

Controversias

Controversias en Estrabismo y Cirugía Refractiva

Coordinadora: Laura Cabrejas Martínez¹

Panel de expertos: Dr. Ignacio Jiménez Alfaro²

Dr. Jorge García³

Dra. Rosario Gómez de Liaño⁴

Dr. Valentín Jiménez⁵

Dr. José María Rodríguez del Valle⁶

Resumen

En este trabajo se aborda un tema de máxima actualidad: el estrabismo y la cirugía refractiva y/o de cataratas. Recogemos las opiniones de las cuestiones más controvertidas de algunos expertos tanto en el ámbito de la cirugía refractiva como del estrabismo.

ESTRABISMO Y CIRUGIA REFRACTIVA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL EXPERTO EN CIRUGIA REFRACTIVA

Cirugía refractiva en paciente con estrabismo

¿Operaría a un paciente con estrabismo de cirugía refractiva?

Dr. Ignacio Jiménez-Alfaro

En principio no. Creo que la cirugía refractiva, en cuanto cirugía electiva y de resultados, solo debe realizarse si se cumplen unos criterios de normalidad del aparato visual y si pueden ex-

cluirse determinados riesgos. Y la posibilidad, aunque poco frecuente, de descompensación y diplopía tras cirugía refractiva es una complicación muy frustrante que no justifica, en mi opinión, el riesgo. En nuestra exploración rutinaria previa a la selección de candidatos incluimos el estudio de la motilidad ocular, el cover test, las luces de Worth como test de fusión, y la estereopsis. Cualquier alteración de la motilidad y del cover test excluye, en nuestro criterio, la realización de cirugía refractiva.

Dr. Jorge García

Sí, sólo en casos seleccionados

¹ MD, PhD, FEBO. Médico adjunto Oftalmología HU Fundación Jiménez Díaz, Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo. Profesora Asociada Oftalmología Universidad Europea de Madrid.

² MD, PhD. Jefe de Servicio de Oftalmología. Fundación Jiménez Díaz. Jefe del Departamento de Oftalmología. Hospitales Públicos QuirónSalud. Jefe de Servicio de Oftalmología. Hospital Ruber Juan Bravo. Profesor Titular de Oftalmología de la Universidad Autónoma Madrid.

³ MD, PhD. Oftalmólogo especialista en segmento anterior y cirugía refractiva en Clínica Rementería.

⁴ MD, PhD, Encargada de la Unidad de Motilidad Ocular del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Profesor Titular de Oftalmología de la Universidad Complutense de Madrid

⁵ MD. Oftalmólogo especialista en estrabismo y cirugía refractiva en Clínica Baviera.

⁶ MD, FEA Oftalmología HU Ramón y Cajal. Clínica Dr. Rodríguez

Dr. Valentín Jiménez

En general la respuesta es SI. El estrabismo no lo considero una contraindicación absoluta para cirugía refractiva. ¿Por qué no operar a un paciente con estrabismo? Las dos causas serían la descompensación del estrabismo y la aparición de diplopía. Esto es raro que ocurra en general, aunque más adelante veremos los casos en que el riesgo es mayor y la cirugía estará contraindicada

¿En qué casos lo haría?

Dr. Ignacio Jiménez-Alfaro

Desde un punto de vista teórico podría plantearse en casos muy seleccionados, compensados, sin ametropías o anisometropías elevadas, con buena visión binocular y advirtiéndolo no obstante del riesgo de descompensación a pesar de realizar una cirugía especialmente cuidadosa.

Para ello sería fundamental realizar una buena exploración preoperatoria, evaluar la refracción del paciente y la motilidad ocular con su gafa, la refracción manifiesta y la refracción bajo cicloplejia, y siempre descartar que en la gafa no haya una hiper/hipo corrección refractiva con la que el estrabismo esté compensado, o incluso prismas, hecho no siempre conocido previamente por el paciente. Del mismo modo, sería muy útil comprobar la motilidad ocular y la visión binocular con lentes de contacto con la refracción que vamos a corregir en la cirugía refractiva.

Pero insisto de nuevo, el riesgo de descompensación o diplopía es una complicación que, aunque poco probable, no justifica en mi opinión la realización de la cirugía.

