

Estrabismo de inicio agudo en niños. Manejo en oftalmología general

Acute onset strabismus in children. Management in general ophthalmology

A. Wert Espinosa, J. Visa Nasarre, L. Wolley-Dod

Instituto de Microcirugía Ocular. Barcelona.

Correspondencia:

Ana Wert

E-mail: wert@imo.es

Resumen

El estrabismo es una patología propia de la infancia que en su mayoría no reviste causa orgánica y se enmarca dentro de los estrabismos infantiles. Pero existen casos que pueden ser secundarios a patologías ya sean musculares, inflamatorias, traumáticas o tumorales. El oftalmólogo general debe ser capaz de realizar el manejo inicial y discernir entre un estrabismo infantil y uno con posible compromiso vital. Una correcta anamnesis, exploración de motilidad e identificación de los signos clínicos de alarma serán las claves para el correcto manejo de estos pacientes.

Palabras clave: Niños. Estrabismo agudo. Manejo.

Resum

L'estrabisme és una patologia pròpia de la infància que majoritàriament no té causa orgànica i s'emmarca dins dels estrabismes infantils. Però hi ha casos que poden ser secundaris a patologies ja siguin musculars, inflamatòries, traumàtiques o tumorals. L'oftalmòleg general ha de ser capaç de realitzar el maneig inicial i discernir entre un estrabisme infantil i un amb possible compromís vital. Una correcta anamnesi, exploració de motilitat i identificació dels signes clínics d'alarma seran les claus per al correcte maneig d'aquests pacients.

Paraules clau: Nens. Estrabisme agut. Maneig.

Abstract

Strabismus is a pathology typical of childhood that is mostly does not have an organic cause and is part of childhood strabismus. But there are cases that can be secondary to muscular, inflammatory, traumatic or tumor pathologies. The general ophthalmologist must be able to carry out the initial management and distinguish between a childhood strabismus and one with possible life compromise. A correct anamnesis, motility examination and identification of the clinical signs of alarm will be the keys to the correct management of these patients.

Key words: Child. Acute strabismus. Management.

Introducción

El estrabismo es una patología propia de la infancia que en su mayoría no presenta una causa subyacente. Pero desafortunadamente no todos los casos son benignos y en algunos casos la desviación será el primer signo clínico de una patología que puede comprometer la vida de estos niños. Será por tanto importante conocer y saber identificar los signos clínicos y características que nos ayudarán a identificar los casos de riesgo.

Cualquiera que se dedique a la oftalmología se va a encontrar a lo largo de su carrera profesional con la necesidad de enfocar y dirigir de entrada uno de estos casos ya que raramente los pacientes acuden como primer consultor al estrabólogo. Por este motivo es necesario protocolizar para la oftalmología general el manejo inicial de este grupo de patologías.

La misión principal de este protocolo será definir qué datos clínicos nos deben hacer sospechar entre casos de manejo urgente por sospecha de patología subyacente y cuáles podrán ser derivados al especialista en estrabismo para valoración programada.

Clasificación y etiología

Hablar del debut del estrabismo en la infancia es hablar de un tema muy amplio ya que abarcamos casi todos los tipos de desviación que se pueden presentar en la infancia sólo excluyendo los estrabismos congénitos que ya estarán presentes en los primeros seis meses de la vida. El estrabismo infantil no tiene una causa conocida clara, aunque conocemos factores de riesgo que se relacionan con su aparición como los antecedentes familiares, las ametropías, o la pérdida de visión. Es un denominador común en el estrabismo típico de los niños el no cursar con limitación del movimiento, son los llamados estrabismos comitantes porque mantienen el mismo ángulo de desviación en las distintas posiciones de la mirada (Figura 1). Hay diferentes formas de clasificar el estrabismo infantil, teniendo en cuenta la desviación,

la intermitencia o no y la asociación a defectos refractivos (Tabla 1)¹. Por tanto, la primera diferenciación que haremos será entre si existe o no limitación del movimiento y de esta manera ya dirigiremos nuestros pacientes hacia un probable estrabismo típico de la infancia respecto a una causa más grave que suele cursar con ducciones alteradas o estrabismo incommitante. El estrabismo incommitante, al tener limitado el movimiento, presenta variación en la magnitud de la desviación en las distintas posiciones de la mirada. Las parálisis de pares craneales, las complicaciones infecciosas, los traumatismos orbitarios, los tumores orbitarios y las miopatías son causas de estrabismo incommitante en niños (Figura 2, Figura 3 y Figura 4)².

Actitud y manejo

Primero deberemos realizar una anamnesis dirigida:

- Edad del niño: el debut de un estrabismo infantil suele ser antes de los 5 años de edad.
- Inicio: súbito o larvado (fase previa con desviación ocasional). Los estrabismos infantiles suelen tener una fase previa de meses de duración con desviación ocasional.
- Síntomas acompañantes y antecedentes: cefalea, mal estado general, cuadro infeccioso o vacunación reciente, traumatismo previo. El estrabismo infantil no presenta estas asociaciones.
- Si se ha quejado de diplopía. La diplopía manifiesta siempre es un síntoma de alerta que se asocia con patología subyacente.

Realizaremos una exploración oftalmológica completa con agudeza visual, fondo de ojo, y valoración del estrabismo con especial atención en descartar déficits de motilidad asociados, afectación pupilar y/o palpebral. Si asocia antecedente traumático o se sospecha afectación orbitaria realizaremos también valoración orbitaria en busca de escalones óseos, crepitación y



Figura 1. Niño de 4 años con Endotropía izquierda sin limitaciones del movimiento. Acude a la consulta refiriendo los padres sensación intermitente de desviación con empeoramiento en los últimos meses. La exploración muestra un estrabismo comitante sin otros síntomas acompañantes y sin patología subyacente.

