

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Uso del ciclopentolato hipoconcentrado en el diagnóstico de la exoforia-tropía enmascarada (deteriorada)

Dr. Anselmo Fonte Vázquez, Dra. A. Jessica Vargas Ortega*

RESUMEN

Es un hecho de observación frecuente que ciertos casos de exotropía alterna, constante, con visión similar y buena en ambos ojos, en los que nos es posible mostrar foria mediante la exploración estrabológica completa incluidas pruebas de fusión (Worth y prisma de 4 DP), después de la cirugía muestren foria y fusión. Estos pudieron ser casos de exoforia-tropía enmascarada (deteriorada). Por ello, en casos similares, antes de la cirugía se aplica de rutina ciclopentolato hipoconcentrado al 0.1% para excitar la convergencia acomodativa y así ayudar a la fusional y, de esta manera, intentar establecer cuáles de ellos son capaces de fusionar y, por tanto, ser diagnosticados como exoforia-tropías enmascaradas. Se presenta un caso clínico demostrativo.

Palabras clave: Exotropía alterna, ciclopléjico, fusión.

SUMMARY

It is a frequent clinical observation, that in certain cases of alternate, constant exotropia with similar and good vision in both eyes, in which there is no possibility of showing phoria by means of complete strabological exploration, including fusion tests (Worth and 4 D prism), show fusion and phoria after surgery. These could be cases of masked (deteriorated) exophoria-tropia. That is why, in similar cases, before surgery cyclopentolate at 0.1% is applied in order to excite the accommodative convergence and help to fusional convergence and in that way, try to establish which of them are capable of fusion and to achieve the diagnosis of masked exophoria-tropia. A demonstrative clinical case is presented.

Key words: Exotropia, cycloplegia, fusion.

INTRODUCCIÓN

Existen exotropías alternas con visión buena e igual en ambos ojos que, después de cirugía, muestran fusión y se comportan como exoforias-tropías; éstas pudieron haber sido exoforias-tropías enmascaradas.

El concepto de exoforia-tropía deteriorada fue planteado por Jampolsky¹ mediante el algoritmo en la evolución de la exoforia-tropía, según el cual algunos pacientes inician con exoforia, con el tiempo pasan a exoforia-tropía que mide igual de lejos y de cerca, para llegar después a la exotropía de lejos y a la foria-tropía de cerca para, finalmente, establecerse como exotropía constante de lejos y cerca. Sin embargo, autores como Hiles² no concuerdan con esta inter-

pretación y piensan que ninguna exoforia-tropía sufre deterioro a exotropía constante con el tiempo.

De las exotropías alternas con visión buena e igual en ambos ojos, hay algunas que no son exoforias-tropías deterioradas: a) aquellas que dependen de condiciones anatómicas orbitarias que colocan a los ojos con una separación tal entre ellos que hace imposible que puedan ser llevados al frente mediante la suma de los diferentes tipos de convergencia, como sucede en los síndromes de Apert y de Crouzon³ y, b) las debidas a paresias antiguas recuperadas de los rectos internos que han conducido a una exotropía constante pero ya sin limitación de la aducción.

Existen exodesviaciones con visión buena e igual en ambos ojos que se muestran a la exploración convencional como exotropías constantes.^{4,5} En algunos de estos casos se puede hacer evidente la foria en la exploración de cerca mediante la maniobra del "acercamiento del estímulo

* Servicio de oftalmología, Hospital General de México O.D. Dr. Balmis #148. Del. Cuauhtémoc. Col. Doctores. México, D.F. Tel. 5578-6960

acomodativo en zig-zag”, con el uso de un estímulo de fijación pequeño que el explorador debe mover horizontalmente en vaivén, de izquierda a derecha y de derecha a izquierda, iniciándolo con una amplitud de unos 20 cm desde una distancia de 40 cm de los ojos del paciente. Al mismo tiempo, se va disminuyendo la amplitud de los movimientos horizontales y acercando el objeto de fijación hasta llegar a unos 20 cm de distancia de los ojos, deteniéndolo al final súbitamente en el centro del movimiento horizontal. Todo este proceso debe realizarse en 3 o 4 segundos. De esta manera, se logra demostrar en un buen número de casos el movimiento de convergencia hasta alcanzar fusión. Sin embargo, el éxito de la maniobra depende de la experiencia del explorador y, en algunos casos, a pesar de que la maniobra se realice correctamente, se mantiene la tropía pareciendo ser exotropías constantes verdaderas, cuando en realidad la mayoría de ellas son exoforias-tropías enmascaradas. Es en algunos de estos casos donde la utilidad del ciclopentolato hipoconcentrado se hace evidente al demostrar foria.