Dr. Jorge García

Aquellos pacientes con estrabismo bien controlado con gafas o lentes de contacto, con bajas ametropías e intentando evitar anisome-

tropías importantes. En estos casos hay que ser especialmente cuidadoso en la refracción manifiesta y ciclopléjica, así como llevar a cabo una técnica quirúrgica exquisita, evitando flaps o zonas ópticas descentradas que pudieran llevar a una descompensación postquirúrgica del estrabismo

¿En caso de cirugía conviene tener en cuenta alguna consideración especial?.

Dr. Ignacio Jiménez-Alfaro

Si se optara por intervenir, lo más importante sería explicar adecuadamente el procedimiento, valorando riesgos y beneficios y haciendo hincapié en el riesgo de descompensación y de diplopía, que puede precisar un tratamiento posterior del estrabismo.

Durante la cirugía habría que ser especialmente cuidadosos evitando zonas ópticas descentradas que puedan favorecer que se descompense el estrabismo.

También se intentará evitar la cirugía de monovisión en estos casos, ya que al inducir una reducción de la estereopsis hay más riesgo de descompensación.

Dr. Jorge García

Aparte de las comentadas en el apartado anterior, es muy importante una explicación detallada al paciente de riesgos/beneficios de la cirugía, y la posibilidad de tener que precisar tratamiento postquirúrgico (que puede incluir cirugía) para tratar una posible diplopía.

En casos dudosos puede ayudar preoperatoriamente hacer prueba con lentes de contacto, ya que esta situación suele remedar bastante el resultado postquirúrgico

Dr. Valentín Jiménez

Voy a responder a estas dos preguntas (1.1.2 y 1.1.3) de forma conjunta.

En relación con la primera respuesta, para mí sería mejor decir cuando **NO** haría cirugía refractiva y en que casos habrá que realizar exploración preoperatoria más detallada para decidir si operar o no.

Las causas de diplopía tras cirugía refractiva más importantes son:

- Diplopía previa y el paciente lleva prisma en gafa que nos pasa inadvertido. Por tanto, es importante hacer una buena anamnesis.
- Descompensación de un estrabismo
- Visión combinada
- Anisometropías no corregidas, que pueden dar lugar a aniseiconia o presentar alteración del mecanismo central de fusión.
- Inversión de la dominancia

Los estrabismos que pueden descompensarse más fácilmente son:

- Estrabismos convergentes con hipermetropías altas que pueden quedar hipocorregidas o regresar con el tiempo
- Exotropías compensadas con hipocorrección hipermetrópica
- Exotropías compensadas con hipercorrección miópica
- Parálisis del IV par de fácil disociación y con visión binocular inestable

Por tanto, es **imprescindible explorar la motilidad y la visión binocular con la graduación que vamos a corregir con la cirugía**. Si la diferencia con la graduación del paciente es grande, sobre todo si tiene una anisometropía no corregida o hipocorregida, haremos una **prueba con lente de contacto**. El paciente portará las lentes de contacto con la graduación correcta durante unos días y le exploraremos con las lentes de contacto.

Si el paciente no tiene diplopía ni cambio en el estrabismo, indicaremos la cirugía refractiva.

Si el paciente presenta diplopía con las lentes de contacto, no estará indicada la cirugía refractiva.

Si el paciente no refiere diplopía, pero presenta un empeoramiento del estrabismo, ad-

vertiremos al paciente de que tras la cirugía refractiva con mucha probabilidad aumentará su estrabismo y precisará una cirugía de estrabismo para corregirlo.

Un caso particular es la **visión combinada o monovisión**. Todos los pacientes a los que se les hace visión combinada tendrán una disminución de la estereopsis, que en la mayoría no tiene repercusión clínica. En los pacientes con estrabismo, pueden presentar diplopía ya que obligamos a fijar de cerca con el ojo no dominante. Muchos de los casos descritos en la literatura con diplopía tras cirugía refractiva, son pacientes con parálisis del IV par con miopía en un ojo, ya sea por monovisión o de forma no intencionada. Cuando el ojo parético fija de cerca aumenta la desviación (desviación secundaria) y entonces se sobrepasa la amplitud fusional del paciente y aparece la diplopía.

Cirugía de cataratas en paciente con estrabismo

¿Alguna consideración (ojo a para empezar a operar etc...) previa a la cirugía?

