

RE-OPERACIONES EN ESTRABISMOS*

Por

LUIS EURICO FERREIRA **

Rio de Janeiro, Brasil

Con el estudio semiológico minucioso, y esmero técnico con que se trabaja hoy en día, los estrabismos llamados secundarios (consecuentes a cirugía), no son muy frecuentes Bietti y Bagolini (1) encontraron 40% hipocorregidos y 20% hipercorregidos en 1.600 primeras operaciones de endotropías. Costenbader y O'Neill (2) en un levantamiento de 500 esotropías infantiles, encontraron después de una primera operación, 38.5% de buena alineación de los ejes visuales y cierto grado de fusión. El grupo que ha sido sometido a una segunda operación, resultó en un 36% de éxito (buena alineación y fusión). Después de una tercera operación, 32% obtuvieron una buena alineación y fusión. En las esotropías, las hipercorrecciones son más comunes que en las exotropías. Hay cirujanos que procuran la hipercorrección deliberadamente, otros no. Nosotros no hacemos la hipercorrección planeada en el sentido sensorial. Para los que quieren hacerla hay que recordar la observación de Jampolsky (3), que dice que las hipercorrecciones planeadas deben ser limitadas para los casos de madurez visual, esto es, por encima de los 6 años. La hipercorrección como complicación de la exotropía es rara. Dunlap (4), estimó 8 a 17% según varios autores. Cooper (5), realizó 262 operaciones para exotropías, intentando hipercorrección y solamente la obtuvo en 37%. Dunlap (4), realizó 208 operaciones en exotropías y llegó a un 40% de hipercorrecciones no planeadas en el primer mes, pero solamente 22.1% persistieron por más de 1 mes. Estos casos de hipercorrecciones. Dunlap distribuyó en tres grupos: un tercio, desapareció con o sin tratamiento conservador; un tercio, necesitó nueva cirugía y un tercio quedó con un exodesvío de 10 D.P., o menos (buen resultado).

* Trabajo del Instituto Brasileiro de Oftalmología, Rio de Janeiro - BRASIL.

** Profesor Titular de la Universidad Gama Filho, Rio de Janeiro - BRASIL.
Director del Instituto Brasileiro de Oftalmología, Rio de Janeiro - BRASIL.

LUIS EURICO FERREIRA

Hasta el momento no se conocen bien las determinantes de los fracasos de la cirugía, cuando es bien planeada y correctamente ejecutada.

Dunlap (4) analizó una serie de factores (edad, refracción, proceso quirúrgico de retroceso plus resección versus doble retroceso de los rectos laterales, valor de la desviación y las respuestas con lentes (+ 3 o — 3) y no encontró relación con las respuestas de la cirugía. Dunlap (4) cree que hay pacientes que son hiper-respondedores a la cirugía, y otros añadimos nosotros, serían normo o hipo-respondedores. No hay cómo hacer la clasificación, antes de la cirugía. Dunlap (4) analizando sus casos después de una observación de Cooper (6), llegó a la conclusión que aunque la incidencia de hipercorrección sea la misma en relación a la edad, el grupo más joven requiere más la re-operación.

No obstante las observaciones de Dunlap (4), unas tantas consideraciones se hacen imprescindibles a nuestro modo de ver, para que tengamos el menor porcentaje de fracasos. Vamos a enumerar los factores que debemos tener en cuenta: agudeza visual, refracción, acomodación, inervación, condiciones musculares, edad de inicio del estrabismo, duración de la desviación, edad del paciente, valor del ángulo y sus variaciones con las posiciones de la mirada, con el tiempo y con el status psico-emocional del paciente y finalmente la cooperación binocular.