Con el fin de establecer desde el preoperatorio cuáles exotropías alternas con buena visión e igual en ambos ojos son exoforias-tropías enmascaradas, se estimula la convergencia acomodativa con el uso del ciclopentolato hipoconcentrado al 0.1%. De esta manera se acercan los ojos al frente y se permite que la convergencia fusional entre en juego, con lo que los casos de exoforia-tropía enmascarada pueden mostrar foria y fusión.

EJEMPLO CLÍNICO

Paciente femenino de 18 años que acude a consulta por presentar exodesviación desde que recuerda. Nunca ha sido tratada. No hay forma de conseguir antecedentes más precisos.

Exploración: La visión es de 20/20 en cada ojo, la refracción ciclopléjica es de $+0.50 = -0.25 \times 180^\circ$ en OD y $+0.75 = -0.50 \times 10^\circ$ en OI. Presenta una exotropía alterna, constante, de 35 dioptrías prismáticas de lejos y de cerca. No se demuestra foria ni movimiento alguno de convergencia mediante ningún método exploratorio convencional. Se aplica entonces ciclopentolato hipoconcentrado al 0.1%, 1 gota en cada ojo; se esperan 30 minutos y se repite la exploración estrabológica. En mirada casual existe exotropía que, con la fijación de un estímulo acomodativo de cerca, logra de inmediato movimiento de convergencia que muestra foria y fusión mediante la barra de prismas; la foria y la fusión se mantienen también de lejos.

EXPLICACIÓN DEL FENÓMENO

El ciclopentolato hipoconcentrado al 0.1% actúa de la siguiente manera. Después de unos 30 minutos de haberse aplicado, se logra que su acción sobre el músculo ciliar produzca una débil paresia de la acomodación que hace ver ligeramente borroso de cerca al paciente emétrope y al miope menor de 2 dioptrías y también de lejos al hipermetrope. Como la paresia es muy débil, puede ser vencida por un esfuerzo de la acomodación, mayor al habitual, que logra la mayoría de los pacientes, lo que arrastra un mayor grado de convergencia acomodativa que permite acercar los ojos al frente y favorecer así que entre en juego la convergencia fusional. Los casos de exoforia-tropía mostrarán foria y fusión.

Esta concentración baja de ciclopentolato también se puede usar como método terapéutico, generalmente temporal, en algunos casos de exodesviaciones postquirúrgicas como las pequeñas exotropías consecutivas a cirugía de endotropía y para ayudar a mantener la fusión en las exoforias-tropías residuales de poca magnitud.

En algunos casos que no respondan a esta concentración podrá utilizarse otra ligeramente mayor.

CONCLUSIÓN

Las exoforias-tropías enmascaradas (deterioradas) no son un fenómeno excepcional. El ciclopentolato hipoconcentrado al 0.1% es útil en su detección preoperatoria y en el manejo transitorio de algunas exodesviaciones postquirúrgicas.

REFERENCIAS

1. Jampolsky, A.: Treatment of exodeviations. En: *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology. Raven Press, USA. Pp: 201-234.
2. Hiles, D.A.; Daves, G.T.: Long term observations on unoperated intermittent exotropia. *Arch Ophthalmol*, 1968; 80:437-442.
3. Lewanda, A.F.; Traboulsi, G.I.: Syndroms with craneofacial anomalies. En: *Genetic diseases of the eye*. Oxford University Press, 19 ed. pp: 777-796.
4. Pérez-Perez, J.F.; Arroyo-Yllanes, M.E.: Exoforia-tropía deteriorada. Presentación de casos clínicos. *Rev Mex Oftalmol*, 1999; 73(4):149-152.
5. Vargas-Ortega, A.J.; Arroyo-Yllanes, M.E. y cols. : Exoforia-tropía deteriorada. Características clínicas y sensoriales pre y postquirúrgicas. *Rev Mex Oftalmol*, 2001; 75(2):62-66.