

Conferencia de Honor Dr. Fernando Gómez de Liaño

Cirugía de estrabismo: el valor de una pincelada

Dra. Sagrario Maroto García¹

INTRODUCCIÓN

La Academia Americana de Oftalmología popularizó un poster de la Gioconda a la que se había simulado un estrabismo (fig. 1). La leyenda en inglés decía: «en sus días, solo una pincelada podía curar el estrabismo». También

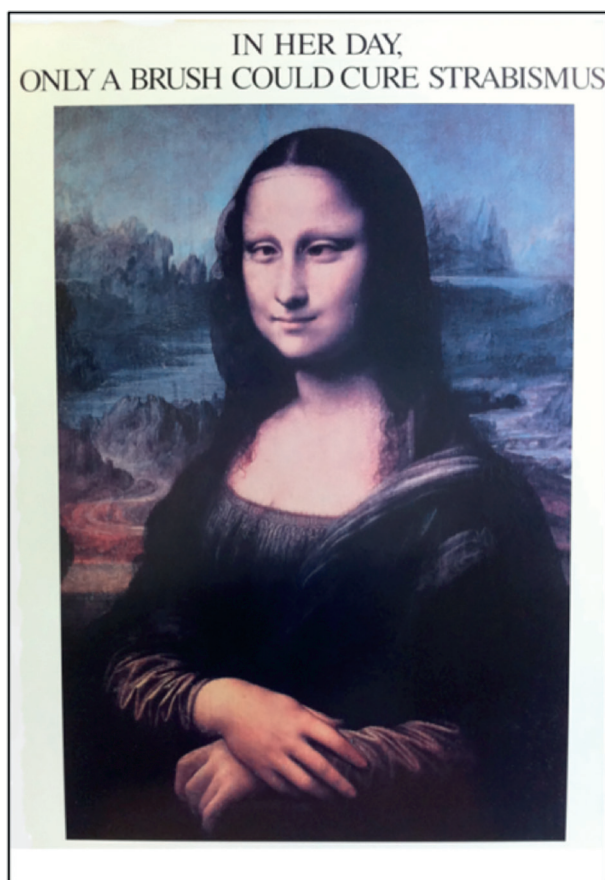


Figura 1.



Figura 2.

para los niños de Murillo y Velázquez (fig. 2), nuestros grandes pintores barrocos, «sólo una pincelada podía curar su estrabismo». Y ya en la actualidad, «nuestra pincelada» podría eliminar el tortícolis de la mujer del magnífico cuadro de la gran pintora de finales del siglo XX, M.^a Antonia Dans (fig. 3).

Esto nos da pie para comenzar esta charla que pretende hacer un repaso sobre lo que nuestra labor como estrabólogos puede mejorar:

- La normalización del aspecto del paciente con el alineamiento de los ojos,
- mejorar la función visual y el campo visual,
- eliminar la diplopia (si la hubiera),
- corregir el tortícolis (si lo hubiera),
- restaurar la visión binocular, si se puede,
- mejorar la relación psicosocial del individuo, sea cual sea su edad.

¹ Oftalmóloga. Santiago de Compostela.

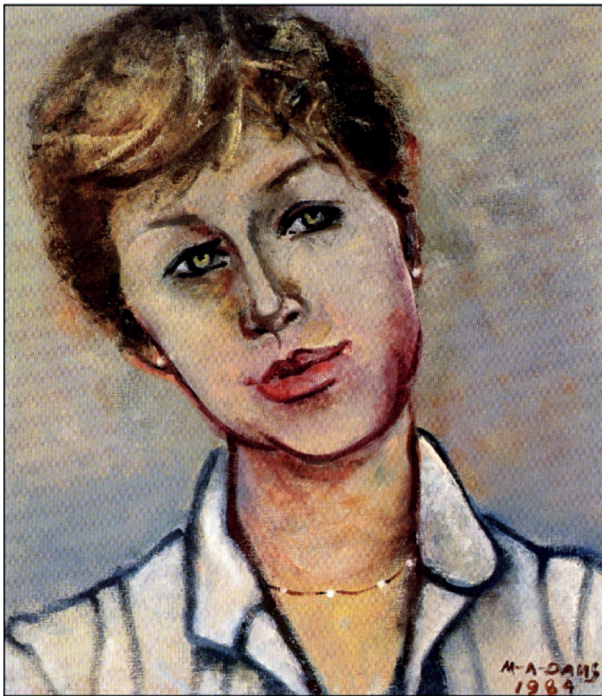


Figura 3.

