

## Artículo de opinión

# ¿Caída en obsolescencia del tratamiento sensorial del estrabismo?

Dr. Juan García de Oteyza Fernández-Cid

Expresidente de la SEE

A principios de los años 80 se celebró en el Hospital del Valle de Hebrón de Barcelona un curso dirigido por el Dr. Ferrer en el que participaron, entre otros, colegas de la talla del Dr. Reinecke, autoridad mundial en Estrabología por aquella época. A lo largo del exhaustivo programa solo había una charla de 20' dedicada a la visión binocular. Para mí, que me había formado fundamentalmente en la sensorialidad que era lo que primaba en Europa por aquel entonces, fue una desagradable sorpresa y motivo de una reflexión/protesta dirigida a los organizadores. ¿Cómo era posible que a uno de los pilares fundamentales de la visión binocular se le dedicara tan poco tiempo?, ¿Cómo pretendían los ponentes curar un estrabismo sin rehabilitar la sensorialidad estropeada como consecuencia de la desviación?

Mi formación estrabológica se inició en el año 1974 cuando una vez agotadas y sin haber obtenido respuestas a mis inquietudes sobre el estrabismo en Barcelona tuve la suerte de conocer a la Dra. Pigassou en un congreso celebrado en Andorra. Me abrió las puertas de par en par tanto de su casa como de su consulta y sus conocimientos. Fue una etapa apasionante de mi vida donde aprendí casi todo sobre la visión binocular, sus desarreglos en el estrabismo, su detección y tratamiento.

Hasta entonces todos los esfuerzos terapéuticos tanto con postimágenes como con el sinoptóforo y otros muchos métodos y aparatos, tenían como objetivo común levantar el escotoma de supresión que anula las posibilidades de cooperación entre los dos ojos. Estos tratamientos obligaban a seguir un control estricto casi diario al principio y semanal después durante

mucho tiempo con el sacrificio personal y económico que representaba para las familias que muchas veces vivían muy alejadas de la consulta. Mi aterrizaje en Toulouse coincidió con el apogeo del diagnóstico y del tratamiento en el espacio de la visión binocular anormal. Y en este sentido la Dra. Pigassou era una de las líderes mundial.

Los prismas nos permitían medir los ángulos de estrabismo en dioptrías prismáticas en el espacio y de paso olvidarnos del sinoptóforo. Aparatos como el estereoprojector o los vidrios estriados de Bagolini nos permitieron explorar la visión binocular en el espacio y confirmar sus desarreglos y, por último, el tratamiento con prismas hipercorrectores (método original de Pigassou) nos permitía evaluar el grado de mejoría en el «re-entendimiento» entre las dos foveas partiendo de una CRA.

Recuerdo que la presencia de la Dra. Pigassou en cualquier foro o mesa redonda estrabológica era un «grano en el trasero» para todos los participantes en el mismo pues si bien la mayoría se desgañaba por obtener un mejor resultado gracias a un retroceso o un avance muscular de un milímetro de más o de menos, la Dra. Pigassou desmontaba todos sus esfuerzos y argumentos preguntando que entendían por buenos resultados. Y ahí empezaba el follón, ¿Cuál es el criterio de curación de un estrabismo?, ¿se debe valorar únicamente el resultado «estético»? y en ese caso, ¿cuánta desviación es aceptable?, ¿la curación incluye la restauración de la visión binocular?

Se formaron dos corrientes de opinión. Los «sensorialistas o puristas» para los que solo existe un buen resultado cuando se obtiene or-

toforia en todas las posiciones de mirada y estereopsis de 40" de arco y los «motoristas» para los que lo más importante es dejar al paciente lo mejor posible desde el punto de vista estético, consiguiendo un cierto grado de binocularidad que llamaron «unión binocular» y que quería decir que si se conseguía un pelín de estereopsis ya estaba bien.