Dr. Ignacio Jiménez Alfaro

Una vez más, lo importante es explicar al paciente la posibilidad de descompensación al variar su situación refractiva, con la consiguiente necesidad de tratamiento posterior de su estrabismo.

Quizás la única recomendación adicional sería comenzar, si la situación visual lo permite, por el ojo dominante, para intentar reducir así el riesgo de diplopía postoperatoria.

Dr. Jorge García

Explicar detenidamente al paciente que puede desarrollar una diplopía postquirúrgica difícil de tratar, lo cual puede precisar tratamientos específicos (incluida la cirugía). Los estrabismos divergentes suelen tener mejor pronóstico en este sentido.

Empezar por ojo dominante.

Dr. Valentín Jiménez

Lo ideal sería operar primero el ojo dominante. Sin embargo, tanto el paciente como el cirujano suelen preferir operar primero el ojo no dominante. En este caso, recomiendo que el paciente continúe usando su gafa hasta la cirugía del segundo ojo. Con ello penalizamos el ojo operado y evitamos la inversión de la dominancia. Deberemos dejar pocos días de intervalo entre la cirugía de ambos ojos.

***¿Qué tipo de lente intraocular elige?
¿implanta lentes multifocales en pacientes con estrabismo? ¿Implanta lentes de rango extendido en estos pacientes? ¿Considera cirugía con «monovisión» para estos pacientes?.***

Dr. Ignacio Jiménez Alfaro

Al igual que con la cirugía refractiva, considero el implante de lentes multifocales sólo cuando hay normalidad del aparato visual. Por ello, en pacientes con estrabismo, mi recomendación también es emplear lentes monofocales. Quizás en algunos pacientes con estrabismos muy seleccionados y bien compensados con refracción, se podría plantear el uso de lentes multifocales, explicando previamente el riesgo aumentado de diplopía y descompensación del estrabismo. Con respecto a las lentes de rango extendido, mi experiencia personal así como la experiencia en pacientes con estrabismo es limitada.

En cuanto a la monovisión, no suele ser recomendable, dado el riesgo aumentado de descompensación al reducir la estereopsis que ya de por sí suelen tener reducida muchos de los pacientes con estrabismo.

Dr. Jorge García

Mi LIO de elección es la LIO monofocal. Todo lo que sea no crear en la retina la imagen más nítida posible puede llevar a una descompensación y diplopía postquirúrgicas.

En cuanto a la monovisión, no suelo considerarla dada la frágil fusión que presentan estos pacientes, viéndose claramente comprometida esta fusión al dejar un defecto refractivo miópico en un ojo, lo que llevaría a un más que probable problema de visión binocular. No obstante, hay casos de leves forias o tropias que pueden tolerar una micromonovisión (no más de -1.25 D en ojo no dominante). En estos casos considero importante prueba con lente de contacto previa a la cirugía, siempre que la catarata no esté lo suficientemente evolucionada como para no poder sacar conclusiones fiables.

Dr. Valentín Jiménez

El hecho de tener estrabismo no es un condicionante fundamental a la hora de elegir el tipo de lente. Me influye más la actividad del paciente, el tipo de graduación, el estado de la retina etc.

No me parece una contraindicación para implantar **lentes multifocales**. En 2017, en el congreso de la SEEOP celebrado en León, presenté un estudio con 29 pacientes con estrabismo convergente e hipermetropía operados mediante lensectomía e implante de lente intraocular multifocal. Ninguno de ellos presentó diplopía postquirúrgica, ni cambio significativo en el estrabismo y la satisfacción de los pacientes era igual a la de pacientes sin estrabismo operados con lente multifocal.

Todavía no tengo experiencia con **lentes de rango extendido** en pacientes con estrabismo, pero la idea sería la misma que con las lentes multifocales.

El tema de la **monovisión** ya lo he comentado en parte antes. Salvo algún caso excepcional no realizo monovisión en pacientes con estrabismo. Si el paciente presenta un estrabismo con un ojo claramente dominante, en la mayoría de los casos el ojo dominante será también fijador de cerca y la monovisión no será útil. Si el paciente fija de cerca con el ojo no dominante, entonces puede aparecer diplopía por cambio de dominancia. Contraindicación absoluta será hacer monovisión en pacientes con parálisis del IV par, ya que en estos casos la aparición de diplopía será la norma.