Un poco de historia

La palabra estrabismo procede del griego «estrabo» (bizco) y del sufijo «ismo» (proceso patológico), y fue introducida en Francia en

1660 como «strabisme». En castellano aparece el vocablo «estrabismo» en el Diccionario de Terreros y Pando en 1787.

El estrabismo se ha considerado siempre un signo de «baja belleza», pero esto no ha ocurrido así en todas las épocas y civilizaciones. Un ejemplo de ello fue la cultura maya, cuyo concepto de la belleza era muy diferente al que conocemos ahora. Los mayas consideraban el estrabismo como una cualidad de suma belleza y de pertenencia a la clase noble.

Solían hacer lo que fuera necesario para provocarlo artificialmente si no aparecía de forma natural. Las familias nobles colgaban del pelo de los niños una pequeña bolsa de resina que caía sobre su frente-nariz y les obligaban a mirar hacia ella lo más frecuentemente posible para favorecer la desviación de la mirada (figs. 4-5).

De esto nos da testimonio Fray Diego de Landa en su libro «Relación de las cosas del Yucatán» de 1566 –como se explica en el trabajo de Alessandra Ceribelli, realizado en la Universidad de Santiago de Compostela (fig. 6).

En 1861, Donders estableció la relación entre el estrabismo y los defectos de refracción. A

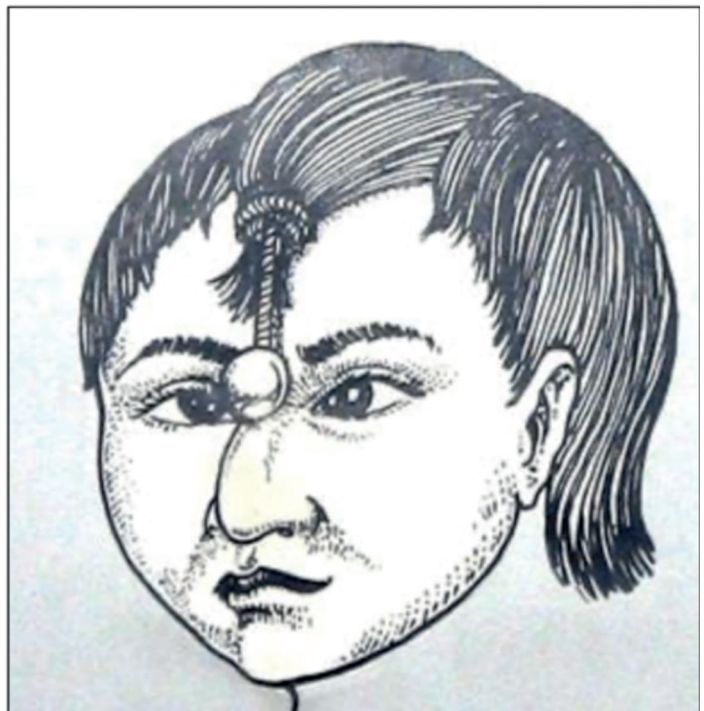


Figura 4 y 5.

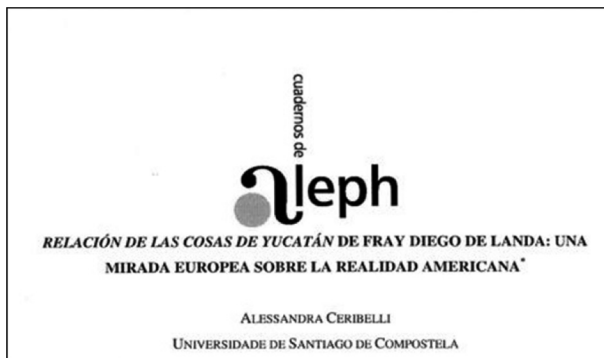


Figura 6.

mediados s. XX, se empieza a estudiar la etiología, la clínica y los diferentes tipos de estrabismo y su tratamiento. En este libro rescatado de un anticuario, en su sexta edición en el año 1959, se empieza a hablar de la corrección con lentes, de la intervención quirúrgica para corregir el estrabismo y mejorar la visión y el aspecto estético, y de la importancia de la consulta en niños pequeños (figs. 7-8).

Gracias a eminentes autores, extranjeros y nacionales, como el Dr. Gómez de Liaño –que da nombre a esta conferencia– la cirugía de estrabismo experimenta un auge extraordinario en indicaciones, técnicas, suturas, etc., que consigue dar la «pincelada» que necesitan los pacientes estrábicos.

