

Dora Fernández Agrafojo, directora del Instituto INOF

Detectado a tiempo, el estrabismo se puede tratar con éxito

EL ESTRABISMO DEL ADULTO AFECTA MÁS ALLÁ DE LA CONSIDERACIÓN ESTÉTICA SUBJETIVA, ADEMÁS DE SER UN FACTOR PENALIZADOR DE LA SEGURIDAD PERSONAL Y DE LAS RELACIONES SOCIALES, EN MUCHOS CASOS AÚN PODEMOS SALVAR RESTOS DE VISIÓN PERIFÉRICA Y CENTRAL DE VALIOSA UTILIDAD PRÁCTICA. LA DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA, LA RECONOCIDA ESTRABÓLOGA DORA FERNÁNDEZ AGRAFOJO, ABOGA POR UNA BUENA RELACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS OFTALMÓLOGOS Y LOS ÓPTICOS OPTOMETRISTAS QUE REDUNDE EN BENEFICIO DE LOS PACIENTES YA DESDE LA INFANCIA.

Hay dos tipos de estrabismo, el infantil y el del adulto. **Dora Fernández Agrafojo**, directora del Instituto INOF y doctora en Medicina y Cirugía especializada en visión binocular y estrabismo, nos detalla que el estrabismo es una pérdida de paralelismo de los ojos. Es decir, “*ya no están rectos, pueden estar hacia afuera, hacia adentro, arriba o abajo incluso*”. Señala que éste aparece frecuentemente en la edad infantil, incluso en ciertos casos puede volver a reaparecer muchos años después de la cirugía.

En la infancia es primordial la prevención: “*Son visitas oftalmológicas, dilatar la pupila por oftalmólogos pediátricos. Si puede ser, antes de los tres años, porque estamos en un momento muy importante del desarrollo de la visión infantil, que dura hasta los siete*”. Afirmo que, detectado a tiempo, tanto si se padece estrabismo como si se tiene ojo vago o algún problema de refracción importante, se puede tratar exitosamente. “*Ésa es la diferencia.*

Si evaluamos al niño a partir de los siete años, también, pero todo será más difícil. Cuanto mayor es el niño, más complicado es el tratamiento, de ahí la importancia de la medicina oftalmológica preventiva en la infancia”, expresa. Insiste en que la medicina preventiva es tan fácil como acudir al oftalmólogo especialista en visión pediátrica.

Explica cómo, en muchos casos, los niños y niñas no suelen quejarse a pesar de padecer una disfunción visual. Por lo general, lo llevan a consulta cuando tiene problemas en el colegio o porque el profesorado sospecha la presencia de algún trastorno visual. Si hay antecedentes, hay padres que los llevan por sí mismos. Si no hay antecedentes, no lo suelen hacer. ¿Qué ocurre? La doctora avisa de que el niño, al contrario del adulto, no sabe decir si ve por un ojo o no ve, por lo que se halla indefenso ante esto. Por esa razón, la Dra. Fernández Agrafojo está implicada en interesantes proyectos, tanto na-



“LA PREVENCIÓN DE LA SALUD VISUAL EN NIÑOS IMPLICA VISITAS OFTALMOLÓGICAS ESPECIALIZADAS, DILATANDO LA PUPILA POR OFTALMÓLOGOS PEDIÁTRICOS”

cionales como internacionales, con el objeto de que el niño vaya al oftalmólogo cuanto antes, para conseguir los mejores resultados visuales: una visita tardía implicará menos posibilidades de conseguir la máxima calidad y eficiencia visual.

Esto no excluye al pediatra, *“pero el pediatra no tiene ni el conocimiento ni los recursos de los oftalmólogos especialistas en visión binocular y en disfunciones como el ojo vago, que no siempre tiene que ir ligado al estrabismo”*. *“Hoy en día, los médicos nos movemos por subespecialidades. Yo no puedo operar una retina, pero sí puedo tratar un estrabismo”*, declara Fernández Agrafojo. Recomienda precaución y medicina oftalmológica preventiva, visitar al oftalmólogo infantil o estrabólogo antes de los tres años.

Apunta que el estrabismo de la infancia no siempre tiene que pasar por la cirugía. Hoy en día, disponemos de medios como el botox, que está evitando cirugías o por lo menos retardándolas. *“Hay que tener un manejo y un conocimiento muy precisos de lo que es ponerle a un niño con estrabismo botox, toxina botulínica, que paraliza la acción de este músculo que está tirando demasiado, sin tener que recurrir a procedimientos quirúrgicos”*, informa. Esta opción permite disponer de un valioso margen de tiempo para valorar si conviene acabar con cirugía. Si la visión binocular es perfecta, se va por muy buen camino.