La Dra. Pigassou y tantos otros estrabólogos (más europeos que americanos) batallaron durante décadas para entender e intentar restablecer la binocularidad en los estrábicos partiendo de la base de que aquellos estrabismos iniciados más allá de los 4 años gozaban de una sensorialidad normal y que tratados y operados a tiempo quedaban casi siempre bien, es decir, ortofóricos y con VBN. Se crearon escuelas de Ortóptica con rango universitario en toda Europa y la colaboración de las/los ortoptistas se hizo imprescindible en cualquier clínica especializada en Estrabología. Para resaltar la importancia que por entonces tenía la sensorialidad en Europa citaré la ponencia de las Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana de 1961 escrita en tres tomos por el Dr. Alfredo Arruga y en la que de las 1260 páginas que contiene la obra, solamente en 171 se habla de cirugía.

Mi tesis doctoral se tituló «Tratamiento prismático de las esotropías no acomodativas». Dicho trabajo me llevó más de 4 años durante los cuales reuní a más de 260 niños aquejados de estrabismo convergente infantil y sensorialidad anormal. Hacíamos controles mensuales de su evolución y en su caso de recalibración de los prismas wafer o press-on con los que iban equipados bien adherido a los cristales de las gafas o bien con esparadrapo invisible a la montura de las gafas. Obviamente ante la rigurosidad exigida por el estudio se produjeron múltiples deserciones que adelgazaron notablemente el número de participantes que al final quedó limitado a unos 100 pacientes de los cuales solamente en la mitad conseguimos llevar al paciente al quirófano con una sensorialidad normal y consecuentemente a un resultado postoperatorio óptimo. La tesis salió adelante pero mi conciencia no se quedó para nada tranquila. Al poner en una balanza los pros y los

contras de un tratamiento tan costoso tanto para la Sanidad como para la familia del paciente cabe preguntarse si realmente merece la pena un esfuerzo tan titánico. La respuesta es clara: A pesar de que estoy convencido de que el tratamiento de cualquier estrabismo se queda cojo si solamente se trata la parte motora debo asumir y asumo que a falta de otros tipos de tratamientos que puedan venir en el futuro, el tratamiento de la visión binocular anormal en el estrabismo infantil es hoy por hoy inviable tanto a nivel técnico como humano. Estas conclusiones las expuse con toda su crudeza a la Dra. Pigassou quien tuvo que aceptar que siendo yo el único discípulo que siguió al pie de la letra sus consignas y pautas de tratamiento no era capaz de obtener mejores resultados, eso quería decir que el tratamiento no se podía generalizar. Mis comentarios le contrariaron de tal forma que se cuestionó si todo lo que había trabajado a lo largo de su vida no sirvió para nada. Fue muy duro para mí hacerle ver que habría que buscar otros procedimientos de tratamiento compatibles y adaptables a la vida cotidiana de los pacientes, sus familias y el hospital. El problema es que, desde entonces, el tratamiento sensorial ha ido cayendo en desuso por los motivos apuntados más arriba y que raramente existen centros en los que se investigue y se trate la binocularidad anormal. Lo peor es que los ópticos han visto una oportunidad de inmiscuirse en nuestro terreno viendo una oportunidad de negocio que nosotros hemos abandonado por dejación. Lo más sorprendente es que han retomado técnicas y utillaje que nosotros habíamos dejado de usar al comprobar su inutilidad y encima parece como si lo hubieran inventado ellos. Basta con coger algún libro escrito por optometristas y ver como advierten a los pacientes de lo negativo de ponerse en manos de un estrabólogo frente a los beneficios de sus inútiles recetas. Incluso siguen utilizando técnicas de antisupresión con el grave riesgo de provocar una diplopía permanente, una de las razones por la que la Ortoptica abandonó dichas prácticas.

