

Diagnóstico del estrabismo en la infancia

C. Bottin, M.-A. Espinasse-Berrod

La frecuencia del estrabismo infantil es del 5%. El estudio de los reflejos corneales y las pruebas de oclusión son las exploraciones clave para el diagnóstico. En la mayoría de los casos, la esotropía es precoz o adquirida (de acomodación). El cerebro del recién nacido es muy plástico y vulnerable, y el estrabismo puede provocar una ambliopía (disminución de la agudeza visual del ojo no fijador). Es necesario determinar la refracción con cicloplejía para determinar el error refractivo. La prescripción de lentes correctoras es la primera etapa del tratamiento y el estrabismo debe ser alternante para prevenir la ambliopía.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Estrabismo; Ambliopía; Estrabismo concomitante; Estrabismo paralítico; Organicidad

Plan

■ Definiciones	1
■ Implicaciones	1
■ Exploración del niño con estrabismo	1
Confirmación del diagnóstico	1
Descartar los diagnósticos diferenciales	2
Descartar una causa orgánica	2
Evaluación del estrabismo	2
■ Formas clínicas de estrabismos	2
Estrabismo sensorial o secundario	2
Estrabismo concomitante	3
Estrabismo precoz	3
Esotropía adquirida	3
Exotropía intermitente	3
Microestrabismo	3
Estrabismo concomitante de origen periférico (neurológico o muscular)	3
■ Tres grandes ejes terapéuticos	3
Uso de la corrección óptica	3
Prevención o tratamiento de la ambliopía	4
Cirugía	4
■ Conclusión	4

■ Definiciones

Strabismos en griego significa «bizquear» ^[1]. El estrabismo consiste en un defecto de paralelismo intermitente o permanente de los dos ejes visuales que da lugar a movimientos oculares no

conjugados principalmente en convergencia (ejes visuales demasiado próximos) o en divergencia (ejes visuales demasiado alejados entre sí).

■ Implicaciones

Siempre debe descartarse una causa orgánica (anomalía de transparencia corneal, catarata, anomalías retinianas, tumor ocular, malformaciones cerebrales, etc.). Cualquier estrabismo requiere una consulta con un oftalmólogo (en un plazo de un mes). Sin embargo, el estrabismo se debe en la mayoría de los casos a una anomalía de vergencia tónica.

La prevención y el tratamiento de una posible ambliopía son esenciales: la disminución de la agudeza visual por defecto de maduración de las vías visuales del ojo no fijador es más rápida cuanto más pequeño es el niño. Sin embargo, la plasticidad cerebral del niño permite corregir esta ambliopía con mayor eficacia cuanto más precoz es el tratamiento.

El riesgo de ambliopía es menor si el estrabismo aparece más tarde (después de los 3-4 años), porque el niño neutraliza con menos facilidad la imagen del ojo desviado. Puede referir visión doble (diplopía) o fatiga visual.

■ Exploración del niño con estrabismo

Confirmación del diagnóstico

El estrabismo puede ser evidente si el ángulo de desviación de los ejes visuales es importante. El estudio de los reflejos corneales permite distinguir los demás casos. Una fuente de luz situada



Figura 1. Esotropía del ojo izquierdo: reflejo corneal izquierdo temporal.



Figura 2. Prueba de oclusión: movimiento de refijación (flecha) que va a hacer el ojo de medial a lateral en caso de esotropía (en este ejemplo, izquierda).

a alrededor de 60 cm ilumina ambos ojos del niño simultáneamente. En condiciones fisiológicas, el reflejo corneal de esta luz se encuentra centrado en la pupila. Un reflejo corneal desplazado en sentido temporal de la pupila señala un estrabismo convergente y un reflejo desviado en sentido nasal de la pupila señala un estrabismo divergente (Fig. 1). Sin embargo, los reflejos corneales centrados en un momento dado no descartan absolutamente un estrabismo si este último es intermitente: un ojo puede «desviarse» transitoriamente y después recolocarse fisiológicamente.

La prueba de oclusión permite confirmar el estrabismo y cuantificar el ángulo de desviación. Un cobertor redondeado de plástico se coloca delante de un ojo y el niño debe fijar la vista en un dibujo. Si el ojo no cubierto realiza un movimiento de refijación, existe un estrabismo. Si el movimiento de refijación va de medial a lateral, el estrabismo es convergente, y si va de lateral a medial, el estrabismo es divergente (Fig. 2). La prueba se realiza en visión lejana y cercana. La interposición de un prisma que desvía los rayos luminosos hacia su base permite corregir la desviación. El valor del prisma que permite la anulación del movimiento de refijación corresponde al ángulo del estrabismo expresado en dioptrías.