Dos futuros

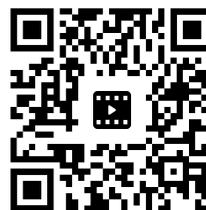
“Hay dos futuros importantes en este momento que no están a la altura de lo que deberían de estar en el siglo XXI en general y en Europa en particular. Uno es el estrabismo y el ojo vago del niño y el otro es la diplopía del adulto, debida a una disfunción binocular”, remarca. Hay adultos que, por diferentes circunstancias, empiezan a ver doble. A estos adultos no se les está considerando en el sentido de que casi siempre llegan a la consulta al cabo de un año viendo doble. *“Y eso es innecesario. Hay unas especialidades como la nuestra que tienen en cuenta la visión binocular, la estereopsis y el estrabismo, la diplopía o visión doble, puede tener solución. Los tratamientos de la visión doble pueden pasar por tratamientos médicos, terapia visual, tratamientos con prismas y como recurso final la cirugía. La cirugía en un paciente que acusa visión doble es magnífica. ¿Por qué dejar que una persona de 50, de 60 o de 80 años vea doble?”*, se pregunta. A su parecer, con los conocimientos médicos actuales, no tendría que considerarse como un problema irresoluble.

Hay quien padece estrabismo, pero no ve doble, porque ha anulado la visión de un ojo. *“Estas personas suelen venir al despacho después de dar muchas vueltas, porque les dicen que es estético. No es verdad. El estrabismo del adulto no es sólo estético, en absoluto. Es verdad que un gran componente es estético, pero este aspecto va más allá de la propia percepción estética provocando falta de autoconfianza y de seguridad en las relaciones sociales. Las personas, con las que se relacionan, no saben a dónde miran o a quién miran y esto sin duda afecta a su relación con la sociedad, por lo que la cirugía es también una forma de reequilibrar las emociones. No siempre conseguimos un 100%, porque en la mayoría de casos han estado intervenidos en más de una*

oportunidad, por lo que disponemos de escaso margen para actuar sobre los músculos. No obstante, se tiene que intentar”, alega. Por otro lado, indica que, al poner los ojos rectos en un adulto estrábico sin diplopía, el ojo recto puede permitir salvar la escasa visión periférica o incluso central potencialmente disponible, sacando un valioso partido para defenderse mejor en el día a día. Se realiza el test VF-14 y se encuentra que *“todos los pacientes adultos operados de estrabismo, un estrabismo sin diplopía, refieren”*. Les hacen el test antes y después de la cirugía, con el resultado de que todos refieren un mejor control. No es una cuestión sólo de estética, es un tema también de confort y calidad de vida. La visión binocular es importantísima, *“porque es la que nos deja el relieve y la profundidad, la que nos da la seguridad caminando, la que nos permite desenvolvernos en el mundo tridimensional en el que vivimos, porque, si nos falla un ojo, es como si nos fallara una pierna”*.

Con palabras de cariño, Fernández Agrafojo pide a los ópticos optometristas que les envíen los pacientes. *“Siempre se los voy a devolver, casi todos llevan gafas”*, pronuncia. Igualmente, los anima a hablar con los oftalmólogos directamente cuando se encuentren con casos así, porque les pueden explicar las diferentes posibilidades. Después, obviamente, el paciente lo van a seguir llevando ellos a nivel de graduación. Con los niños es más complejo, hay que verlos más veces en la vida. Pero, un adulto, una vez que esté dado de alta, sólo es necesario que lo vea el oftalmólogo una vez al año.

El oftalmólogo pone gotas de dilatar, que es algo muy importante, porque paraliza la acomodación y te deja ver exactamente lo que tiene el paciente de graduación, tanto en niños como en adultos. De hecho, en el equipo, es habitual el uso del ciclopentolato en adultos. Relata que te llevas sorpresas. *“Me vienen pacientes con graduación de miopía y que han creado estrabismo. En el momento en el que le paralizas la combinación con ciclopentolato, detectamos que se trata de una miopía falsa, por ejemplo. Y esto no es un hecho aislado, es más frecuente de lo que parece. La graduación de la vista sin una buena anamnesis y sin un estudio previo, que en este caso lo tiene que efectuar un oftalmólogo, puede implicar un esfuerzo acomodativo que distorsione los resultados reales”*, subraya. Concluye que la colaboración entre ambos profesionales es importantísima y que llevará a todos a un gran futuro, con el objetivo de cuidar la salud visual de las personas. ■



Caso de estrabismo
convergente en el adulto



Caso de estrabismo
convergente en la infancia