el tiempo se descompensen estrabismos perfectamente rehabilitados. En otros casos minoritarios son las retricciones postquirúrgicas las responsables de la recidiva.

Otro caso particular con el que nos solemos enfrentar son las exotropías consecutivas, en las que sí que me preocupa el riesgo de diplopía postoperatoria y procuro prevenirla, prevenirla y advertirla con especial cuidado.

#### ***Dr. Josep Visa***

Cuando visito pacientes con estrabismos tratados, antes de ofrecerles cirugía, valoro cuántas cirugías previas ha tenido, prespectivas del paciente respecto a los resultados y, un punto muy importante, el aspecto psicológico del paciente. Hay pacientes exigentes y aunque el resultado sea bueno, no estarán contentos o pacientes que lo primero que te dicen en la visita es lo mal que los ha dejado el compañero. En este grupo es imprescindible tener tiempo para explicarles todo lo que se puede hacer para solucionar su caso, posibles complicaciones, etc.

Los cuadros clínicos más frecuentes son exotropías consecutivas a cirugía de endotropías congénitas y cuadros restrictivos (antielección) postcirugía de estrabismo.

#### ***Dra. Mila Merchante***

Sí, indico de manera habitual cirugía en adultos con estrabismos de origen infantil tratados previamente con cirugía, representando el 30% de las intervenciones de estrabismo realizadas en adultos en los últimos 20 años. Lo hago siempre que la desviación sea apreciable y el paciente quiera operarse.

Los tipos más frecuentes de estrabismos de origen infantil tratados previamente con cirugía que he intervenido son, por orden de frecuencia: Exotropías consecutivas a cirugía de endotropía y Endotropías residuales (ambas asociadas o no a alteraciones verticales).

**¿Creéis indicado la utilización de pruebas especiales para descartar correspondencias retinianas anómalas, tipo adaptación prismática en consulta o en casa? ¿Pensáis que sirven para algo o no? ¿Tenéis muchos casos de correspondencias anómalas en estos pacientes? ¿Cambiaría detectarla preoperatoriamente vuestra indicación de cirugía?**

#### ***Dr. Carlos Laria***

Siempre debería realizarse un estudio de la sensorialidad independientemente de la edad del paciente cuando esta sea posible y la edad y colaboración del paciente lo posibilitem. El estudio de la correspondencia es importante para eliminar el empleo de terapias antisupresivas en pacientes con correspondencias sensoriales anómalas, donde el riesgo de diplopía intratable es muy elevado.

Estos casos de correspondencias sensoriales anómalas son muy frecuentes especialmente en pacientes cuyo estrabismo original era una endotropía congénita o en edades muy tempranas. Por el contrario aquellos casos de exotropías intermitentes descompensadas, normalmente presentan correspondencias sensoriales normales.

Asimismo el conocer el estado de las vergencias fusionales y/o estereopsis es fundamental para poder evaluar el posible resultado de la cirugía.

Los test de adaptación prismáticas también son útiles antes de la cirugía en aquellos pacientes cuya corrección total parece condicionar inicialmente una diplopía, para valorar su posible adaptación o modificar nuestra indicación quirúrgica.

#### *Dra. Elena Jarrín*

Pruebo prismas en la consulta para valorar la posibilidad de diplopía. Si el paciente no ve doble con la medida elegida para la corrección realizo la cirugía según lo planeado, si es posible con anestesia tópica y compruebo intraoperatoriamente el cover y la ausencia de diplopía. Este es el escenario que me encuentro en la gran mayoría de los casos, y de momento no me ha ocurrido que el paciente vea doble en el postoperatorio.

Si en la adaptación con prismas en consulta el paciente ve doble pruebo la máxima corrección prismática que tolera sin diplopía. Si puedo operar con anestesia tópica, calculo un poco más de lo tolerado y ajusto según la comprobación intraoperatoria. Me he encontrado que es frecuente que el paciente tolere intraoperatoriamente más de lo que toleraba en consulta, aunque no tanto como la medida del cover. Si fuera preciso realizar anestesia local o general me ciño a la medida en consulta sin diplopía y le ofrezco una segunda cirugía si en el futuro la tolera y no está satisfecho con el resultado (en mi experiencia no suele ser necesaria).

Por tanto, me parece una prueba sencilla y útil. Es cierto que la posibilidad de diplopía es remota, por lo que entiendo que a muchos expertos les parezca innecesaria, pero dada su sencillez a mí me gusta realizar esta comprobación y me da tranquilidad.

#### *Dr. Josep Visa*

Solo exploro con la barra de prisma la presencia de diplopía. Es decir, apunto en la historia clínica a que potencia el paciente refiere visión doble, pero no cambio mi planteamiento

quirúrgico. Junto con la Dra. Wert hemos presentado nuestros casos de estrabismo del adulto (125) y solo tenemos diplopía postoperatoria en un 0,8%, cifra que coincide con otras series publicadas.

