

Artículo de opinión

Reflexiones sobre al ambliopía desde mi atalaya

Dr. Juan García de Oteyza Fernández-Cid

Expresidente de la Sociedad Española de Estrabología

La ambliopía es conocida desde la Antigüedad, y a lo largo de la historia ha sido objeto de numerosas investigaciones y se han propuesto multitud de tratamientos, algunos de lo más variopinto. Una oferta tan importante de «platos» pone en evidencia que hasta el presente no hayamos dado, todavía, con la tecla adecuada para solucionar este problema que tanta incapacidad provoca en la persona que la padece. La ambliopía ha sido objeto de atención y preocupación por parte de los oftalmólogos sobre todo por las graves consecuencias que pueden tener lugar si el ojo sano sufre alguna desgracia a lo largo de la vida, aunque esto último haya escuelas que lo ponen en entredicho llegando a afirmar que, si algún día le sucede algo al ojo sano el amblope «se despierta» y lo suple (sic).

Fue en el reciente congreso del CLADE que tuvo lugar en la ciudad La Antigua de Guatemala cuando, después de escuchar unas comunicaciones sobre la ambliopía y más tarde en Vigo en una conferencia sobre el mismo tema que me he decidido, por fin, a reflexionar desde mi atalaya de espectador privilegiado que es lo que viene ocurriendo desde hace años con la ambliopía y su tratamiento.

Un breve recuerdo. Dejando aparte la ambliopía orgánica cuyo tratamiento es, obviamente, etiológico, todo lo que expondré a continuación se refiere exclusivamente a la ambliopía funcional y a sus dos causas principales cuales son, la anisometropía y el estrabismo.

Cuando yo me inicié en la Estrabología el primer paso era detectar si la ambliopía cursaba con fijación central o excéntrica pues tanto el pronóstico como el tratamiento diferían en ambos casos. Para la diferenciación utilizábamos,

y seguimos utilizando, un aparato llamado visuscopio que en la actualidad ni siquiera consta como imprescindible en la exploración de la ambliopía en muchos trabajos y ello provoca la primera confusión, y por lo tanto distorsión en las estadísticas de los resultados. Se habla, simplemente, de ambliopías profundas (recuerdo que pueden ser o no asociadas a fijación excéntrica), moderadas y leves. Una ambliopía profunda con fijación foveal no tiene el mismo pronóstico que con fijación excéntrica.

En aquella época, en que los estrabismos llegaban tarde a la consulta de Estrabología, la fijación excéntrica era muy frecuente y por lo tanto subsidiaria de un tratamiento específico muy diferente al de la ambliopía con fijación foveal. Es cierto que, en la actualidad, y gracias a la detección precoz por parte de los pediatras, la ambliopía con fijación excéntrica es excepcional en los países del primer mundo.

Surgió la pleóptica como técnica utilizada para estimular la fovea en estrabismos con fijación excéntrica. La idea de que **el parche en una fijación excéntrica lo único que consigue es reforzarla**, fue el argumento irrefutable para hacer un tratamiento específico. Las terapias realizadas entonces se convertían en «urgentes» y se exigía un cumplimiento draconiano de las mismas con el argumento de que superada la edad de plasticidad cerebral situada en torno a los 7 años, era imposible la recuperación (como anécdota recordaré que en alguna clínica de Centroeuropa se ingresaban a los niños durante el tiempo que duraba la rehabilitación...). Las postimágenes eutiscópicas, los «masajes maculares» con el haz de Haidinger, la oclusión inversa, los prismas con diversas orientaciones e incluso la faden en el recto medio del ojo am-

blíope en los casos de fijación excéntrica con elemento parético, fueron algunos de los tratamientos mas frecuentemente utilizados. Personalmente traté y publiqué un trabajo sobre un grupo de pacientes con estrabismo y fijación excéntrica con prisma inverso (base nasal en fijación nasal) y oclusión (técnica de Pigassou). Los mediocres resultados obtenidos con cualquiera de las técnicas unido al sacrificio personal y familiar que representaba hicieron que estos tratamientos dejaran de usarse.

De la revisión de múltiples trabajos sobre la ambliopía me quedo sobre todo con los adelantos realizados sobre la fisiopatología de la misma y de las consecuencias que puede sufrir un ambliope tanto en su desarrollo personal (incoordinación ojo/mano, disminución o ausencia de la sensación de relieve tan necesaria para ciertas profesiones como puede ser la de cirujano oftalmólogo, conductor de autobuses o piloto de aviación, etc.) como en el entorno laboral y ... ¡hasta físico! (al parecer el ambliope tiene mas posibilidades de padecer un infarto de miocardio...).

