

Preguntas y respuestas

El pediatra y el niño estrábico

Por el Dr.: EUGENIO JARA*

Jara, E. *El pediatra y el niño estrábico*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Se expone una explicación, dedicada especialmente a los pediatras, sobre el estrabismo en el niño, donde se aportan elementos fundamentales sobre el desarrollo fisiológico de la visión y los trastornos que en ella se producen como consecuencia de esta enfermedad. Se citan algunas clasificaciones de los estrabismos y se aconseja la idónea para los pediatras. Se explica el porqué de los diferentes pronósticos posibles, frente al estrabismo; y se insiste en lo necesario del diagnóstico y tratamiento precoces, aconsejando la conducta correcta a seguir por el pediatra con el niño estrábico y sus familiares. Se incluye el aspecto psicológico y las repercusiones que tiene la afección sobre la personalidad del niño.

INTRODUCCION

Al iniciarse a finales de 1973 el primer curso de perfeccionamiento médico para pediatras en el hospital "William Soler", tuvimos un cambio de impresiones entre oftalmólogos y pediatras.

El tema más abordado fue el relacionado con los estrabismos en el niño, siendo múltiples las inquietudes y preguntas.

Trataremos de dar respuesta a algunas de ellas, aportando las nociones de necesario conocimiento para el pediatra.

1. *¿Qué es el estrabismo?*

La definición dice: el estrabismo es "la pérdida del paralelismo entre los ejes de ambos globos oculares" o dicho de otra forma, es "la posición anómala de uno o ambos ojos". Se añade que el estrabismo

es una afección congénita o adquirida en los primeros años de la vida, con un gran trastorno estético y de la visión binocular, que puede tener carácter genético familiar y que se acompaña de severa repercusión psicológica en el niño y su familia.

Si no se valora debidamente el factor psicológico y se aclara a los padres todo lo referente a la afección, comenzará el peregrinaje del niño enfermo por varios servicios de la especialidad, hasta que encuentre el médico que hablándole en forma clara y sencilla alivia sus inquietudes, que son muchas, ya que todas las afecciones oculares de los niños, provocan en la familia honda preocupación.

El mayor interés de los padres es resolver el aspecto estético, y cuando le explicamos los trastornos sensoriales provocados por el estrabismo, (déficit visual en uno o ambos ojos) la preocupación, con toda razón, se hace mayor, pero ello es

* Jefe del servicio de oftalmología, Hospital pediátrico docente "William Soler" Habana 8, Cuba. Instructor graduado (Universidad de La Habana).

necesario para lograr el cumplimiento estricto del tratamiento.

2. *¿Qué debe saber el pediatra sobre el niño estrábico?*

En primer lugar: conocer esquemáticamente el desarrollo de la visión normal, el cual se inicia a partir del momento en que el recién nacido abre los ojos; y termina, según la mayoría de los autores, entre los 8 a 10 años.

Los fundamentos para lograr el desarrollo normal de la visión serán: una correlación motora perfecta (paralelismo de los ojos); normalidad de los sistemas sensoriales de recepción, transmisión y percepción; elaboración de una sensación única con posibilidad de situarla en el mundo subjetivo en relación a sí mismo y a los demás objetos que nos rodean.

Este largo proceso se realizará en dos etapas:

1. Fase de desarrollo cualitativo.
2. Fase de estabilización y perfeccionamiento. —

1. *Fase de desarrollo cualitativo.*

Al nacer, y durante las primeras semanas, los ojos del niño tienen movimientos incoherentes que van disminuyendo a medida que se desarrolla el reflejo de fijación focal. Este reflejo consiste en colocar la fovea frente al estímulo, ya que esta parte de la retina es la anatómicamente constituida para lograr una visión perfecta, y de ella dependerá la visión central que es valorada en el examen como agudeza visual.