Estos factores influyen en cierto grado con los resultados operatorios y hay que analizarlos en el momento de planear la cirugía y elegir la técnica. En nuestra experiencia, responden mejor comparativamente: los que tienen agudeza visual igual o casi igual en ambos ojos; los que tienen elemento acomodativo; los que no tienen grandes alteraciones inervacionales; los que no tienen perturbaciones musculares graves; los que iniciaron el desvío más tarde; los que tienen el desvío de más corta duración; los pacientes más jóvenes; los que tienen poca o ninguna variación del ángulo en las diversas miradas ni con el pasar del tiempo ni con las variaciones del status psico-emocional. Finalmente, el pronóstico es mejor si existe vestigio de colaboración binocular. La simple condición de ser posible la visión binocular, mejora mucho el pronóstico. Hay que investigar bien los componentes verticales, los cuadros alfabéticos, etc.

Las indicaciones de cirugía de los estrabismos secundarios, se adhieren a las hipocorrecciones, hipercorrecciones, desvíos iatrogénicos, la oportunidad de intervenir y cómo intervenir. Como existen algunas diferencias entre endo y exotropías, vamos a estudiarlas en dos grupos separados.

RE-OPERACIONES EN ESTRABISMOS

ENDOTROPIAS

Es muy importante la semiología puesto que pueden existir signos de incoherencia o cualquier cicatriz que impida el movimiento ocular o también sospecha de pérdida de músculo por la primera operación, lo tenemos que conocer para solucionar el problema.

Las hipocorrecciones pueden ser inmediatas o tardías. Cuando la cirugía tiene finalidad estética en niños, podemos ser más tolerantes en relación a hipocorrección, conformándonos con los resultados que sean satisfactorios para los padres. Si por casualidad topamos con resultado precoz no satisfactorio, hay que intervenir lo más rápido posible y complementar la corrección, cuidando todavía de no hipercorregir. Las operaciones estéticas realizadas en la infancia, tienden a presentar hipercorrecciones por ocasión de la pubertad, cuando se puede hacer nueva corrección. Las cirugías con finalidad funcional, deben procurar poner los ejes visuales en las mejores condiciones de promoción de la binocularidad. En estos casos, las hipocorrecciones tienen que ser evaluadas por el médico y no por los padres. En muchas ocasiones, ellos están satisfechos, pero nosotros no, puesto que sabemos que en tal condición, la binocularidad no puede desarrollarse. Si el defecto es muy grande, hay que investigar la operación hecha y de inmediato intentar nueva corrección. Si la hipocorrección es ligera, podemos utilizar los tratamientos médicos complementarios tales como ortóptica, anteojos simples o bifocales, etc., si a pesar de estos recursos, no se logra la reducción del ángulo, tenemos que intervenir quirúrgicamente.

Las hipercorrecciones de las endotropías, son menos comunes. Si es grande y se manifiesta precozmente, con incoherencia o parálisis, la indicación quirúrgica es urgente. Así se puede examinar el local operado y si hay pérdida del músculo, las suturas ayudan a encontrarlo. Las hipercorrecciones discretas pueden esperar y frecuentemente mejoran con ejercicios de lectura, convergencia, o retirando los anteojos positivos (caso de hipermetropes) o indicándoles lentes negativas.

EXOTROPIAS:

Las hipocorrecciones de las exotropías, tendrán que ser operadas cuanto antes porque el tratamiento conservador, no tiene efecto satisfactorio y ellas tienden a progresar con el tiempo.

LUIS EURICO FERREIRA

Las hipercorrecciones definitivas son pocas en las exotropías, y las que ocurren en los primeros dos meses, son hasta deseables. Dunlap (4) obtuvo 40% de hipercorrección en el primer mes, pero después de 1 mes se redujeron a 22.1%. Todos estamos acostumbrados a ver reducción de la endotropía secundaria hasta con un año después de la operación. En estos casos, tenemos que observar la evolución y solamente operar si el desvío es grande o se mantiene estable por unos 6 meses por lo menos. Raal y Parks (7) verificaron mejores resultados a largo plazo con los pacientes que quedaron con endotropías de 11 a 20 D.P., en las primeras 5 hasta 8 semanas del acto operatorio, que aquellos que quedaron en ortotropía o endotropía menor que 10 D.P.