#### *Dra. Mila Merchant*

Salvo en casos puntuales, no creo indicado la utilización de pruebas especiales para descartar correspondencias retinianas anómalas. Pienso que no sirven para mucho.

Sí, tengo muchos casos de correspondencias retinianas anómalas en pacientes adultos con estrabismo: Aunque en los estrabismos adquiridos y en los estrabismos infantiles descompensados en la edad adulta, la correspondencia suele ser normal; en el resto de estrabismos de origen infantil (previamente operados o no), la correspondencia suele ser anómala.

En líneas generales, no cambia mi indicación quirúrgica en función de que exista correspondencia retiniana anómala o normal; sí quizás algo el protocolo quirúrgico (siendo más o menos prudente con las cifras a realizar).

**¿En pacientes con diplopía binocular por alteraciones adquiridas de cualquier origen, que normas generales seguís para indicar el tratamiento adecuado tanto médico como quirúrgico (observación, refracción, prismas, toxina o cirugía)?**

#### *Dr. Carlos Laria*

Lo primero siempre es buscar la causa de esa diplopía y descartar con la tecnología existente y en ocasiones con la colaboración multidisciplinar la existencia de cualquier proceso a nivel neurológico, vascular, tumoral, etc.

Una vez descartado y/o conocida la causa de dicha diplopía es cuando procederemos a realizar un diagnóstico oftalmológico completo y valoraremos la evolución en los primeros meses. Así, en el caso de que la etiología sea traumática o tras parálisis, la evolución hacia

aumento de la desviación por contracturas de los músculos puede hacer que la toxina botulínica sea una buena alternativa para acelerar y facilitar la recuperación, pues no optaremos por una actitud de cirugía convencional hasta valorar la estabilidad del proceso pasados más de 6 meses.

Los prismas pueden ser una alternativa cuando la desviación residual es muy pequeña y no es posible compensarla, pues la colocación de prismas no facilita la recuperación, por lo que inicialmente no es una opción que maneje para empleo continuo y como mucho ocasionalmente. Además los prismas elevados son muy difícilmente tolerables, además de que dada la variabilidad del proceso en estas primeras fases, no lo considero una opción. Reitero que sí puede ser útil tras pequeñas desviaciones residuales estables que no requieran cirugía o que el paciente no desee afrontarla.

#### ***Dra. Elena Jarrín***

Ante un paciente con diplopía es imprescindible una correcta refracción y comprobar que la diplopía no se corrija al adaptarla.

Si la diplopía es aguda, mientras se estudia la causa el primer mes observo la evolución. Si el paciente refiere mejoría y no presenta una diplopía invalidante sigo observando. Si el paciente no mejora y en la medición prismática tampoco se aprecia una mejoría objetiva, en función de la etiología, valoro la posibilidad de mejoría con toxina botulínica o prismas y le explico al paciente sus ventajas e inconvenientes para que decida. Le informo de que a largo plazo si la diplopía es de gran magnitud puede ser necesaria la cirugía de estrabismo.

Si la diplopía es de largo tiempo de evolución y de pequeña magnitud, me inclino por adaptar prismas. En medidas de más de 10 DP prefiero cirugía de estrabismo. En casos de descompensaciones de estrabismos crónicos de poco tiempo de evolución puede ser útil la toxina botulínica, explicando al paciente que hay riesgo de que la mejoría sea transitoria.

#### ***Dr. Josep Visa***

En los casos con diplopía pero que se controla con una pequeña torticolis (poco evidente) hago seguimiento sin cirugía.

Si el ángulo es pequeño uso prismas, primero press-on y si son tolerados los prescribo definitivos.

La toxina solo la uso en parálisis del VI y III nervio craneales para evitar contracturas y en estrabismos restrictivos tiroideos en la fase aguda. Tengo buenos resultados en parálisis del III nervio aunque su indicación no está muy aceptada.

La cirugía la indico cuando el ángulo es más grande o cuando me han fallado los tratamientos anteriores

Si antes de la cirugía no puede conseguir controlar la diplopia (el paciente es incapaz de fusionar) realizo penalizaciones ya sea refractivas o con filtros opacos.

#### ***Dra. Mila Merchant***

En principio, observación. En breve, si la evolución no es hacia la resolución, me planteo infiltrar toxina botulínica (habitualmente sólo en las parálisis del VI par). Y, posteriormente, cuando la etiología está controlada o resuelta y existe una estabilidad en la evolución, paso a la cirugía. Sólo me planteo los prismas en desviaciones pequeñas muy comitantes, especialmente en personas de avanzada edad.