Contexto actual

En la mayoría de los campos de la oftalmología, la tecnología ha irrumpido y mejorado la exploración y las técnicas quirúrgicas. Sin embargo, la evolución tecnológica no ha sido tan determinante en el campo del estrabismo. La medida de la desviación y el estudio de la motilidad no requiere aparatología sofisticada –se sigue realizando fundamentalmente con prismas (fig. 9).

El futuro inmediato mejorará herramientas que ya se están utilizando como la video-ocu-

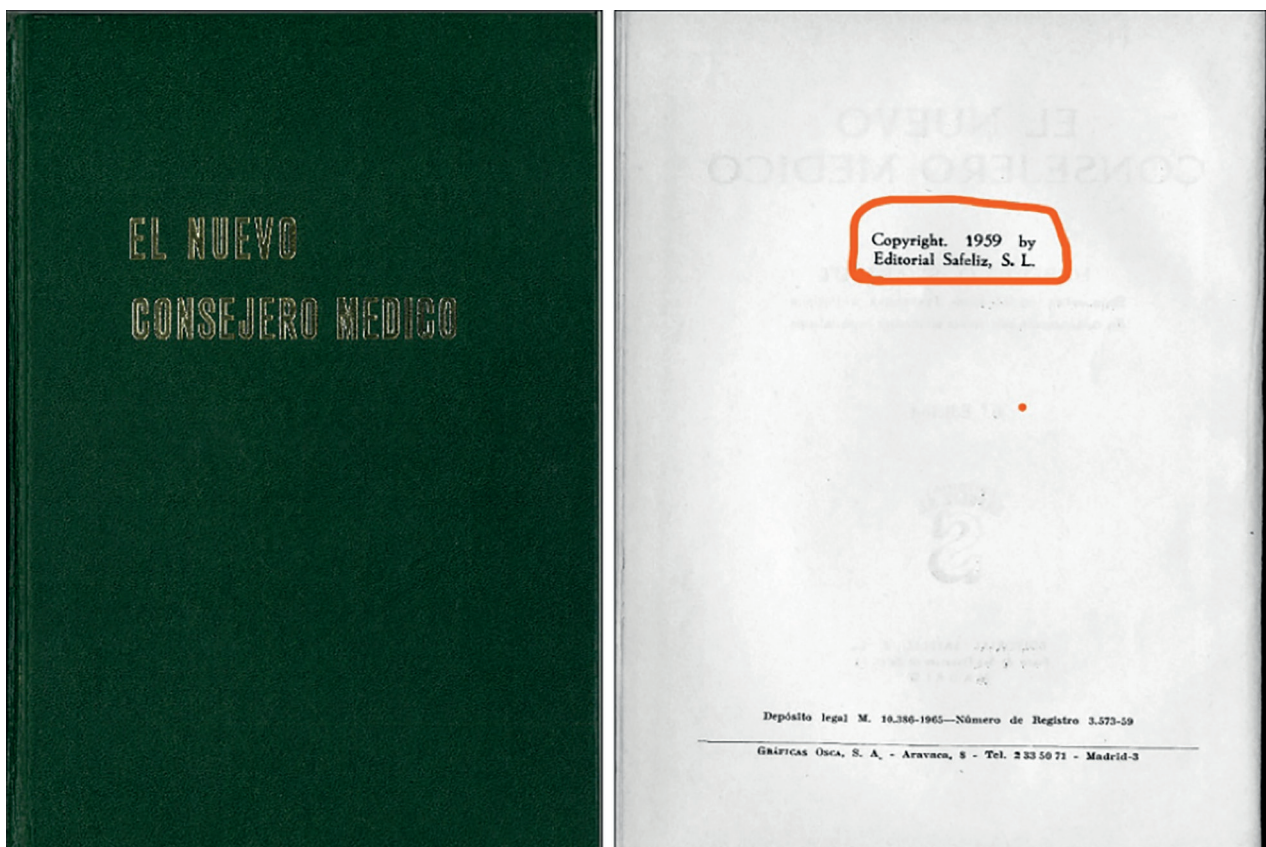


Figura 7.

Relación de especialistas colaboradores

Los siguientes doctores, especialistas en distintos campos de la Medicina, han revisado las partes de este libro relacionadas con sus especialidades y se han incluido sus comentarios.