DESVIOS IATROGENICOS

Las desviaciones anómalas que ocurren como consecuencia de mala técnica quirúrgica, o complicaciones precoces, tienen que ser revividos de acuerdo con el cuadro que presenten. De un modo general, nosotros procuramos intervenir en los mismos músculos operados en la vez anterior, en la tentativa de corregir el defecto que ha sido introducido por la operación previa. Sin embargo, hay casos que esto no es posible, como por ejemplo, en las tenectomías de los oblicuos inferiores, cuando entonces la operación tendrá que ser hecha en los agonistas, o en los antagonistas, conforme se presente el cuadro motor.

MINUCIAS DE TECNICA

Delante de un estrabismo secundario, es imprescindible una cuidadosa semiología antes y durante la operación. Tenemos inicialmente que descartar la incontinencia y las limitaciones de excursiones. Los desvíos que han sido introducidos con la operación previa, serán estudiados. Cuando hay incontinencia, limitaciones y desviaciones iatrogénicas, pensamos en primer momento, intervenir en los mismos músculos ya operados, siempre que sea posible. En los estrabismos secundarios sin apariencia de problemas cicatriciales, seguimos como si fuéramos a operar por la primera vez. Rutinariamente, hacemos la incisión limbica siguiendo con el levantamiento de la conjuntiva y cápsula hasta la inserción muscular. Siempre con tijeras rombas, vamos disecando la conjuntiva y la cápsula de Tenon de la esclera, tanto por debajo y por encima del músculo; pasamos luego el gancho por

RE-OPERACIONES EN ESTRABISMOS

el borde inferior del músculo, saliendo por el superior. Traccionamos el músculo para inspeccionarlo y liberarlo de las adherencias normales y anormales. En los casos ya operados, debemos tener mucho cuidado para evitar lesiones que puedan perjudicar el éxito operatorio. Todas las adherencias son eliminadas y el músculo liberado completamente y nuevas pruebas de tracción son realizadas, para comprobar el efecto de esta liberación sobre eventual limitación de movimiento. Verificamos si el borde anterior está bien o si se corrieron fibras, especialmente las posteriores y/o las medias. Para prevenir la pérdida de fibras, empleamos la sutura trenzada (fig. 9). Siempre examinamos el músculo hasta unos 10 mm. posteriormente por los lados, por debajo, y por encima. Seccionamos las adherencias anómalas o las normales que puedan limitar la corrección intentada. Las limitaciones de aducción en operaciones de esotropías, son generalmente por retroceso exagerado de los rectos mediales, menos frecuentes por cicatrices en las áreas de los rectos laterales. El test de la ducción pasiva y la observación de la anchura de la hendidura palpebral, ayudan al diagnóstico; cuando el ojo con exagerado retroceso del recto medial se mueve para el lado del retroceso, la hendidura palpebral se amplía. Las medidas para determinar las posiciones de las inserciones, son hechas a partir del limbo, puesto que los locales ya operados, no constituyen buenos puntos de referencia. Después de re-insertados los músculos, suturamos la cápsula de Tenon con catgut 6-0 y la conjuntiva con seda virgen 7-0, o catgut 7-0 en los niños. Como recursos complementarios de las maniobras musculares, utilizamos el retroceso y la resección de la conjuntiva (8 y 9); las suturas de tracción (8, 10, 11, y 12) y de los guantes de supramid (13). El retroceso de la conjuntiva, alarga el efecto del retroceso muscular y su resección amplía el efecto del refuerzo muscular. Las suturas de Callaham son indicadas en la parálisis, pérdida de músculo, retracciones, etc. Estas suturas son pasadas por la esclera, o por la inserción muscular del mismo lado del desvío y después de desviadas de la córnea a través de pasaje conjuntival, siguen para pasar por la piel del lado contrario, donde son anudadas, traccionando el globo ocular en su dirección. Se usa seda 4-0. El empleo de guantes de Supramid es útil para los casos de adherencias y en las tenotomías marginales.

Las tenotomías marginales son empleadas cuando hay tensión exagerada en músculos que estaban demasiado retroinsertados y los colocamos en el sitio adecuado.

Tenemos buen resultado también con recubrimientos con cápsula de Tenon.