Ambliopia y cirugía de catarata

¿Qué ojo operaría primero?

Dr. Ignacio Jiménez Alfaro

También si la situación lo permite, el ojo dominante o el menos ambliope.

Dr. Jorge García

El ojo no ambliope o menos ambliope.

Dr. Valentín Jiménez

Como ya he comentado antes, lo ideal sería operar primero el ojo dominante para no tener riesgo de inversión de la dominancia. Si el paciente y el cirujano prefieren operar primero el ojo ambliope, deberá continuar con su corrección hasta la cirugía del ojo dominante. Así el ojo dominante seguirá con la mejor visión posible y el ojo ambliope estará penalizado al no llevar la graduación correcta.

¿Considera indicadas las lentes multifocales en estos pacientes?

Dr. Ignacio Jiménez Alfaro

Habitualmente también en pacientes ambliopes recomendamos lentes monofocales. Las lentes multifocales funcionan mucho mejor cuando el implante es bilateral y con buena visión en ambos ojos.

Una vez más se podría plantear en casos de ambliopías leves, advirtiendo previamente el pronóstico visual incierto, la posibilidad de reducción de sensibilidad al contraste y que las lentes multifocales no eximen de la posibilidad de necesitar gafa de apoyo en algunas circunstancias.

Dr. Jorge García Pérez

Sólo en casos de ambliopías leves. AV mayor o igual a 0.8, advirtiendo posibilidad de notar pér-

didada de sensibilidad al contraste y precisar gafas de apoyo para cerca en determinadas situaciones.

Dr. Valentín Jiménez

El uso de lentes multifocales, en mi opinión, dependerá del grado de ambliopía. No indico lente multifocal si la agudeza visual del ojo ambliope es menor de 0.5. En estos casos indico lente monofocal en ambos ojos y gafa de cerca. En el estudio previamente comentado de 2017, había 11 ojos con agudeza visual entre 0.5 y 0.7 y ninguno perdió líneas de visión.

¿Alguna consideración refractiva a tener en cuenta?

Dr. Ignacio Jiménez Alfaro

En ojos con gran anisometropía previa empezar por el ojo dominante y considerar dejar defecto miópico residual en ojo ambliope. Si la catarata no está muy avanzada, valorar situación sensorial mediante lente de contacto.

Con relativa frecuencia encontramos pacientes con gran anisometropía y cataratas hiper maduras en el ojo ambliope. En estos casos conviene comentar los riesgos/beneficios con el paciente y advertir especialmente del pronóstico visual incierto (si es una ambliopía anisométrica profunda) y el riesgo de diplopía.

Dr. Jorge García Pérez

En ojos con gran anisometropía previa considerar dejar defecto miópico residual en ojo ambliope.

Dr. Valentín Jiménez

En cuanto a la ambliopía me gustaría comentar dos aspectos con respecto a la ambliopía anisométrica. Si el paciente nunca ha llevado la graduación correcta en el ojo ambliope, siempre debemos hacer prueba con lente de contacto previa a la cirugía. Si la catarata está tan avanzada que la prueba con lente de contacto no es

fiable, en este caso operar siempre primero el ojo dominante. Otro punto a mencionar es que estos ojos con ambliopía anisométrica, sobre todo miópica, muchas veces ganan líneas de agudeza visual tras el implante de lentes intraoculares, tanto fáquicas como seudofáquicas.

ESTRABISMO Y CIRUGIA REFRACTIVA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL EXPERTO EN ESTRABISMO

¿Tiene casos de diplopía tras cirugía refractiva/catarata?

Dr. Valentín Jiménez

Sí, aunque poco frecuentes, con respecto al número de cirugías que se realizan.

Dra. Rosario Gómez de Liaño

SI pero hace unos años cuando se hacia mas refractiva sin pensar en la diplopía creo que tenia más. Ahora encuentro alguno con diplopía, pero mas gente molesta por problemas binoculares previos o sobreañadidos por la refracción residual y otros por hipercorrecciones de miopes que aparecen con el tiempo con cambios cristalinos (alguna puede ser hipercorrecciones desde el principio pero la edad lo manifiesta).