Las adiciones de estos especialistas son de gran valor práctico, y los editores agradecen grandemente lo que han hecho para aumentar el valor del libro.

CLAUDE E. BABCOCK.
ROGER W. BARNES, *Urología*.
OLOV A. BLUMQUIST.
JOHN F. BROWNSBERGER, *Cirugía*.
SIDNEY B. BROWNSBERGER, *Oftalmología*.
BELLE WOOD-COMSTOCK.
MARY B. DALE.
HERTHA EHLERS, *Pediatría*.
HARRISON S. EVANS, *Psiquiatría y Neurología*.
PAUL D. FOSTER, *Dermatología y Sifiliografía*.
J. DEWITT FOX.
DONALD E. GRIOS, *Medicina Interna*.
H. JAMES HARA, *Otorrinolaringología*.
ROBERT A. HARE, *Medicina Interna*.
DELL D. HAUGHEY, *Obstetricia y Ginecología*.
HAROLD J. HOXIE, *Medicina Interna*.
EMMA HUGHES, *Obstetricia y Ginecología*.
THEODORE S. KIMBALL, *Patología*.
ELISABETH LARSSON.
J. WAYNE MCFARLAND, *Medicina Física*.
FRED B. MOOR, *Medicina Física*.
HAROLDS N. MOZAR.
CLARENCE W. OLSEN, *Psiquiatría y Neurología*.
ORLEYN B. PRATT, *Patología*.
WALTER L. STILSON, *Radiología*.
G. MOSSER TAYLOR, *Cirugía Ortopédica*.
RALPH J. THOMPSON, *Obstetricia y Ginecología*.
HAROLD M. WALTON, *Medicina Interna*.
FERDINAND WELBER, *Urología*.
ROLAND H. WHITE, *Otorrinolaringología*.

ESTRABISMO

Los ojos "bizcos" no constituyen en realidad una enfermedad del globo ocular del ojo, sino una anomalía de los músculos que controlan su movimiento. Cualquier anomalía de esta clase impide que los dos ojos enfoquen un mismo punto, lo que puede eventualmente ser la causa de que un ojo quede inútil para la visión. Algunas veces, el empleo de lentes para corregir la miopía o la intervención quirúrgica en los músculos en otros casos, corregirán la deformidad y permitirán la visión normal, además de mejorar el aspecto estético. El tratamiento ha de comenzarse pronto a fin de obtener los resultados más favorables. Deberá consultarse a un oculista a ser posible antes de que el niño tenga dos años.

Figura 8.

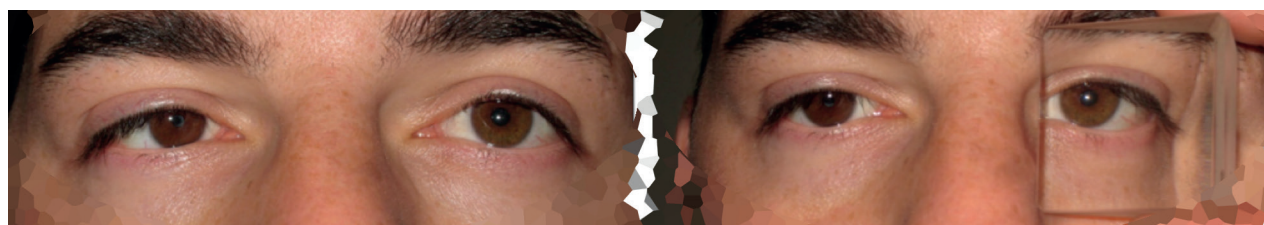


Figura 9.

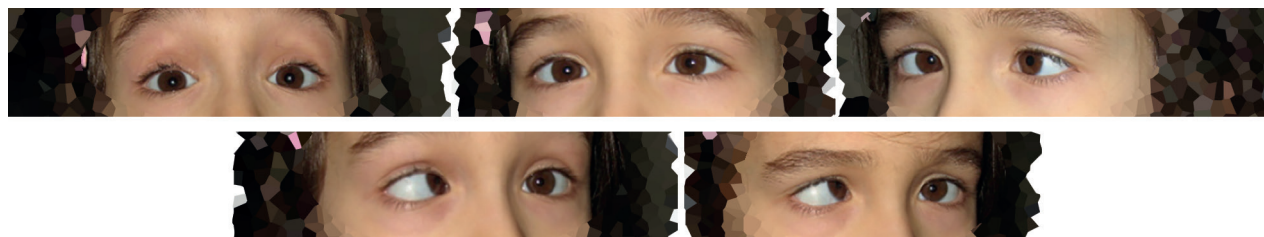


Figura 10.

lografía computarizada, aunque queda mucho camino por recorrer por las dificultades que suponen algunos estrabismos de ángulo variable en cuanto a ajustes de medición. Por ejemplo, en esta niña se puede comprobar la enorme va-

riabilidad de ángulo que podemos encontrarnos en muchos pacientes (fig. 10).