LUIS EURICO FERREIRA

En las re-operaciones podemos tener problemas con hemorragias, que si no son bien controladas, pueden comprometer el éxito operatorio. Usamos los siguientes recursos para combatir las hemorragias: medicación anti-hemorrágica en las 48 horas antes del acto operatorio y durante el acto operatorio; inyección sub-conjuntival y sub-tenoniana de vasoconstrictor, y finalmente cauterización hemostática suave.

Al final de la operación, hacemos inyección sub-conjuntival de dexametasona retardada e instilaciones de Rifampicina. En los niños no hacemos oclusión y en los mayores hacemos por 24/48 horas. Pensamos que la movimentación precoz, es muy importante para evitar adherencias y permitir re-organización sensorial.

Se prescribe gotas de dexametasona y cloranfenicol, la asistencia sensorial se hará de acuerdo con el caso.

SUMMARY

The author expresses his concepts about residual strabismus corrections. He states that strabismus caused by surgery (secondary strabismus) are not very common, but he quotes Bietti and Bagolini, who found 40% of hypocorrections and 20% of hypercorrections in 1600 edodeviation operations. In the author's opinion, the semiology is very important in endotropias, and in general minor hypocorrections improve with reading and convergence exercises and negative lenses. In respect to Exotropias, if there is hypocorrection an operation is advisable as soon as possible, because it has a tendency to increase with time. He also states that persistent hypercorrections are not common and the ones that appear during the first two months, are almost desirable.

Because of this, it is better not to operate a hypercorrection again until at least 6 months after the first operation.

As to Iatrogenic desviations, the previously operated muscles should be operated, except in tenectomies of the inferior oblique. Here it is important to examine the muscles well, to see if there were fibers displaced or if there are unwanted adherences, and then correct these situations.

RE-OPERACIONES EN ESTRABISMOS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 BIETTI & BAGOLINI, citados en COSTENBADER and O'NEILL (2).
- 2 COSTENBADER, F. D. and O'NEILL, J. F.: **Secondary surgery of esotropia.** Symposium on Horizontal Ocular Deviations, ed. by Manley, D. R. the C. V. Mosby. Saint Louis: 95-106, 1971.
- 3 JAMPOLSKY, citado en DUNLAP, E. A. (4).
- 4 DUNLAP, E. A.: **Overcorrections in Exotropia.** Surgery Symposium on Horizontal Ocular Deviations. ed. by Manley, D. R. the C. V. Mosby. St. Louis: 183-187, 1971.
- 5 COOPER, E. L.: **Purposeful overcorrection in esotropia.** International Strabismus Symposium ed. by Arruga, A. S. Karger AG. Basel, 1966.
- 6 COOPER, E. L., citado en DUNLAP, E. A. (4).
- 7 RAAB, E. L. and PARKS, M. M.: **Immediate post-operative overcorrection after recession of the lateral recti: effect on the final result.** Symposium on Horizontal Ocular Deviation, ed. by Manley, D. R. the C. V. Mosby. St. Louis: 174-182, 1971.
- 8 FERREIRA, L. E.: **Técnicas Cirúrgicas nas Exotropias.** Bol. Centro Bras. de Estrab. 2: 67-83, 1973.
- 9 COLE, J. G. and COLE H. G.: **Recession of the conjunctiva in complicated muscle operations.** Amer. J. Ophthal. 53: 618-622, 1962.
- 10 CALLAHAM, A.: **The arrangement of the conjunctiva in surgery for oculomotor paralysis and strabismus.** Arch. Ophthalm. 66: 241-246, 1961.
- 11 ALMEIDA, H.: **Reoperações em Estrabismo.** Bol. do Centro Bras. de Estrab. 2: 5-12, 1973.
- 12 BEDROSSIAN, E. H.: **Traction sutures in the treatment of paralytic esotropia.** Symposium on Horizontal Ocular Deviation ed. by Manley, D. R. the C. V. Mosby. St. Louis: 107-110, 1971.
- 13 DUNLAP, E. A. and DUNN, M.: **Observations on the use of plastic adhesives in muscle surgery with two new potential applications.** In Amer. Ophth. Soc. 67: 283-303, 1969.