

Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Estrabismos y Ambliopía

ESTRABISMO Y AMBLIOPIA

ESTRABISMO

1.- HISTORIA CLINICA

1.1-ANAMNESIS:

- ¿Cuándo empezó a desviar el ojo?
- ¿qué ojo empezó a desviar y hacia donde?
- Intermitente o constante
- Tratamiento realizado y cuando.
- ¿cómo ha evolucionado?

Antecedentes personales:

- Embarazo: infecciones uterinas, malformaciones.
- Parto: Prematuro, traumático.
- Desarrollo psicomotor; grado de colaboración.
- Enfermedades neurológicas.
- Intervenciones.

Antecedentes familiares:

- Estrabismos
- Ametropías
- Enfermedades oculares.

1.2-EXPLORACION:

1.2.1-AGUDEZA VISUAL:

- Menores de 2,5 años:

*Reflejo de fijación y seguimiento: Solo válido para ambliopías muy profundas.

*Dominancia ocular:

- Objeto de fijación y Cover Test.

Fijarse cómo reanuda la fijación el ojo destapado: Mal en ambliopía profunda ($< 0,1$). Bien en las medias ($0,1-0,5$) y ligeras ($AV > 0,5$).

-Test del prisma vertical (útil en casos de gran dominancia): al colocar un prisma de 15 DP con vértice arriba sobre el ojo dominante éste "arrastra" al ambliope, produciendo un movimiento de ambos ojos hacia arriba.

*Test de mirada preferencial: con láminas rayadas.

- Entre 2,5 y 4 años:

-Test Pigassou para lejos. Se toma en binocular, monocular con y sin corrección. Anotar si existe tortícolis y cómo es ésta. Si tiene nistagmo latente tomar la AV con un +3 en el otro ojo en vez de taparlo. (La unidad del pigassou es 0,5 del Snellen).

-Test de Rossano o similar para cerca.

-> 4 años:

*E de Snellen en escala americana

1.2.2-REFRACCION (VER AMBLIOPÍA)

1.2.3-EXPLORACION MOTORA:

-COVER TEST:

Debemos confirmar si tiene o no estrabismo. Para ello realizamos el Cover test, que consiste en tapar un ojo y ver si el otro realiza algún movimiento.

Se pide que fije el objeto y se tapa el ojo que creemos fijador mirando lo que sucede con el otro ojo. Si se mueve, estamos ante un estrabismo. Si no lo hace puede ser que: el estrabismo sea del otro ojo, que tenga visión excéntrica o que no tenga estrabismo.

Se realiza el Cover simple⇒ el cover-uncover⇒ el cover alterno.

ESTUDIO DE LA DOMINANCIA OCULAR:

Para determinar si el estrabismo es monocular o alternante. Utilizamos el cover test y nos fijamos en como mantiene la fijación el ojo dominado al destapar el dominante. Test del prisma vertical: ponemos un prisma de 15 DP con el vértice para arriba: el ojo director "arrastrará" al ambliope hacia arriba.

MEDIDA DEL ANGULO:

Normalmente usamos el Test de Hirschberg asociado el cover test usando prismas.

-ESTUDIO DE LAS DUCCIONES, VERSIONES Y VERGENCIAS. Ver si existe DVD o estrabismo vertical asociados.

1.2.3-EXPLORACION SENSORIAL

-Luces de Worth

-Sinoptóforo: valora percepción simultánea, fusión y estereopsis.

-Test de Titmus, TNO o de Lang para estereopsis

-Test de Maddox.

2-TRATAMIENTO ESTRABISMO

2.1. REFRACTIVO.

2.2. CIRUGÍA

-Por qué se opera:

-Estética: causa + frecuente.

-Recuperar o mantener la visión binocular.

-Vencer un obstáculo mecánico.

-Tratamiento de la ambliopía.

-Corregir tortícolis.

-Cuándo se opera:

-Según ángulo de desviación: Normalmente > 5°.

-Edad:

-Causa estética:

-Escuela americana (<2 años). Conseguir mejor VB, presión familiar, evitar secundarismos.

-Entre 3-5 años.

-Escuela Francesa: tardía.

- Recuperación o mantenimiento de la VB:
- Estrabismo convergente intermitente (ECI): lo + precoz posible.
- EDI: diferir hasta los 5 años. Divergente constante: 3 años.

- Vencer un obstáculo: lo antes posible.