Dr. José María Rodríguez del Valle

Para entender por qué se produce la diplopía hay que saber que la situación binocular ideal es la capacidad de fusión de las imágenes de los dos ojos. En ausencia de fusión, lo deseable es una adecuada capacidad de supresión que impida la diplopía.

El problema ocurre con los pacientes que ni fusionan, ni suprimen pero que no tienen diplopía previamente porque la ambliopía añadido a un defecto refractivo no corregido permiten una «falsa supresión», también algunos microestrabismos con una clara dominancia de un ojo y

ciertos estrabismos latentes que se mantienen compensados gracias a la amplitud fusional.

En su experiencia, ¿en qué tipo de pacientes encuentra con más frecuencia diplopía tras cirugía refractiva/cristalino?

Dr. Valentín Jiménez

En mi experiencia, lo más frecuente son pacientes anisométricos que no van bien corregidos o que no han ido nunca corregidos y son operados de cirugía refractiva, mediante láser, lente fáquica, cirugía de cristalino transparente o de catarata. Estos pacientes tienen un riesgo alto de aparición de diplopía tras la cirugía y se debería hacer siempre una prueba con lente de contacto previa a la cirugía.

Caso particular dentro de las anisometropías serían pacientes afáquicos de larga evolución a los que se les realiza un implante secundario, en los que el riesgo de diplopía es muy alto.

En segundo lugar, pondría pacientes con catarata unilateral de muy larga evolución, con visión muy baja en el ojo de la catarata de muchos años de evolución, y más si en la exploración encontramos estrabismo. Estos pacientes tienen también un riesgo muy alto de diplopía postquirúrgica.

En tercer lugar, pacientes con parálisis de IV par a los que se realiza monovisión casi todos presentan diplopía. En la gran mayoría el diagnóstico había pasado inadvertido en la exploración preoperatoria. Insistir, por tanto, en la importancia de una exploración de la motilidad en todos los casos, pero más aún en los pacientes a los que se realiza monovisión.

Pacientes hipermetropes, operados de estrabismo convergente en la infancia y con exotropía consecutiva, que van hipocorregidos de la hipermetropía para compensar la exotropía. Tengo algún paciente de estas características en los que el estrabismo ha empeorado tras la cirugía de la hipermetropía, aunque no han tenido diplopía. Vuelvo a insistir en la importancia de explorar al paciente con la graduación que vamos a corregir con la cirugía.

Dra. Rosario Gómez de Liaño

Miopes magnos, grandes anisometropes, también encuentro mayor estrabismo en hipermetropes operados con cirugía corneal y los psicológicamente raritos.

Dr. José María Rodríguez del Valle

El mayor riesgo de visión doble post-operatoria lo hemos visto en pacientes con:

Ambliopía anisométrica no tratada en la infancia, que no han llevado la corrección óptica en el ojo ambliope o que la han tenido que llevar hipocorregida por no tolerarla.

Microestrabismos con ambliopía o con una clara dominancia de uno de los ojos (tienen el escotoma de supresión en un ojo más marcado que en el otro). Un cambio en la dominancia o una variación del estrabismo puede levantar el escotoma de supresión (por profundidad o localización).

Estrabismos latentes o forias, en los que una reducción de la amplitud fusional, inducida por los cambios sensoriales de la cirugía, puede provocar una descompensación del estrabismo.

¿Considera indicadas las lentes multifocales en pacientes con estrabismo? ¿Y las lentes de «rango extendido»?

Dr. Valentín Jiménez

El hecho de tener estrabismo no es un condicionante fundamental a la hora de elegir el tipo de lente. Me influye más la actividad del paciente, el tipo de graduación, el estado de la retina etc.

No me parece una contraindicación para implantar **lentes multifocales**. En 2017, en el congreso de la SEEOP celebrado en León, presenté un estudio con 29 pacientes con estrabismo convergente e hipermetropía operados mediante lensectomía e implante de lente intraocular multifocal. Ninguno de ellos presentó diplopía postquirúrgica, ni cambio significativo en el estrabismo y la satisfacción de los pacientes era

igual a la de pacientes sin estrabismo operados con lente multifocal.

Todavía no tengo experiencia con **lentes de rango extendido** en pacientes con estrabismo, pero la idea sería la misma que con las lentes multifocales.