En la exploración y evolución del estrabismo, es fundamental el estudio de la refracción. La esquiastropia es básica para una buena re-



Figura 11.

fracción, sobre todo en niños pequeños. Los refractómetros automáticos ayudan, pero la esquiascopia es clave – sobre todo considerando la importancia que tiene la refracción en el tratamiento del estrabismo, y lo difícil que es, en ocasiones, la colaboración adecuada del niño (fig. 11).

La oclusión sigue siendo fundamental en el tratamiento de la ambliopía, aunque algunos «científicos» avalen como alternativa «mirar al cielo» – noticias que, a veces, salen en los periódicos de forma sensacionalista y que producen confusión en los padres (figs. 12-13).

La exploración presenta dificultades cuando los pacientes son niños. Es necesario tener paciencia con los niños y... con los padres.

Y en cuanto a la cirugía del estrabismo, tampoco es necesaria alta tecnología. En la dosificación quirúrgica y en la indicación, cada profesional tiene sus propios números, basados



en su experiencia y técnica personal. Es importante utilizar una tabla que se adecúe con las variabilidades de cada cirujano y de la técnica.

Estos son los «pinces» con los que trabajamos en el estrabismo. Y al igual que los buenos pintores, cada uno de nosotros tenemos nuestro peculiar estilo para intentar mejorar la vida de los pacientes, que es el objetivo que todos los médicos debemos perseguir.

CIRUGÍA DEL ESTRABISMO

La cirugía del estrabismo persigue dos objetivos – un objetivo funcional, y la normalización oculo-motora. Lógicamente, la consecución de estos objetivos es diferente en el niño y en el adulto. El niño está en etapa de desarrollo visual, por lo que es muy importante la refracción y el tratamiento de la ambliopía previo a la cirugía.

Objetivos de la cirugía del estrabismo en el niño

La cirugía en el niño persigue tres objetivos:

- Mejorar la agudeza visual, el campo visual y el tortícolis;
- Recuperar la visión binocular, en la medida de lo posible;
- Normalizar el aspecto.

Objetivo 1: Mejorar la agudeza visual, el campo visual, el tortícolis y normalizar la motilidad

Podemos ilustrar este objetivo con este caso de estrabismo congénito con síndrome de blo-



Figura 12 y 13.

queo del nistagmus, en el que se consigue la ortotropía, la abducción y la mejora global de tal manera que esta niña comienza a caminar tras la cirugía (fig. 14).

Y esto nos permite ponerla en condiciones para valorar la refracción y el correcto desarrollo de la AV AO (evitar ambliopía) (fig. 15).

O como la corrección del tortícolis en este niño ingresado para cirugía de fibrosis del ECM, que nos pasó un pediatra para asegurar que no era un tortícolis ocular y al que resol-

vimos su tortícolis sin que sufriera su ECM (fig. 16).

Objetivo 2: Recuperación de la visión binocular

En estrabismos que se desencadenan después de los 3-4 años (cuando había visión binocular previa). El porcentaje de recuperación en estos casos puede llegar al 15-20 % (fig. 17).

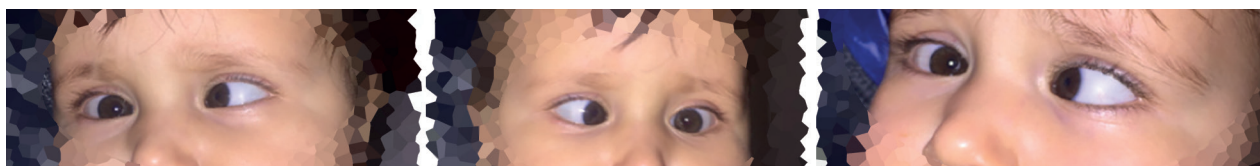


Figura 14.



Figura 15.



Figura 16.

