

ALFONSO CASTANERA DE MOLINA, ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ESTRABISMO

“Entre los 6 y 9 primeros meses hay que realizar ya una revisión para prevenir estrabismo y ambliopía”

Una de las últimas incorporaciones en el Instituto Balear de Oftalmología (IBO) ha sido la del especialista en oftalmología pediátrica y estrabismo, Alfonso Castanera de Molina. Quien fue presidente de la Sociedad Española de Estrabismo y miembro de los consejos directivos de las Sociedades Europeas de Estrabismo: European Strabismological Association-ESA e International Strabismological Association-ISA. Fue coordinador del estudio Biomed 1 en Barcelona, un método para identificar precozmente la presencia de estrabismo y ambliopía en la población infantil, ahora ese protocolo se ha establecido en el IBO.

SUSANA FERNÁNDEZ

P.- Se ha incorporado recientemente al cuerpo médico del Instituto Balear de Oftalmología.

R.- Efectivamente, desde hace ya varios meses colaboro, activamente y con gran satisfacción, en el Instituto Balear de Oftalmología (IBO). En la especialidad de oftalmología pediátrica que incluye el estrabismo. Así que la denominación completa sería la de oftalmología pediátrica y estrabismo. Eso implica que se trata de una especialidad mixta pediátrica-adulta. Es un trastorno que requiere atención, ya sea, en casos recientes adquiridos en la edad adulta o estrabismos infantiles que no fueron tratados en su día o que no obtuvieron resultados satisfactorios.

P.- ¿Cuáles serían en su opinión las principales consecuencias provocadas por el estrabismo?

R.- Las consecuencias de la aparición del estrabismo dependen de la edad del paciente. En una persona con un sistema visual plenamente desarrollado y estable, el estrabismo provoca de inmediato, además del trastorno estético que supone la desviación de uno o ambos ojos, la percepción doble de la imagen (diplopía), además de la alteración de la amplitud del campo visual y la pérdida de la percepción estereoscópica (visión de relieve o 3D). Estos trastornos pueden ser reversibles si se

instaura el tratamiento adecuado, recuperándose la visión binocular normal. Las consecuencias más severas se producen cuando el estrabismo aparece en un sistema visual inmaduro o inestable (menores de 5-6 años), y serán más graves de recuperar cuanto más tiempo transcurra desde su inicio hasta su solución: ambliopía de uno o ambos ojos (ojo vago) reducción del campo visual y pérdida-la mayoría de veces irreversible-de la visión binocular y percepción del relieve (estereopsis).

P.- ¿Cómo debería tratarse el estrabismo?

R.- Primero identificando las causas del mismo. En segundo lugar corrigiendo, en la mayoría de ocasiones mediante la cirugía, el desequilibrio muscular que produce la pérdida del paralelismo de los ojos (componente motor), y en tercer lugar intentando revertir las consecuencias visuales provocadas por el estrabismo: básicamente la ambliopía (ojo vago-pérdida o disminución de la visión de un ojo), y la pérdida de la visión binocular (utilización simultánea de ambos ojos, percepción de los relieves). Como sucede en la mayoría de enfermedades, la precocidad en el diagnóstico y el tratamiento certero, reducen muy significativamente sus posibles secuelas.

P.- ¿Cuáles serían las causas más frecuentes de estrabismo y ambliopía en la edad pediátrica?



R.- El estrabismo infantil no responde, por lo general, a una única causa, sino que se produce por la confluencia de una serie de factores como pueden ser: causas genéticas, malformaciones, trastornos de los procesos madurativos, aunque la causa más común es la presencia de defectos refractivos (hipermetropía, astigmatismo, miopía) superiores a los valores considerados normales. Por su parte, la principal causa de ambliopía es el propio estrabismo, aunque también se diagnostican ambliopías no asociadas al estrabismo. Entre estas el origen más común es la presencia de defectos refractivos congénitos, catarata congénita, párpado caído (ptosis), etc.

P.- Es posible prevenir la aparición de estrabismo y ambliopía.

R.- La Sociedad Española de Pediatría ha elaborado protocolos para intentar identificar lo más precozmente en la población pediátrica, los casos susceptibles de requerir atención oftalmológica. Sin embargo, cuando nos referimos a la ambliopía y el estrabismo, descartando los casos que se detectan rápidamente en los primeros meses de vida, la gran mayoría de ambliopías y estrabismos no podrán ser detectados por la exploración pediátrica sino que

requieren una exploración oftalmológica específica.

P.- ¿Qué es el Programa Biomed 1 en el que usted participó y dirigió en Barcelona?

R.- Hace ya más de 15 años, que la comisión de la Comunidad Europea encargó un estudio multicéntrico en el que colaboramos varios países para el desarrollo de una metodología que permitiera identificar precozmente la presencia de aquellos factores que podrían conducir al desarrollo de estrabismo y ambliopía en la población infantil aparentemente sana. Este fue el programa Biomed 1 en el que participó el Reino Unido, Francia, Alemania, Italia, Portugal y España.

P.- ¿Cuáles fueron los resultados?

R.- Se confirmó la eficacia del método de video-foto-refracción para identificar los grupos de riesgo. Se estableció la idoneidad de la edad de 6 a 9 meses para realizar el primer examen de control. Se establecieron los parámetros 'normales' de refracción (graduación) en ese grupo de edad, y el calendario de a lo largo de los primeros cinco años de vida, de manera que ahora sabemos qué defecto de graduación podemos esperar en un recién nacido, y cuándo debemos iniciar

un seguimiento cercano o incluso un tratamiento con gafas. Sabemos qué magnitud de hipermetropía o de astigmatismo o que diferencia de graduación entre un ojo y el otro pueden ser capaces de provocar un estrabismo o una ambliopía. Por lo tanto, ya no debemos esperar a que un niño alcance la edad suficiente para poder contestar en los exámenes de agudeza visual con letras o dibujos (habitualmente los cuatro años o más en los protocolos seguidos por los pediatras) para decidir iniciar un tratamiento, esta vez sí de carácter preventivo.

P.- Gracias al programa Biomed 1 se establecieron unos protocolos y ahora se han establecido en el Instituto Balear de Oftalmología.

R.- El programa Biomed estableció un calendario de exámenes específicos para la población infantil a los 8 meses y posteriormente a los 18 y 36 meses. El método consistió en el examen mediante un sistema de video-foto-refracción desarrollado por uno de los grupos participantes en el estudio (profesores Jan Atkinson y Oliver Braddick) de los reflejos pupilares de ambos ojos en todos los niños incluidos en el estudio. Este examen permitía detectar alteraciones de la transparencia (cataratas o lesiones corneales) así como identificar casos de miopía, astigmatismo, hipermetropía superiores a los valores normales para la edad, o muy asimétricos (la graduación distinta en ambos ojos es la principal causa de ambliopía no ligada al estrabismo). Y sí, hemos puesto en marcha este programa y estamos informando a todos los pediatras para que nos remitan a todos los bebés sanos de entre 6 y 12 meses para un primer chequeo.

P.- ¿Cuál sería su recomendación a las parejas que acaban de tener un bebé?

R.- Mi consejo sería que no dejaran de acudir a las revisiones programadas por su neonatólogo o pediatra. Si existen antecedentes familiares como defectos de graduación de ambliopía o de estrabismo, acudan a realizar a su bebé los exámenes de screening o detección precoz de factores que pueden provocar estrabismo o ambliopía entre los 6-9 meses, y los repitan a los 18 y 36 meses, salvo que el oftalmólogo le indique un plan de seguimiento diferente.