

Ametropías en estrabismo

Martha Pachón de Chicourel, O. D.

Objetivo

El propósito de este trabajo es presentar un análisis de las prevalencias encontradas en las diferentes ametropías y relacionarlas con el estrabismo.

Teniendo en cuenta:

- A. Prevalencia de ametropías en heterotropías
- B. Relación con el tipo de estrabismo.
- C. Relación entre el grado de ametropía y el ángulo de desviación
- D. Criterios optométricos en el manejo del paciente estrábico.

Material y métodos

Se analizaron 15.682 historias clínicas de la consulta privada de la Unidad Oftalmológica de Bogotá, 2.684 pacientes atendidos entre noviembre de 1982 y abril de 1992, 2.684 que presentaban algún diagnóstico de estrabismo, lo cual representa una prevalencia del 19% de estrabismo dentro de la consulta general oftalmológica de un centro especializado en estrabismo. De estas historias se tomaron 360 casos de forma consecutiva de heterotropías primarias, analizando los siguientes puntos:

- a. Edad de consulta
- b. Prevalencia de ametropía
- c. Grado de ametropía
- d. Agudeza visual con corrección
- e. Anisometropía
- f. Ambliopía

g. Dirección de la desviación

i. Ametropías en endotropía, exotropía y verticales.

j. Relación entre la dirección de la desviación, el ángulo y el grado de ametropía.

Análisis de prevalencias

1. Edad de consulta: De los 360 casos que se estudiaron, un 12.5% consultó antes del año de edad; un 30.8% consultó entre los 2 y 4 años de edad. Este grupo tiene un buen pronóstico para su recuperación funcional sensorio-motora; sin embargo, hay un elevado porcentaje de niños que consulta tardíamente, el 25.8%, entre los 5 y los 9 años y el 30.8%, una vez han superado la edad ortóptica, va a presentar dificultades en su tratamiento, con pronóstico reservado en cuanto a su recuperación.

2. Prevalencias de ametropías: En nuestro estudio encontramos una gran prevalencia del astigmatismo hipermetrópico compuesto y la hipermetropía simple en contraste con la baja prevalencia de la miopía simple el astigmatismo miópico y el astigmatismo simple. Reuniendo las ametropías en tendencia miópica e hipermetrópica, vemos la prevalencia altamente significativa de la hipermetropía, 85.83% en comparación con la tendencia miópica de 10.38%, encontrándose 3.89% de emétopes. Este hecho lo hemos considerado ligado a la edad ya que la consulta promedio está alrededor de los 7 años.

3. Grado de ametropía: Dentro de la tendencia hipermetrópica, analizando 309 casos, encontramos que la que predomina es la hipermetropía media, con un 38.83%, seguida de hipermetropía baja con 34.62%, y luego la hipermetropía alta, con 26.53%.

En cuanto a la tendencia miópica, analizando 37 casos, la que predomina es la miopía baja, con el 62.16%, seguida de la miopía media con el 21.62%, y de última la miopía alta, con un 16.21%.

4. Agudeza visual con Rx: Se encontró que un 25.1% alcanza una agudeza visual de 1.0 de 0.6 a 0.8, un 35.4% de 0.2 a 0.5, un 28.6% y menos de 0.10 un 10.9%. Hay que anotar que dentro del grupo de 0.6 a 0.8, hemos tenido la oportunidad de hacer seguimientos de estos pacientes entre 5 y hasta 10 años, hemos encontrado que muchos de éstos han alcanzado agudeza visual de 1.0 posteriormente, quizá debido a la falta de madurez visual en el momento de la toma de agudeza visual, o por falta de colaboración, debido a su corta edad.

5. Anisometropías: De 175 casos, 21.7% presentaba anisometropía mayor de 1 dioptría.

6. Ambliopía: De 175 casos, 74.9% presentaban ambliopía, distribuida de la siguiente forma: a) leve de 0.6 a 0.8, 43%; b) media de 0.2 a 0.5, 38% y c) profunda menos de 0.10, 18%. Hay necesidad de hacer campañas de información para lograr una consulta temprana y precoz para la prevención de la ambliopía. Estas se deben hacer no sólo a nivel médico, paramédico, a nivel educacional, sino también a nivel de población en general, informándoles sobre las secuelas que puede tener una consulta tardía y los beneficios de quienes consultan tempranamente, y hacen su tratamiento de manera continua y disciplinada. Es necesario insistir en la importancia de un examen preescolar y de consultar inmediatamente se note alguna alteración del paralelismo o dificultad de visión.

7. Dirección de la desviación: De 360 casos se encontró un 71.4% de endotropías, 21.7% de exotropías y 6.9% de verticales. En cuanto al tipo de endotropía, de 257 casos, encontramos endotropía monocular 65.4%, endotropía alternante 27.6%, endotropía intermitente 7.0%. Teniendo

en cuenta el tipo de exotropía, en 78 casos encontramos exotropía intermitente 46.2%, exotropía monocular 43.6% y exotropía alternante 10.3%. En cuanto a las desviaciones verticales, de 25 casos se encontró: vertical asociado a endotropía 56.0%, vertical asociado a exotropía 28.0% y vertical puro 16.0%.

8. Ametropías en heterotropías: Analizando la relación entre las ametropías y la dirección de la desviación, en 257 casos analizados, encontramos la gran relación entre endotropía e hipermetropía con el 96.1% y sólo un 3.9% a endotropía y miopía. En cuanto a las ametropías en exotropía de 78 casos el 52.6% corresponde a exotropía y miopía y el 47.4% de exotropía e hipermetropía. Es de anotar que las hipermetropías asociadas a exotropías son de bajo grado, que posteriormente en el seguimiento de varios años fueron disminuyendo su hipermetropía y llegaron algunos a ser miopes. Teniendo en cuenta las desviaciones verticales en 25 casos, el 88.0% corresponde a hipermetropía y vertical, el 12.0% a miopía y vertical.

9. Relación entre la dirección de la desviación, el ángulo y el grado de ametropía: En la endotropía en 277 casos predomina el ángulo medio, asociado a ametropías bajas y en exotropía en 73 casos, predomina el ángulo pequeño, asociado a ametropía baja.

Conclusiones

a) La importancia de un equipo interdisciplinario, oftalmólogo, optómetra, ortoptista, para un mejor manejo en el tratamiento de los pacientes estrábicos.

b) Insistir en la necesidad de las campañas de información para la prevención de la ambliopía.

c) El alto grado de porcentaje en la relación hipermetropía y endotropía.

d) La relación existente entre exotropía y miopía y exotropía e hipermetropía baja.

e) El predominio de ametropía baja y ángulo medio en endotropía.

f) El predominio de ametropía baja y ángulo pequeño en exotropía.