Desde entonces, el tratamiento sensorial del estrabismo («sensorialistas») ha ido perdiendo fuerza y argumentos mientras que el trata-

miento motor («motoristas») ha seguido evolucionando desde entonces a más y a mejor. Los avances en el conocimiento de los cuadros clínicos, pruebas diagnósticas instrumentales o no, la inestimable ayuda de la radiología, la EMG, la toxina botulínica, las fotografías y videos, por un lado, y el desarrollo de nuevas e importantes técnicas quirúrgicas, por otro, han desequilibrado definitivamente la balanza siendo el factor motor el único considerado en los estrabismos con elemento sensorial alterado. Afortunadamente en los estrabismos adquiridos tardíos y paralíticos se tiene en cuenta la sensorialidad (no queda más remedio) pues en unos casos existe diplopía y en otros se puede crear por nuestra actuación quirúrgica.

Es cierto que la mejoría del resultado quirúrgico satisface tanto a estrabólogos como a pacientes, pero debemos reconocer que nuestra actuación en el caso de los estrabismos infantiles está lejos de poder considerarse óptima y la cifra de al menos el 20% de reintervenciones la seguimos manteniendo, a menos que nuestro «grado de satisfacción» lo amplíemos más allá de 10 dp. de ángulo residual.

La visión binocular es el fruto del funcionamiento conjunto y armónico de multitud de parámetros de los que los más importantes son la sincronía motora, la correspondencia retiniana normal y el elemento óptico necesario para que las imágenes lleguen nítidas a la retina. Como ya publiqué en su día, podríamos considerar la visión binocular como un triángulo en el que no puede faltar ninguno de sus lados. Conocemos y tratamos bien los factores motor y óptico pero desconocemos, ignoramos y no tratamos el factor sensorial con lo que el triángulo es imposible que se forme con solo dos lados. Ésta, y no otra, es la causa del fracaso de nuestra terapéutica. No existe en el cuerpo humano ninguna cirugía que contemple tantos fracasos. Como señalé más arriba la cirugía ha mejorado notablemente nuestros resultados motores pero el porcentaje

de reintervenciones se mantiene inamovible en ese 20%. Partimos de estrabismos con visión binocular anormal y al final del tratamiento seguimos teniendo estrabismos con visión binocular anormal de ángulo más pequeño.

Pero en vez de lamentarnos de esta circunstancia deberíamos mirar al futuro y ver qué nos depara. Cuando uno revisa la bibliografía, observa que proliferan trabajos de pruebas diagnósticas sobre el estado sensorial del estrabismo y sin embargo poco leemos sobre su tratamiento. El tema está encallado desde hace más de 50 años, aunque sabemos que si consiguiéramos rehabilitar la sensorialidad anormal en los estrabismos infantiles nuestro porcentaje de curaciones rondaría el 100%. La supresión protege al estrabismo de la diplopía, aunque lo hace ambliope y la CRA lo condena de por vida. Siempre se ha dicho que la clave está en el tratamiento precoz y estoy de acuerdo. Si pudiéramos empezar a tratar al niño al mes de la aparición del estrabismo podríamos curar a muchos ya que no habría transcurrido suficiente tiempo como para que se enraizaran las perversiones sensoriales. Esta simpleza la han tenido siempre muy clara los que han propuesto una cirugía precoz e incluso ultraprecoz, pero los resultados contradicen hasta cierto punto su hipótesis.

Lo cierto es que en la sociedad actual de consumo y resultados inmediatos es posible que no tenga cabida ni la investigación ni el trabajo artesanal que supone la rehabilitación de la visión binocular anormal. Los niños no se quejan ni de diplopía ni de falta de estereopsis y eso relaja muchísimo a nuestra conciencia y responsabilidad, pero, por favor, cuando hablemos de nuestros resultados tengamos siempre presente que nuestro trabajo no ha sido perfecto. Dejemos de utilizar la palabra ortoforia a la ligera y recordemos que su definición incluye tanto la rectitud motora como una estereopsis de, al menos, 40° de arco.