**¿Pensáis que la cirugía del estrabismo en adultos es funcional, cosmética, reconstructiva; o todas ellas a la vez?  
¿Tenéis pacientes satisfechos o arrepentidos del tratamiento en mayor o menor medida?**

#### ***Dr. Carlos Laria***

La contestación a esta pregunta depende claramente de la etiología del proceso. Así, en aquellos pacientes donde la causa ha sido una parálisis o un traumatismo con una diplopía, el

resultado que se busca no es el estético sino el funcional, al menos en los campos más importantes de la mirada.

Por el contrario cuando el proceso se debe a una desviación residual, consecutiva o por privación sensorial, el componente que se busca es estético.

La mayoría de los pacientes están satisfechos y en un amplio porcentaje hubieran deseado haber acometido antes la cirugía tras evaluar los resultados, si bien creo que la satisfacción del paciente es consecuencia de un abordaje realista de su situación, así como de un planteamiento lo más claro posible y por supuesto verídico de su situación. El paciente debe saber a lo que se enfrenta y sus posibilidades sin falsos optimismos. Cuando un paciente afronta una cirugía sabiendo de su complejidad y las posibilidades de que queden desviación residuales y/o requiera nuevas intervenciones, el resultado no le sorprende; Por el contrario, cuando afronta una cirugía buscando una perfección en casos donde dicha situación no es factible, el resultado siempre será insatisfactorio por el paciente. Por ello creo que la clave está siempre en un explicación realista de su situación, explicando las posibles evoluciones y alternativas de dicho proceso quirúrgico.

#### ***Dra. Elena Jarrín***

En mi opinión, todas ellas a la vez. Quizás el calificativo más apropiado es reconstructiva, que engloba la parte estética y la funcional, intentamos conseguir que el paciente alcance el equilibrio fisiológico en su sistema oculomotor que le permita el mejor funcionamiento sensorial.

La inmensa mayoría de los pacientes están muy satisfechos con el tratamiento, y su satisfacción aumenta con el tiempo, al irse acostumbrando a la nueva situación de su sistema oculomotor.

En mi experiencia, los peores resultados son con pacientes con diplopías crónicas, con muy poca capacidad de fusión, en los que las medidas son muy variables. En algunos casos no conseguimos alcanzar el punto de fusión en todas las distancias y circunstancias ni con pris-

mas ni con cirugía y el paciente se encuentra decepcionado por seguir viendo doble, aunque la magnitud sea menor. Es muy importante que el paciente tenga claras las expectativas en estos casos y que necesitará tiempo para adaptarse.

#### ***Dr. Josep Visa***

La cirugía en estos pacientes es funcional si somos capaces de eliminar la diplopía y es reconstructiva porque nuestro objetivo es colocar los ojos como tienen que estar anatómicamente hablando y conseguir en algunos pacientes, visión binocular por lo que el término estética tiene que desaparecer en nuestra práctica.

En cuanto a la satisfacción del paciente no he tenido ningún paciente que haya estado arrepentido de la cirugía. Incluso el paciente con diplopía de larga duración (8-9 meses) no quiso reoperarse.

#### ***Dra. Mila Merchant***

Considero que la cirugía de estrabismo es funcional en aquellos casos en los que, además de normalizar la apariencia del paciente con un alineamiento de los ojos, existe posibilidad de recuperar la visión binocular normal. Así, en los adultos con estrabismos adquiridos o estrabismos infantiles descompensados, la cirugía es casi siempre funcional.

Considero que la cirugía de estrabismo es «para mejorar la imagen» del paciente cuando no existen opciones de recuperar dicha visión binocular normal; sino que el objetivo, no menos importante (dadas sus repercusiones a nivel psicológico, personal y social), es conseguir «mejorar la apariencia» del paciente con un mejor alineamiento de sus ojos y, en el mejor de los casos, cierta visión binocular no normal. Así, en los adultos con estrabismos infantiles (operados o no previamente), la cirugía es casi siempre «para mejorar la apariencia» del paciente.

No considero correctos los términos «cirugía estética» y menos aún «cirugía cosmética» para referirse, en ningún caso, a la cirugía del

estrabismo. Y «cirugía reconstructiva» tampoco me parece el término ideal; posiblemente exista alguno más apropiado.

Hasta el momento presente, casi la totalidad de los pacientes están satisfechos con la ciru-

gía. Creo recordar algún paciente que en su día decía no estar satisfecho; pero, tras proponerle volver a la situación inicial respondió que «ni loco», por lo que plenamente satisfecho puede no estar, pero arrepentido, tampoco.