A los 6 meses, fecha en que termina de desarrollarse el reflejo de fijación foveal, es el momento en que el niño debe poseer un perfecto paralelismo entre sus globos oculares; y es la edad en que ya puede diagnosticarse un verdadero estrabismo, exceptuándose los grandes estrabismos pa-

ralíticos congénitos, evidentes desde el nacimiento.

Una vez alcanzado el reflejo de fijación foveal comenzará el desarrollo de la función visual, siendo a los 2 años, cuando se alcanza la mitad de una agudeza visual normal (0,5); posteriormente a los 4 ó 5 años es que se logra la normalidad (agudeza visual de la unidad).

Termina así el primer período.

2. *Fase de estabilización y perfeccionamiento.*

Alcanzado ya el máximo de visión a los 4 ó 5 años, esta agudeza visual es tan frágil, a pesar de su perfección, que se harán necesarios 4 ó 5 años más para lograr su estabilización, es decir, que se constituya en forma imborrable y definitiva.

A partir de los 10 años de edad, esta visión, permanentemente instalada, no se perjudicará por interrupciones en el estímulo ni sufrirá deterioro por falta de utilización.

Una vez conocida la fisiología normal, es fácil comprender que cualquier trastorno durante estos primeros años de la vida del niño, provocarán alteraciones sensoriales, manifestadas por déficit de la visión, bien por falta de desarrollo o por deterioro de lo ya adquirido.

El estrabismo, precisamente, es la más frecuente de las patologías causales de disminución de la visión, ya que la posición anormal del o los globos oculares impide la correcta estimulación de la fovea y su desarrollo.

Otro elemento de gran interés, puesto que es determinante en el pronóstico visual del niño, será la edad de comienzo del estrabismo, como factor a valorar, tanto por el pediatra como por el oftalmólogo.

1. Estrabismo congénito. Aparecido entre el nacimiento y los primeros meses. Mal pronóstico visual.

2. De los 6 meses a los dos años. Pronóstico reservado.

3. De los dos a los cuatro años. Pronóstico relativamente bueno.

4. De los cuatro a los ocho años. Buen pronóstico.

Esto también queda explicado por el conocimiento del desarrollo normal de la visión. Tanto más edad, tanto más han aprendido los ojos a ver o tanto más estabilizada está la visión.

Cuando un ojo tiene una lesión anatómica, tiende al estrabismo, precisamente porque no ve bien. En muchos de estos casos no existirá posibilidad de recuperación visual. El tratamiento será estético.

Es necesario, por tanto, el estudio ocular completo, especialmente el examen de medios transparentes y fondo de ojo detallados en todo niño con estrabismo.

3. ¿Cómo clasificar los estrabismos?

Antes de responder esta pregunta queremos señalar que el estado de paralelismo perfecto entre ambos globos oculares se denomina: *ortoforia*.

La primera clasificación la haríamos en: estrabismos latentes o *forias* y estrabismos manifiestos o *tropias*.

Se considera a las forias como paso previo hacia las tropias en muchos estrábicos.

La segunda clasificación que hacemos es según la dirección de la desviación:

a) *Horizontales*

- 1) Estrabismo convergente latente: *esoforia*
- 2) Estrabismo convergente manifiesto: *esotropía*
- 3) Estrabismo divergente latente: *exoforia*
- 4) Estrabismo divergente manifiesto: *exotropía*

b) *Verticales*

- 1) *Hiperforia* (latente)
- 2) *Hipertropía* (manifiesta)
- 3) *Hipoforia*
- 4) *Hipotropía*

c) *Torsionales*

- Dextro* y *levotorsión*
Menos frecuentes

Nos referimos ya anteriormente a la clasificación según la fecha de comienzo, que tiene un gran valor pronóstico.

A continuación citamos la clasificación etiopatogénica:

a) *Estrabismo de tipo puro* (causa única).

- 1) *Motores*: Paresia o parálisis musculares.
- 2) *Acomodativo*: Por trastornos en la refracción.
- 3) *Centrales*: Por lesiones del sistema nervioso central.

b) *Estrabismos mixtos*: Por combinación de los factores señalados en los puros.