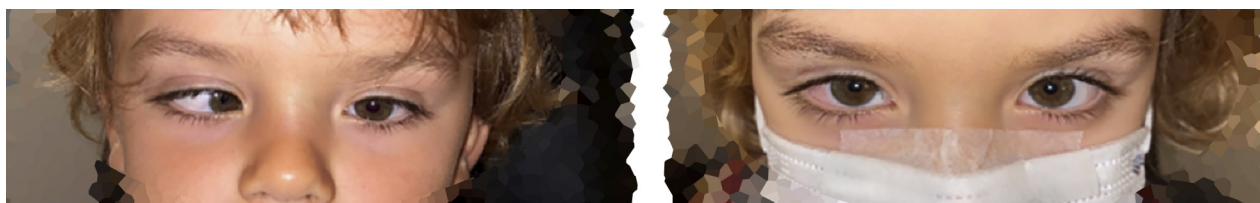


Figura 17.

Objetivo 3:
Normalización del aspecto: paralelismo de los ojos

En estos casos, los padres refieren mejoría en la autoestima del niño, en su desarrollo social y en su progreso escolar (fig. 18).

Objetivos de la cirugía del estrabismo en el adulto

Los objetivos de la cirugía del estrabismo en el adulto son:

- La desaparición de la diplopia y la recuperación de la VB;
- La mejoría del tortícolis;
- Y la normalización de su aspecto.

Objetivo 1:
Desaparición de la diplopia y recuperación de la VB

Aquí tenemos un ejemplo del primer objetivo, en estrabismos agudos del adulto asociados a una foria descompensada (fig. 19).

Perseguimos este objetivo en estrabismos debidos a patologías nuevas:

- secundarios a enfermedades neurológicas (tumores, infartos, enfermedades desmielinizantes...),
- secundarios a traumatismos,
- secundarios a problemas musculares (tiroides, miastenia, miopía magna...),
- secundarios a otras cirugías.

Un ejemplo de ello es este caso de parálisis del VI par derecho postraumática, en la que se



Figura 18.

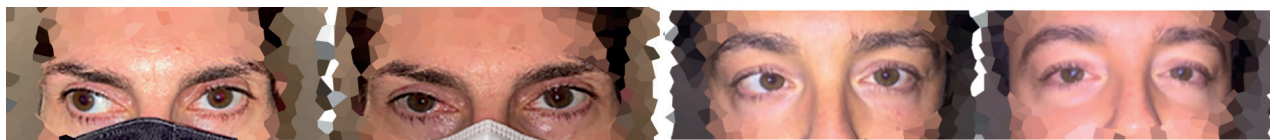


Figura 19.



Figura 20.

consigue el paralelismo de los ojos, vencer la diplopia y generar una clara mejoría de la abducción del ojo derecho con la técnica quirúrgica de suplencia de Jensen (fig. 20).

Objetivo 2: Mejoría del tortícolis

Como segundo objetivo, perseguimos la mejoría evidente del tortícolis – como en este caso provocado por una parálisis del IV par izquierdo post cirugía tumoral (fig. 21).

Objetivo 3:

Normalización de su aspecto

El tercer objetivo es la normalización del aspecto en el adulto con estrabismos desencadenados desde la infancia y estrabismos antiguos descompensados posteriormente. Como en los siguientes casos con estrabismos de origen infantil. A ninguno de estos pacientes ningún oftalmólogo había recomendado cirugía del estrabismo a lo largo de su vida (figs. 22-24).



Figura 21.



Figura 22.

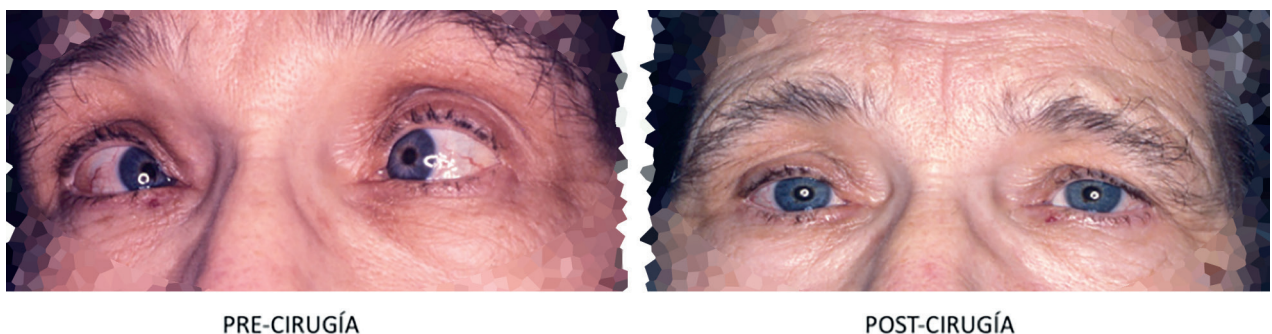


Figura 23.