Hasta la publicación de los sucesivos informes PEDIG parecía que el tratamiento de la ambliopía estaba claro y que la oclusión en sus diferentes variantes y dosificaciones, la corrección óptica y las penalizaciones medicamentosas u ópticas eran mas que suficientes para tratar cualquier ambliopía. Dichos informes ponen en entredicho la eficacia de la oclusión total frente a la oclusión horaria pretendiendo, en líneas generales, que una oclusión entre 2-6 horas es mas que suficiente para curar la mayoría de ambliopías. Esto puede resultar cierto en ambliopías leves o moderadas pero no en profundas. Personalmente me cuesta mucho aceptar que si yo, que soy un defensor a ultranza de la oclusión, no soy capaz de obtener un resultado exitoso al 100% incluso con una oclusión total durante meses, ¿cómo me voy a creer que la oclusión de unas horas va a conseguir una resultado similar o superior? Por otra parte, la mayoría de artículos sobre el tratamiento de la ambliopía adolecen de suficiente seguimiento en el tiempo y además mezclan todo tipo de ambliopías tanto estrábicas como anisométricas.

Sobre las ambliopías anisométricas y su tratamiento está claro que no es lo mismo una anisometropía de 10 dioptrías que una de 4 aunque a la hora de publicar no se especifica, ni siquiera, si se pone lentilla ni a partir de que edad. Es cierto que la simple prescripción de gafas puede mejorar la ambliopía, pero si al cabo de 2-3 meses no ha mejorado se debe poner parche. Asimismo, cabe decir que, **en muchos casos de anisometropía**, sobre todo si han pasado muchos años, **existe un microestrabismo con fijación excéntrica** que no puede detectarse mas que con una exploración minuciosa y sobre todo con un estudio de la fijación con el visuscopio. Todo ello repercute en que los trabajos que se publican no tienen en cuenta estos factores y por lo tanto no se hacen los subgrupos necesarios siendo los resultados de los mismos absolutamente inexactos.

En el caso de los estrabismos sucede algo similar. No se separan los casos de fijación excéntrica del resto, ni siquiera se tienen en cuenta la edad de aparición del estrabismo que no tiene por qué ser igual a la edad de inicio del tratamiento. Esto añadido al escaso tiempo de seguimiento provoca un falseamiento de los resultados. Debo recordar aquí que el parche tiene como objetivo en una primera fase mejorar la visión del ojo ambliope hasta igualarla con la del ojo sano (¡es indecente observar en algunos trabajos la autocomplacencia y satisfacción del autor cuando ha conseguido la mejoría de dos líneas!) y en una segunda fase, de consolidación, y más difícil, conseguir que **el estrabismo se convierta en alternante**. Solo en este caso podremos garantizar la ausencia de recidiva de la ambliopía.

Para ir concluyendo mi exposición hare alusión a los llamados «métodos activos» de tratamiento de la ambliopía que se fundamentan en querer mejorar y reactivar la conexión entre diversos tipos de células corticales. Desde mucho antes de la aparición de estos juguetes electrónicos ya se pautaban ejercicios en papel que cayeron en desuso por la dificultad del cumplimiento e ineficacia. Estos tratamientos entre los que destacaré el Syntonics, las actividades de cerca, el CAM y ciertos fármacos dirigidos a

modular la plasticidad cortical, no han demostrado una eficacia mejor que el parche ni siquiera como terapia complementaria al mismo.

He dejado deliberadamente para el final los tratamientos que persiguen trabajar de forma binocular. Pretenden conseguirlo jugando con la intensidad del estímulo diferente para cada ojo primando al ojo ambliope sobre el dominante. En este grupo encontramos, entre otros, el sistema I-BiT, Revitalvisión, programa Amblinet, películas dicópticas, etc. Aunque la hipótesis es loable, los trabajos realizados con este tipo de terapias no han mostrado una mejor eficacia que el parche ni siquiera asociados al mismo.

Estas terapias llamadas activas, han despertado un notable interés comercial entre algunos oftalmólogos y los mal llamados «terapeutas visuales» sin que por el momento nos hayan ofrecido evidencias concluyentes que respalden su eficacia.

El problema más importante que tienen la mayoría de publicaciones sobre el tratamiento de la ambliopía (y este es el motivo del presente trabajo/denuncia) es que no se delimitan bien los grupos de estudio, no se tienen en cuenta las diversas variables en juego, se conforman con una mejoría de la agudeza visual discreta (para nada igualada a la del ojo dominante) y

por último el seguimiento es tan corto que es imposible darles un mínimo de credibilidad. Comprendo que en una sociedad cortoplacista como la actual, hasta la comunidad científica se vea contagiada y se caiga en la tentación de que es suficiente el seguimiento no más allá del año para sacar conclusiones. El tratamiento de la ambliopía es largo y la vigilancia debe realizarse hasta los 12 años de edad porque las recidivas son frecuentes. Aquí, tampoco debemos conformarnos con una mejoría relativa de la visión. El objetivo del tratamiento es igualar la visión del ojo sano y, en el caso del estrabismo asociado conseguir que éste se convierta en alternante. Por debajo de eso no estaremos curando la ambliopía.

Para finalizar recordaré, en líneas generales y con algunas excepciones, mi estrategia en el tratamiento de la ambliopía que, aunque no parezca «moderna», tan buenos resultados me ha dado a lo largo de mi vida profesional. En todos los casos y en una primera fase, oclusión total hasta conseguir igualar las visiones en los dos ojos y como terapia de mantenimiento la oclusión horaria, filtros de Bangerter o penalizaciones ópticas. Seguimiento y vigilancia hasta los 12 años. Los «juguetes» no son una alternativa ni tampoco acortan el tiempo de tratamiento.