El tema de la **monovisión** ya lo he comentado en parte antes. Salvo algún caso excepcional no realizo monovisión en pacientes con estrabismo. Si el paciente presenta un estrabismo con un ojo claramente dominante, en la mayoría de los casos el ojo dominante será también fijador de cerca y la monovisión no será útil. Si el paciente fija de cerca con el ojo no dominante, entonces puede aparecer diplopía por cambio de dominancia. Contraindicación absoluta será hacer monovisión en pacientes con parálisis del IV par, ya que en estos casos la aparición de diplopía será la norma.

Dra. Rosario Gómez de Liaño

Tengo poca experiencia sobre todo con las segundas. Depende del tipo de estrabismo que tenga el paciente pero son más problemáticas que en no estrabicos. Otras veces son causas monoculares asociadas

Dr. José María Rodríguez del Valle

No es aconsejable en los tres pacientes «tipo» mencionados en el apartado anterior (ambliopías anisométricas no corregidas, ambliopías estrábicas, en general en la mayoría de las ambliopías y muchas forias) donde la multifocalidad no supone ningún beneficio visual, sin embargo, añade dificultades monoculares y binoculares.

Sin embargo, podemos plantearnos dichas lentes en estrabismos sin ambliopía, buena agudeza visual y buena supresión. Por ejemplo, un microestrabismo alternante bien tratado, con antecedente de AV de 20/20 en cada ojo, buena tolerancia a las gafas o LDC y que nunca ha referido diplopía puede ser un buen candidato a cualquier tipo de lente intraocular.

***En el caso de pacientes con ambliopía,
¿Recomendaría la cirugía primero del ojo
dominante o del ambliope?***

Dr. Valentín Jiménez

Como ya he comentado antes, lo ideal sería operar primero el ojo dominante para no tener riesgo de inversión de la dominancia. Si el paciente y el cirujano prefieren operar primero el ojo ambliope, deberá continuar con su corrección hasta la cirugía del ojo dominante. Así el ojo dominante seguirá con la mejor visión posible y el ojo ambliope estará penalizado al no llevar la graduación correcta.

Dra. Rosario Gómez de Liaño

Primero el dominante si es posible

Dr. José María Rodríguez del Valle

Sabiendo que hay que individualizar cada caso, intentamos aplicar la norma de mantener la jerarquía preexistente entre los dos ojos. Con cataratas asimétricas y en ausencia de historia ocular previa, a veces, es difícil de averiguar.

Esta norma implica que muchas veces aconsejamos operar antes el ojo dominante. Otras veces dejar miope o hipermetrope el ojo con ambliopía anisométrica como mecanismo facilitador de la supresión.

Manejo de la diplopía en estos pacientes

Dr. Valentín Jiménez

Me gustaría insistir en que el mejor tratamiento es la prevención y no llegar a la aparición de la diplopía. Se debe realizar una exploración de la motilidad y la visión binocular siempre. Más en aquellos pacientes ya diagnosticados de estrabismo y/o ambliopía y en los que se va a realizar monovisión. Realizar prueba con lente de

contacto en las anisometropías mal corregidas o no corregidas y en los pacientes con afaquia unilateral. Si hacemos la exploración previa adecuada y descartamos para cirugía aquellos pacientes de alto riesgo, los casos de diplopía serán muy poco frecuentes.

Si aparece diplopía, el manejo y pronóstico variará mucho según la causa.

En los pacientes con parálisis del IV par y monovisión, realizar un retratamiento para eliminar la monovisión eliminará la diplopía en la mayoría de los casos. En algún caso será necesaria la cirugía de estrabismo.

En los pacientes con anisometropías, en la exploración postquirúrgica suele aparecer un estrabismo que pasó desapercibido en la exploración previa, posiblemente por la mala visión y fijación del ojo anisométrico. Si en la exploración la diplopía desaparece con prismas, el pronóstico es bueno y el tratamiento se hará con prismas o cirugía de estrabismo según la desviación. Sin embargo, los pacientes que se han operado de cirugía refractiva aceptan mal el uso de gafa.