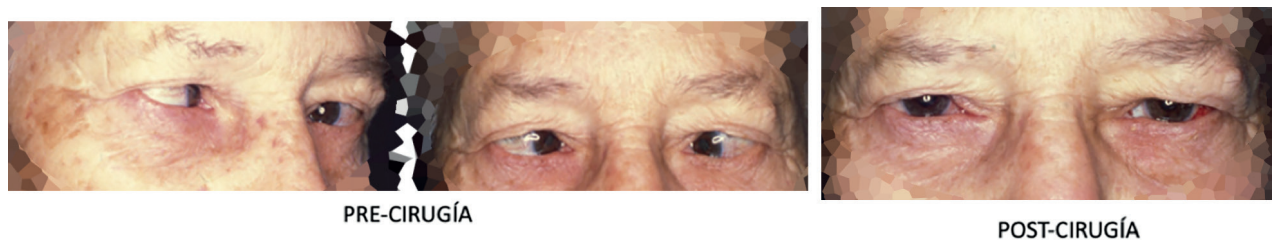


Figura 24.

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ESTRABISMO DEL ADULTO

Tras los estudios de Satterfield y cols. a principios de los años 90 (1993 y 1995) sobre la influencia de la cirugía del estrabismo en la mejoría psicosocial del paciente – y al observar en la mayoría de los pacientes operados un cambio en su actitud social con nosotros e incluso cambios en su aspecto físico y cuidado personal – nos pusimos en contacto con un equipo de psicólogas, profesoras del área de metodología de las ciencias del comportamiento de la facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, para realizar estudios sobre ello. Estos están publicados en el Acta Estrabológica de los años 1996 y 1998.

— Satterfield D. y cols.: «Psychosocial aspects of strabismus study». Arch. Ophthalmol. 1993; 111 (8) 1100-1105.

— Satterfield D. y cols.: «Psychosocial aspects of strabismus study». Arch. Ophthalmol. 1995; 5 (1) 1-10.

— Maroto García y cols.: «Efectos psicológicos del estrabismo en el adulto. Estudio experimental: primeros resultados». Acta Estrabológica, 1996, 25: 23-35.

— Maroto García y cols.: «Efectos psicológicos del estrabismo en el adulto. Estudio experimental». Acta Estrabológica, 1998. 27: 109-115.

La muestra estaba formada por personas adultas, con estrabismo infantil no corregido o corregido parcialmente, y sin defectos físicos asociados. Para la recogida de datos se utilizaron tres escalas diferentes:

— Escala HSCL (Hopkins Symptoms Checklist), que valora cinco factores:

- I - Somatización
- II - Obsesión-compulsión
- III - Sensibilidad interpersonal
- IV - Depresión
- V - Ansiedad

— Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.

— Cuestionario de atribución; diseñado específicamente para esta investigación, para poner de manifiesto en qué medida los sujetos atribuyen a su estrabismo la sintomatología presentada en los factores de la escala HSCL.

Los pacientes cubrían los cuestionarios cuando tomaban la decisión de operarse y no inmediatamente antes de la cirugía, para evitar factores de ansiedad pre-quirúrgica. Completaban los mismos cuestionarios de 3 a 4 meses tras la cirugía, una vez la cicatrización era completa.

En el estudio pudimos constatar:

— Que los sujetos estrábitos experimentan niveles de ansiedad, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión y somatización más altos que los sujetos normales; lo que, hasta ese momento, ningún estudio había podido evidenciar;

— Que dichos niveles de psicotensión alcanzan valores similares a los de la población normal, una vez recuperada la apariencia normal tras la cirugía;

— Que los sujetos estrábitos experimentan dificultades en la vida que perciben como algo más que un problema psicológico trivial. La corrección quirúrgica de su estrabismo les proporciona una notable mejoría psicológica, desde todas las variables estudiadas, incluso en aspectos de más difícil explicación como la somatización.

Pudimos concluir, por tanto, que el estrabismo tiene efectos negativos sobre la vida de

los pacientes, que afectan específicamente a su «autoimagen» y a la relación con su entorno social y, por lo tanto, laboral y familiar – lo que justifica plenamente la atención médico-quirúrgica que estos pacientes requieren.