- Cirugía:

- Endotropias:

- Retroinserción RM:

- cada mm corrige 2,5-3 °

- Retro máxima: 5 mm

- Retro mínima: 2,5mm

- Resección RL:

- cada mm corrige 2°

- Resecc máxima: 7,5 mm

- Resecc mínima: 4 mm

- Exotropias:

- Retroinserción RL: cada mm de retro corrige: 1°. La Retro mínima: 4-5 mm; Máxima: 8 mm

- Resección RM: cada mm de resección corrige 3-5°. Resecc mínima: 3 mm; Máxima: 5 mm

- Si se trata de exceso de divergencia es mejor actuar sobre los 2 RL y si se trata de insuficiencia de convergencia: actuar sobre los 2 RM.

2.3 TOXINA BOTULÍNICA

- Indicaciones:

- Endotropias congénita con limitación abducción

- Paresia VI par. Se inyecta una pequeña dosis de toxina B botulínica en el recto medio hiperactivo.

AMBLIOPÍA

- +Causas:

- Estrábica: La mas frecuente

- Ametrópica: Defectos de refracción importantes (generalmente hipermetropías > 6 D y astigmatismo).

- Anisométrica: puede ser causada por diferencias mayores de 1,5 D.

- Nistágmica

- Por privación: existe un factor orgánico asociado.

- Sin causa aparente: microestrabismos.

- Exploración:

- Ambliopia bilateral: Se compara la AV que tiene con la que le correspondería por su edad.

- A. Monolateral: se compara la AV del ojo director con el ojo no director.

+Según la AV se puede clasificar:

Profunda: $<0,1$.

Media: $0,1-0,5$

Ligera: $>0,5$.

Hay que destacar que la AV angular (optotipos uno por uno) es superior a la AV habitual (fenómeno de crowding).

+Exploración:

-Exploración de la AV y tipo de fijación.

-Refracción subjetiva y con cicloplejia

-Ciclopléjico: en no estrábicos, exotropias, endos miopes, refracción inicial. Instilarlo cada 5 minutos un total de 3 veces y valorar su máximo efecto a los 30 minutos.

-Atropina 0,5%: endotropias, menores de 4 años con hipermetropía, iris muy pigmentados. 3 días antes cada 12 horas

-BMC, FO, pupilas...etc para descartar causas orgánicas de la ambliopía

+Tratamiento:

1-Oclusiones

-Intermitente: unas horas al día. Se usa en Divergentes intermitentes (como antisupresivo), final del tratamiento de la ambliopía, en estrabismos iatrogénicos.

-Permanente: 24 horas al día. Con parches cambiándolo cada 4 días.

-Permanente parcial: permite el paso de la luz. Se realiza con esmalte de uñas y se usa para prevenir recidivas y como tratamiento antisupresivo cuando no hay desviaciones

-Pautas: El número de días que tapamos el ojo director está en relación directa con la edad del paciente, la gravedad de la ambliopía y con el tiempo del tratamiento. Edad límite: 11 años. En general en > 3 años: pautas máximas de oclusión. En los casos más graves, tapar siempre el máximo de días posible. Una semana por año de vida. El control se realiza a los 2 meses y si no hay cambios se puede alargar hasta 3-4 meses. Nunca dejar destapado los 2 ojos a la vez "para descansar el fin de semana" ni hacer el tratamiento "por épocas" para evitar la ambliopía en báscula. Los últimos artículos publicados demuestran que tapar 6 horas al día cuando el niño está realizando tareas visuales (colegio, leer..etc) es tan eficaz como la oclusión total (para cualquier edad y grado de ambliopía).

2-Penalizaciones

-Total: Corrección total en el ojo ambliope e hipocorregir el director en 4-6 dioptrías añadiendo atropina a ese ojo (1 gota al día).

Indicación: A. Profundas. Es como un parche.

-Penalización de lejos y penalización ligera: consiste en hipercorregir el ojo director en +1D a +3 (según el caso) y toda la corrección en el ambliope. Se usa en ambliopías medias y para mantenimiento de la AV respectivamente.

3-Prismas

Se usan en ambliopías con fijación excéntrica.

+Normas prácticas en el tratamiento:

-Si hay fijación excéntrica:

-Oclusión permanente 6m- 1 año.

-Si no es efectiva y el paciente es hipermetrope de > 4 D:
hacer penalización total.

-Si no es efectivo y tiene más de 6 años: Cirugía y luego
tratamiento de la ambliopía.

-Si fijación es foveal:

-Oclusión y si no es efectiva: penalización.

-La finalidad del tratamiento es recuperar la ambliopía y
conseguir la alternancia.

-Para la profilaxis de la recidiva se puede realizar oclusión
horaria o penalización ligera