Si la diplopía no desaparece con prismas, por aniseiconia, torsión de las imágenes, deformación de la imagen por problema macular o el paciente presenta incapacidad de fusión, el pronóstico es muy malo y la diplopía es intratable, salvo penalización con lentes opacas sobre el ojo ambliope. Hay que decir que la mayoría de estos pacientes mejoran con el tiempo y la diplopía, aunque no desaparece, se va haciendo más tolerable. Yo no he tenido que recurrir en ningún caso a las lentes tintadas. El Dr. Carlos Laria presentó un caso de una paciente tratada con filtros de Bangerter, con buen resultado.

Dra. Gómez de Liaño

A muchos les molesta un tiempo y se adaptan. A veces hay un móvil que es la demanda que es parte de la insistencia o bien son pacientes con un perfil psicológico característico.

El tratamiento es variado depende del motivo de la diplopía y lo que lo compensa, desde una refracción a un cambio de dominancia, una

gafa para lectura. Con frecuencia lo entienden, pero luego las llevan poco. Algún paciente fue tratado con prismas con toxina o con cirugía. La mayoría de los operados fueron por estrabismo residual cosmético no tanto por diplopía.

Dr. José María Rodríguez del Valle

Lo ideal es la prevención, identificando los casos de riesgo y actuar según lo ya comentado. Pero una vez que nos enfrentamos a una diplopía de este tipo, es importante tranquilizar, pero también explicar al paciente la dificultad para solucionar muchas de ellas.

La haplopía o imagen única la vamos a buscar mediante la fusión y si no la supresión con un abordaje motor y/o sensorial:

Motor: con prismas y cirugía conseguimos la fusión en algunos casos (forias descompensadas). En ausencia de fusión, intentaremos introducir la imagen del ojo no fijador en el escotoma de supresión. Nuestra práctica habitual consiste en probar con prismas, si conseguimos la haplopía (fusión o supresión) o el paciente está más cómodo sugerimos una cirugía de estrabismo. Una alternativa con finalidad más diagnóstica que terapéutica es la inyección de toxina botulínica.

Sensorial: penalizamos el ojo ambliope o no dominante para cambiar la dominancia o restablecer la jerarquía entre los ojos y facilitar la supresión acercándonos al defecto refractivo previo a la cirugía de cataratas con gafas o lentes de contacto. Para los casos más refractarios hay que recurrir a la oclusión con parche o lente oclusora.

CONCLUSIONES

En el grupo de expertos en cirugía refractiva no hay consenso en cuanto a la realización habitual de cirugía refractiva en pacientes con estrabismo. Si hay acuerdo sin embargo en la importancia de una exploración preoperatoria

minuciosa teniendo en cuenta la visión binocular con la graduación que se va a corregir durante la cirugía, la necesidad de realizar una cirugía especialmente meticulosa y el riesgo aumentado de descompensación del estrabismo con la cirugía de monovisión.

En cuanto a la cirugía de catarata en pacientes con estrabismo, los expertos están de acuerdo en que lo más conveniente es comenzar por el ojo dominante. Sin embargo, hay discrepancias en cuanto a la indicación de lentes multifocales en estos pacientes.

Respecto a la cirugía de catarata en ojos ambliopes, los expertos están de acuerdo en comenzar a operar el ojo dominante, en la posible indicación de lentes intraoculares multifocales en casos de ambliopía leves y en la pertinencia de dejar cierta miopía residual en ojos con ambliopía anisométrica miópica acusada.

Todos los expertos en estrabismo tienen/han tenido casos de diplopía tras cirugía refractiva o de cataratas. La mayoría ocurren en pacientes anisométricos, afáquicos o con catarata unilateral de larga evolución, microestrabismos, forias, puestas del IV a los que se realiza monovisión, hipermetropes y pacientes con un perfil psicológico particular.

No hay consenso en cuanto a la contraindicación de las lentes multifocales en pacientes con estrabismo, ya que depende fundamentalmente del tipo de estrabismo del paciente.

Si hay consenso, sin embargo, en cuanto a la pertinencia de comenzar la cirugía por el ojo dominante si es posible, en los casos de ambliopía.

En cuanto al tratamiento de la diplopía en estos pacientes, los expertos insisten en la importancia de una buena exploración preoperatoria para prevenir su aparición. En el caso de manifestarse, el tratamiento es variado y distinto dependiendo de la etiología: desde un manejo refractivo, a la necesidad de utilización de prismas, toxina botulínica, cirugía de estrabismo o incluso a la penalización con distintos métodos para los casos refractarios.