Nos cabe el honor de haber sido el primer equipo en el país en haber realizado un estudio serio sobre la mejoría psicosocial del adulto operado de estrabismo.

Gracias al trabajo quirúrgico con los adultos y a los estudios sobre la mejoría funcional y psicosocial tras la cirugía, a lo largo de estos años ha cambiado la actitud del oftalmólogo frente a los argumentos (no tan antiguos) de «solo es una cirugía estética», «aparecerá visión doble», «su problema no tiene solución», «puede usted quedar peor». La cirugía del estrabismo en el adulto no tiene nada que ver con la mejoría de la belleza, se trata de una cirugía reconstructiva que restaura la apariencia normal.

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ESTRABISMO DEL NIÑO

En los niños, la mejoría global tras la cirugía es referida por los padres y profesores:

— prestan más atención a su entorno (los más pequeños se fijan más en la tv),

— mejoran las relaciones interpersonales (comienzan a relacionarse en el parque),

— mejoran el rendimiento escolar,

— mejoran la psicomotricidad y su rendimiento en el deporte.

Quisimos hacer el estudio con los niños. Las psicólogas nos expusieron la dificultad de obtener sus respuestas que, en cualquier caso, serían a través de dibujos. Así que pusimos a dibujar a los niños (fig. 25).

En algunos dibujos se observa claramente el cambio en la «autopercepción» antes y después de la cirugía, como en el caso de Noa. Noa se dibuja los ojos estrábicos antes y paralelos después de la cirugía, y también se aprecian diferencias en la calidad psicológica entre los dibujos. Por ejemplo, el perro en el primer dibujo tiene dos patas y en el segundo, ya tiene cuatro patas, orejas, y rabo. Los dedos de las manos no están definidos en el primer dibujo, y en el segundo sí que lo están y además están los cinco dedos. La expresión de la niña en el primer dibujo es diferente a la del segundo: en el primero, la sonrisa es forzada y en el segundo es amplia, se ve feliz. Además, se observa una gran riqueza de



Figura 25.

elementos en el segundo dibujo que no aparecen en el primero, lo que se puede interpretar como una ampliación de su mundo visual (fig. 26).

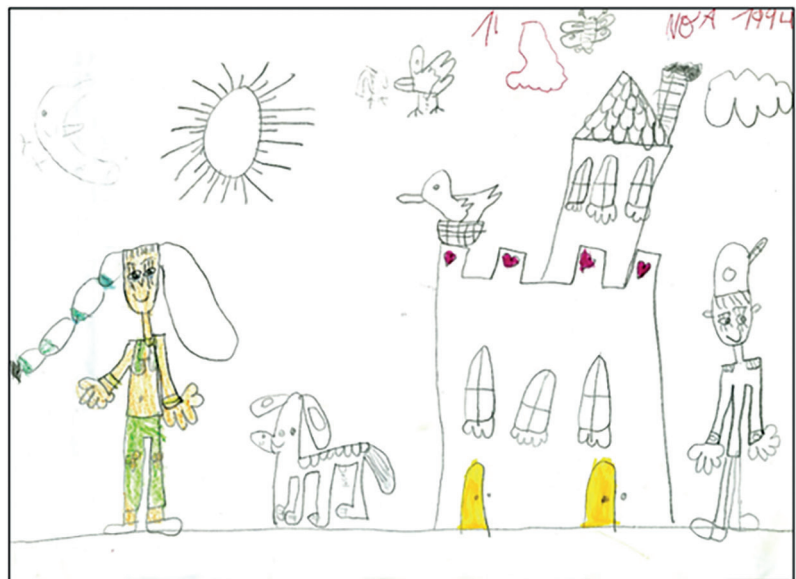
Desde el año 2015 han aparecido publicaciones interesantes sobre el impacto psicosocial de la corrección del estrabismo en niños, publicados en diversas revistas, incluso en diferentes etnias. Y también sobre su asociación con el «bullying».

AGRADECIMIENTOS

Termino esta conferencia con una reflexión: en estos tiempos de pandemia que vivimos, en los que tenemos que usar mascarillas, la mirada es muy importante. También quiero hacer una mención de agradecimiento a tantos compañeros y amigos que, a lo largo de mi vida profesional, han compartido conocimientos, apoyo, congresos, reuniones, risas, complicidad y amistad.



ANTES



DESPUÉS

Figura 26.