Son la gran mayoría de los estrabismos. Todos se acompañan de trastornos sensoriales.

Señalamos una clasificación frecuentemente utilizada por los pediatras. Es la clasificación según el ojo desviado:

a) *Monocular*

- 1) *Derecho*
- 2) *Izquierdo*

b) *Alternante*

4. ¿Qué clasificación debe utilizar el pediatra para la remisión al oftalmólogo?

Recomendamos en primer lugar, evitar la ligereza en el diagnóstico de estrabismo, por parte del pediatra, pues desencadena una serie de problemas familiares alrededor del niño, lo que hace necesario que frente a una sospecha de la afección, por tratarse de un paciente no tan evidentemente estrábico, dejar al oftalmólogo la responsabilidad del diagnóstico definitivo y hacer las remisiones con un planteamiento más genérico, por ejemplo trastorno del equilibrio muscular o recurrir a la clasificación, según la dirección de la desviación, utilizando los términos forias, tropías, evitando la utilización de la palabra "estrabismo".

5. *¿Cómo es la personalidad del niño estrábico?*

Decíamos que el estrabismo congénito o adquirido es una afección con repercusión fundamentalmente psicológica familiar. Añadiremos que si la solución estética (motora) no se realiza antes de los 5 años, fecha en que se inicia la vida escolar, se acompaña la enfermedad ocular de un trastorno psicológico que repercute severamente en la personalidad del niño.

Este es el niño que comienza a recibir apodosos como "el bizco", el "bizcorneado", etc., lo que logra que se sienta acomplejado y menospreciado, ya que se hace consciente de su defecto físico, y puede manifestarse, unas veces agresivo y rebelde, peleando con sus compañeros en la escuela y la cuadra y manteniendo indisciplina escolar y familiar. En otras ocasiones se hace tímido y retraído, apartándose de los juegos y deportes, se queda en la casa, rehuye la escuela y sitios públicos, etc.

Nosotros diríamos que son excepcionales los niños estrábitos, que, después de los 5 ó 6 años pueden considerarse psíquicamente normales.

La práctica nos lo ha demostrado: es a partir de esa edad, que el niño está más interesado por la corrección estética.

6. *¿Cuál debe ser la conducta del pediatra frente al niño estrábico?*

Una vez sospechado o diagnosticado el estrabismo, se procederá a remitirlo.

Cuando el estrabismo es evidente y no ofrece dudas, se hablará a los padres, señalándoles la necesidad del tratamiento por las consecuencias que la enfermedad puede tener para el desarrollo de la visión del niño.

Las explicaciones a los padres serán claras, pero no alarmantes; no deben hacerse manifestaciones en relación al futuro tratamiento, ya que el oftalmólogo podrá determinar sobre éste, y opiniones sobre conductas quirúrgicas o no, serían improcedentes, puesto que no todos los estrábitos son tributarios de cirugía y los padres pudieran perder la confianza en el oftalmólogo si éste no coincidiera con lo que les había dicho el pediatra.

Finalmente queremos señalar que a pesar de que en los últimos años se han logrado grandes avances en los tratamientos del estrabismo, y se han creado y adquirido por el Ministerio de Salud Pública equipos especiales para la recuperación visual, siempre existe un porcentaje de pacientes en los que no se logra una visión normal, así como otros en los que no se alcanza un paralelismo ocular perfecto, cosas ambas que hacen más necesario todavía el diagnóstico y tratamiento precoces como fórmula más ventajosa de obtener mayores éxitos sensoriales y estéticos.

NOTA

En este número, esta sección de Preguntas y Respuestas ha adoptado un nuevo estilo de presentación, con unidad temática, a cargo de un especialista destacado. Esperamos que esta nueva modalidad sea acogida con la misma aceptación que las anteriores, teniendo en cuenta nuestro interés que la información sea amena y de elevar constantemente su calidad.