Los principales factores de riesgo de estrabismo son la prematuridad, la hipoxia neonatal y las trisomías (excepto cualquier causa orgánica de alteración visual).

Los antecedentes familiares son un rasgo hereditario y refuerzan el interés de la detección sistemática.

La anamnesis de los progenitores proporciona numerosas informaciones, porque ellos han podido observar durante mucho tiempo las características del estrabismo: ojo más frecuentemente desviado, carácter permanente o intermitente de la desviación, ojo fijador, actitud de la cabeza (tortícolis).

Descartar los diagnósticos diferenciales

Un epicanto es un pliegue palpebral interno que oculta el blanco escleral. Puede simular un estrabismo convergente. Los reflejos corneales están centrados (también puede coexistir un estrabismo).

Una desviación conjugada, es decir, en el mismo sentido, de ambos ojos, intermitente, fugaz y en la que el niño pierde el contacto con el medio obliga a sospechar una enfermedad epiléptica subyacente. Está justificado consultar con un neurólogo, que confirmará el diagnóstico mediante un electroencefalograma.

Descartar una causa orgánica

Es urgente buscar cualquier causa orgánica oftalmológica de alteración visual, el ojo con mala visión «se desvía» por defecto de fijación. La transparencia de los medios, desde la córnea a la retina, es fundamental para la maduración visual. De forma esquemática, deben descartarse (lista no exhaustiva): opacidad corneal, catarata congénita (presencia de una leucocoria o pupila blanca), opacificación del vítreo, tumor retiniano (como el temido retinoblastoma, que también se manifiesta por una leucocoria).

La hipertensión intracraneal complicada con una parálisis del VI par craneal puede causar un estrabismo convergente súbito con déficit de abducción del ojo afectado, vómitos, «ojos en puesta de sol» y abombamiento de las fontanelas en el lactante.

La búsqueda de una malformación compleja se ve facilitada por la resonancia magnética y la tomografía computarizada.

Evaluación del estrabismo

Descartar un componente de acomodación mediante el estudio de la refracción

La refracción en los niños se determina siempre con el uso de ciclopléjicos, es decir, con moléculas que bloquean la acomodación para determinar el valor total de la hipermetropía. También se detectan el astigmatismo y la miopía.

Se dispone de dos colirios: ciclopentolato al 0,5% y atropina al 0,3% y 0,5%.

El ciclopentolato se usa instilando 3 gotas con 5 minutos de intervalo. La primera gota se instila 45-60 minutos antes de determinar la refracción.

Repercusión

Ambliopía

La maduración de la corteza occipital es incompleta al nacer y su desarrollo depende de la estimulación constante de las vías visuales desde la edad más precoz. El defecto de paralelismo de los ejes visuales provoca una diplopía que el niño corrige rápidamente por una supresión de la imagen más desviada. Si el ojo desviado no se estimula más, se desarrolla un defecto de maduración más o menos grave de la corteza occipital dependiendo de la edad del niño y ya no se puede corregir ópticamente: se trata de la ambliopía.

La agudeza visual con corrección óptica óptima es el mejor método de detectar la ambliopía. En la edad prelocutiva, la prueba de la oclusión consiste en tapar alternativamente con la mano del observador un ojo y después el otro, estimulando al niño. Cualquier reacción de intolerancia de un ojo respecto al otro es sospechosa de ambliopía.

En los niños mayores, la medición de la agudeza visual se realiza con escalas adaptadas.

Debe señalarse que un ojo desviado permanentemente, sin alternancia, es muy sospechoso de ambliopía.

Visión binocular y en relieve (estereoscopia)

La visión binocular requiere una correspondencia neuroretiniana normal: el cerebro integra los flujos axónicos retinianos y hace corresponder el campo visual temporal a la retina nasal y el campo visual nasal a la retina temporal; la mácula corresponde a la visión «totalmente recta», tomando como referencia el ojo con el que se realiza la fijación. Esta «cartografía» es fisiológicamente idéntica para ambos ojos. Cuanto más precoz es la aparición del estrabismo y no se trata, más se altera la visión binocular.

La visión estereoscópica se estudia mediante varias pruebas (Lang, Wirt, Titmus, TNO) que sólo se perciben si los ejes visuales son rectos o ligeramente desviados (microestrabismo). Ei el estrabismo es permanente y con un gran ángulo, la visión estereoscópica es casi inexistente.

■ Formas clínicas de estrabismos

Estrabismo sensorial o secundario

La desviación de un ojo es secundaria a una alteración visual (catarata, anomalía retiniana) con defecto de fijación foveal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465305>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465305>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)