

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA VISION BINOCULAR EN PACIENTES OPERADOS DE QUERATOTOMIA

DR. CLAUDIO JUCHEM¹
Porto Alegre, Brasil

INTRODUCCION

Desde el primer contacto que tuve con la técnica de queratotomía (radial, astigmática o combinada), nos llamó la atención el hecho de que se considerara normal la aparición de fotofobia, ardor, lagrimeo, algo de hiperhemia y fluctuaciones de visión en el post-operatorio. Respecto a todos estos síntomas, se le informaba al paciente que tales fenómenos podrían tener intensidad y duración variables (hasta 90 días) y también desaparecer con el tiempo.

Cuando la cirugía había sido realizada técnicamente exacta y los pacientes referían este tipo de sintomatología, al practicarles el examen biomicroscópico no se encontraban alteraciones patológicas que pudieran justificar estos síntomas.

Lo anterior nos llevó a hacer un estudio sobre la visión binocular en esos pacientes, tratando de explicar la baja agudeza visual en el post-operatorio. Los resultados encontrados confirmaron la sospecha que teníamos sobre alteraciones en la binocularidad. También se analizó la miopía residual, la cual, al ser interpretada como pérdida de corrección en algunos pacientes, puede llevar al cirujano a realizar una intervención innecesaria.

1. Dr. Claudio Juchem, oftalmólogo. Barao de Santo Angelo II 302. Porto Alegre, R.S. Brasil.

MATERIAL Y METODOS

Se presentan los resultados del examen ortóptico de 37 pacientes operados con la técnica de incisiones radiales para miopía, cortes en T o técnica de Ruiz para astigmatismos miópicos compuestos, simples o mixtos. De este grupo, 15 pacientes tenían examen ortóptico pre-operatorio. Para la técnica quirúrgica se empleó bisturí de zafiro y el programa de computador de L. Ruiz. Todas las cirugías fueron hechas con anestesia tópica, bajo microscopio. Todos los pacientes fueron operados de ambos ojos, excepto dos en los cuales se hizo la cirugía en dos tiempos quirúrgicos. Simultáneamente, se comparan estos resultados con un grupo control de 16 pacientes quienes no fueron operados, siendo algunos de ellos hipermétropes.

La evaluación ortóptica comprendió examen de agudeza visual, cover test, medidas de fusión, amplitudes de fusión y visión estereoscópica en el sinoptóforo.

Se define espasmo cuando el paciente presenta ángulo de fusión positivo al sinoptóforo.

El tratamiento instituido fue de ejercicios de diplopia fisiológica de convergencia, de relajación y de filtro rojo; la combinación de los tipos de ejercicios fue variable según el caso, igualmente la frecuencia y el tiempo de duración. Algunos pacientes necesitaron más de 3 meses de tratamiento para recuperar su control motor y sensorial.

RESULTADOS

POST-OPERATORIO

Síntomas previos a la cirugía	17 (68%)
Espasmo	18 (72%)
Desviación	16 (64%)
Visión binocular débil	6 (24%)
Disminución de la agudeza visual	24 (88%)
Leían sin corrección	17 (66%).

PRE-OPERATORIO

Síntomas	8 (66%)
Espasmo	8 (66%)

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA VISION BINOCULAR

Desviación	9 (75%)
—Un caso con E c/c X s/c	
Leían sin corrección	10 (83.3%).

POST-OPERATORIO TOTAL

Sin desviación y sin espasmo	3 (8%)
Con espasmo al sinoptóforo	27 (73%)
Con espasmo y desviación	25 (67%)
Baja A. V. con espasmo	27 (73%)
Baja A. V. con supresión	2
Leían sin corrección	26 (70%)

GRUPO CONTROL

Disminución de la A. V.	16 (100%)
Disminución de las amplitudes de fusión	14 (87.4%)
Con ángulo positivo de fusión	14 (87.4%)
Con espasmo y baja visión estereoscópica	14 (87.4%)
Con disminución de A. V. y visión estereoscópica	8 (50%)
Empeoraron con ejercicios	1 (5.5%)

COMENTARIOS

Como se puede ver, todos los pacientes hicieron cierto grado de espasmo en el post-operatorio, o aumentó el que presentaban antes de la cirugía.

Siempre que había espasmo, se encontró baja agudeza visual y pseudomiopía, ya que la contracción del músculo ciliar produce miopización. Esto fue fácil de comprobar al revisar los tests previos a la cirugía y más aún, al analizar los resultados de pacientes nunca operados, algunos de ellos no siendo miopes. La mejoría de la A. V. de todos estos pacientes después de los ejercicios ortópticos nos hace pensar que los problemas ortópticos son la causa de esta serie de fenómenos.

También se observó que la mayoría de los pacientes con miopía baja, leían sin corrección óptica, llevándolos a una ruptura del reflejo-acomodación-convergencia.

Es importante mencionar que en el post-operatorio de este grupo de pacientes no se encontró la correlación lineal que debe existir entre el cambio queratométrico y el subjetivo. Esta ausencia de correlación generalmente asociada a miopía residual, obliga al cirujano a pensar en la posibilidad de un espasmo de acomodación.

CONCLUSIONES

Es conocida la alta incidencia de alteraciones en la coordinación motora en pacientes con miopía. Siempre que existe una fragilidad sensorial y motora, pueden aparecer quejas de tipo ardor, cansancio en los ojos, hiperhemia, fotofobia, lagrimeo, cefalea y emborronamiento de la visión. La ausencia de síntomas ocurre en pacientes que hacen supresión.

Es posible también hallar casos de miopía funcional, resultante de una contracción exagerada del músculo ciliar, la cual puede ser en ocasiones transitoria.

Es común encontrar en pacientes con problemas ortópticos, que algún factor es capaz de romper el equilibrio físico o psicológico de esos pacientes, produciendo exacerbación de la incoordinación motora y por lo tanto de los síntomas. En el caso específico de pacientes operados de queratotomía, factores como la inestabilidad motora, el stress quirúrgico y la oclusión hace que se manifieste el espasmo en el post-operatorio.

Por lo anterior, sugiero que sea incluido en el examen pre-operatorio de rutina, un test ortóptico completo y en el caso de haber alteración significativa, proceder a un tratamiento previo a la cirugía.

No olvidemos que un problema ortóptico manifiesto en el post-operatorio puede producir un paciente insatisfecho y aparentemente un mal resultado quirúrgico.

El examen ortóptico en el post-operatorio de pacientes que se muestran insatisfechos, puede ayudar a diagnosticar una pseudomiopía provocada por un espasmo, que en caso de no ser analizada, pudiera ser interpretada como hipocorrección.