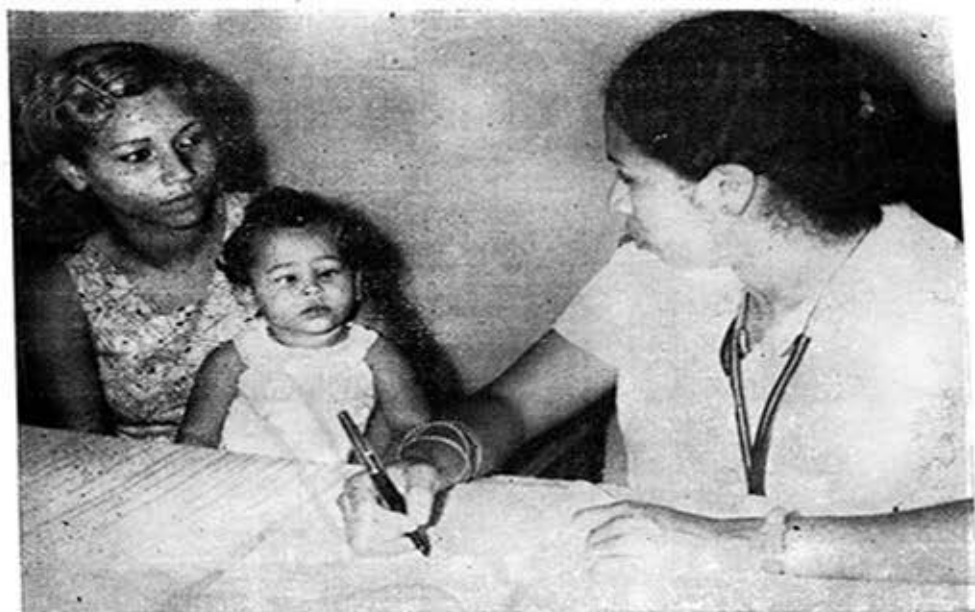


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

SUMMARY

Jara, E. *The pediatrician and the strabismic child*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

It is given an explanation on strabism in child, especially devoted to pediatricians, in which fundamental elements on the physiological development of sight and the disturbances occurring in it as a consequence of this disease are exposed. Some classifications of strabisms are mentioned and that convenient for pediatricians is suggested. The reason of possible different prognoses in the presence of strabism is explained; emphasis is laid on the need of early treatment and diagnosis, and the correct conduct to be followed by the pediatrician with the strabismic child and his relatives is indicated. The physiological aspect and consequences of this affection on the child's personality are enclosed.

RESUME

Jara, E. *Le pédiatre et l'enfant strabique*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

On explique, en spécial aux pédiatres, le strabisme chez l'enfant. On expose les éléments fondamentaux du développement physiologique de la vision et les troubles que cette maladie peut provoquer. On cite quelques classifications des strabismes, conseillant aux pédiatres la plus convenable. On explique le pourquoi des différents pronostics en ce qui concerne le strabisme, en insistant sur la nécessité d'établir un diagnostic et un traitement précoces. On propose la conduite à suivre pour le pédiatre avec l'enfant strabique et leur parents. On inclut l'aspect psychologique et les conséquences de cette affection sur la personnalité de l'enfant.

РЕЗЮМЕ

Хара Э. Педиатр и косоглазие у ребенка. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Приводится описание о косоглазии у ребенка, специально посвященное педиатрам, в котором отмечаются основные аспекты, касающиеся физиологического развития зрения и расстройств, которые возникают в нем вследствие указанного заболевания. Приводится перечень некоторых классификаций об этой болезни и рекомендуется самая подходящая для педиатров. Объясняются причины возможных различных прогнозов в случае косоглазия и подчеркивается целесообразность раннего установления диагноза и лечения. Отмечается правильный педиатрический подход по отношению к больному ребенку и родителям. Авторы касаются психологической стороны болезни и ее воздействия на личность ребенка.

Recibido el trabajo: junio 16, 1974.