## Conclusiones

Respecto a la primera cuestión, la Dra Jarrín refiere hasta 70% de cirugía de adultos, los doctores Laria y Merchante entre 30 y 40%, el Dr Visa no especifica. Salvo la Dra Jarrín que emplea ajustables siempre que puede con ajuste intraoperatorio el resto de expertos no lo hacen nunca o solo muy ocasionalmente. En mi experiencia vienen a ser un 40% del total de cirugías realizadas. Solo ocasionalmente realizo tónica con ajuste intraoperatorio, fundamentalmente en casos con diplopías en las que puede merecer la pena comprobar en quirófano.

Parece que todos los expertos indican con frecuencia cirugía en pacientes adultos con estrabismo infantil previamente no tratado. Fundamentalmente exotropías, endotropías y patología del cuarto par, por frecuencia parecen tratar más casos de exotropía los Dres. Visa y Merchante y de endotropía los Dres. Jarrín y Laria. En mi experiencia coincido en que los horizontales y la patología del cuarto par asociada a ellos o aislada es lo más común y tal vez algo más frecuentes exotropías, seguidas de 4.º par craneal y por último endotropías.

Los pacientes previamente tratados que acuden por descompensación o mal resultado desde la cirugía o cirugías iniciales, sí que parece que la tendencia es a ofrecer cirugía, valorando siempre las intervenciones previas siempre que sea posible para determinar el pronóstico, muy importante es valorar el estatus psicológico del paciente y dejar claras las expectativas reales, como indica el Dr. Visa. Por incidencia son estrabismos frecuentes, la Dra. Merchante en su serie estima que alrededor del 30% de cirugía de estrabismo del adulto. Por tipo de estrabismo las exotropías consecutivas y las endotropías residuales son frecuentes, así como problemas restrictivos secundarios a las cirugías previas de tipo horizontal y vertical. En mi experiencia representan más de la mitad de los estrabismos primarios tratados en el adulto y son más frecuentes que los no tratados con anterioridad; me encuentro sobre todo exotropías consecutivas, y alteraciones restrictivas secundarias a las intervenciones previas (horizontales y verticales) con más frecuencia.

Respecto a la posibilidad de diplopía prolongada tras corrección todos los expertos y yo mismo coincidimos en que es excepcional, el Dr. Visa estima en su serie 0,8% similar a la reflejada en otras series, también refieren que es de utilidad comprobar con prismas preoperatoriamente en consulta, y las Dras. Jarrín y Merchante en ocasiones sí que ajustan el ángulo objetivo si el paciente con una correspondencia anómala (CRA) no tolera el ángulo total sin diplopía. Hay consenso que es más rentable evaluar la presencia o no de diplopía subjetiva por parte del paciente al corregir la desviación que hacer un estudio sensorial a fondo para comprobar la presencia de CRA, aunque como indica la Dra. Jarrín que emplea el ajuste intraoperatorio muchas veces el ángulo que se puede corregir quirúrgicamente es mayor que lo que indicaban los prismas en consulta.

Total consenso entre los expertos en el manejo de los pacientes con diplopía, en ángulos pequeños o pacientes muy mayores la terapia con prismas puede ser eficaz, siempre que la desviación esté estabilizada. La toxina botulínica es útil en casos agudos severos o de no muy larga evolución, especialmente en parálisis completas y parciales. Finalmente la cirugía se indica en aquellos casos que tras un tiempo de observación no terminan de compensar y los ángulos de desviación contra-indican el empleo de prismas. Importante la reseña de la Dra. Jarrín indicando que se debe com-

probar la refracción en «todos» estos pacientes ya que en ocasiones ajustándola pueden mejorar si son forias descompensadas. Parece importante el control del ángulo de forma periódica, para saber el momento adecuado para tratar y diferenciar los pacientes que van a resolverse sin tratamiento de aquellos que no. El Dr. Laria enfatiza en un aspecto importante que es la indicación de pruebas complementarias para hallar la causa en algunos de estos pacientes.

Finalmente destacar que la corrección del estrabismo en pacientes adultos sin duda es beneficiosa en aspectos funcionales ocasionalmente, pero generalmente tiene una repercusión positiva en su calidad de vida, por motivos estéticos y fundamentalmente psicológicos.

Excepcionalmente tendremos pacientes insatisfechos, siempre que las expectativas que hemos generado y transmitido a estos son las reales suelen quedar conformes. Incluso algunos pacientes con diplopías persistentes sin llegar a estar completamente satisfechos rechazan reintervenirse para volver a la situación previa porque valoran la mejoría que les supone la parte «no funcional», además muchos de ellos ya tenían una percepción diplópica previa al tratamiento nuestro y nosotros solamente hemos modificado la posición de la doble imagen que generalmente el paciente termina compensando mediante supresión de uno de los dos ojos.

En resumen, parece claro que la corrección del problema en estos pacientes parece útil y segura; y no cabe duda que se debe ofrecer tratamiento en casi todos los casos ya que el grado de satisfacción es elevado tras el tratamiento en un alto porcentaje de las ocasiones.