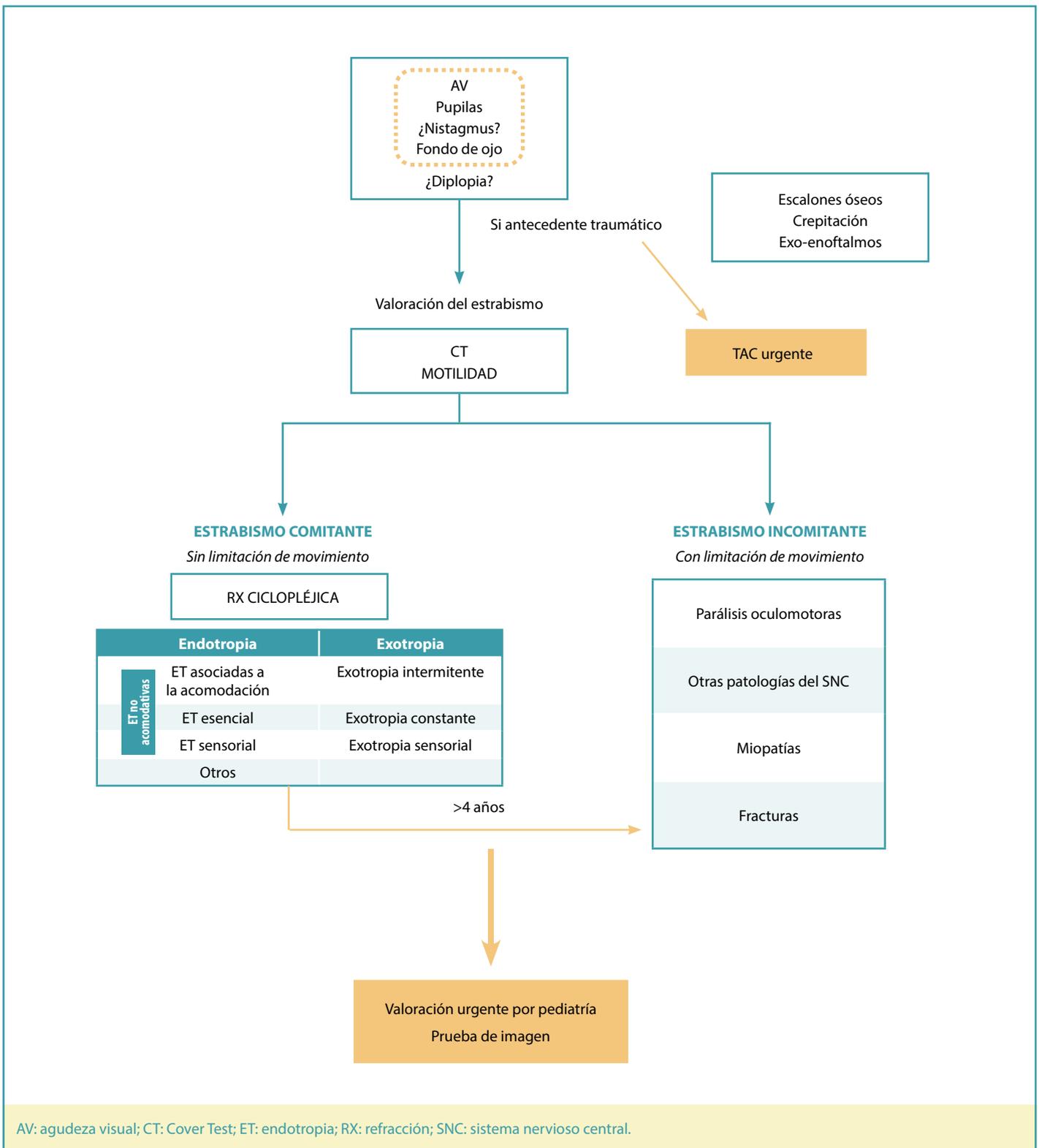


Figura 2. Manejo del niño con debut de estrabismo.

Clasificación	Estrabismo infantil	Características	Tratamiento
Endotropías asociadas a la acomodación	Endotropía acomodativa	<ul style="list-style-type: none"> Inicio intermitente entre 1-3 años Asocian hipermetropía media-alta Con corrección desaparece la desviación 	Corrección óptica
	Endotropía acomodativa con índice de convergencia acomodativa / acomodación alto	<ul style="list-style-type: none"> Inicio intermitente entre 1-3 años Asocian hipermetropía media-alta Desviación en cerca > lejos Con corrección desaparece la desviación de lejos 	Corrección óptica con adición en cerca
	Endotropía parcialmente acomodativa	<ul style="list-style-type: none"> Inicio intermitente entre 1-3 años Asocian hipermetropía media-alta Con corrección la desviación mejora 	Corrección óptica + cirugía de estrabismo
Endotropías no asociadas a la acomodación	Endotropía esencial	<ul style="list-style-type: none"> Inicio a partir del año de edad No se modifican con corrección óptica Suele haber un desencadenante de estrés físico o mental Frecuente ambliopía 	Tratamiento de la ambliopía + cirugía de estrabismo
	Endotropía sensorial	<ul style="list-style-type: none"> Asociadas a baja visión 	Cirugía del estrabismo
	Microtropía descompensada	<ul style="list-style-type: none"> Mala estereopsis 	Tratamiento de la ambliopía + cirugía de estrabismo si ángulo grande
	Otras ET de inicio agudo	<ul style="list-style-type: none"> Asociadas a patología del sistema nervioso central 	Tratamiento de la causa subyacente
Exotropías	Exotropía intermitente	<ul style="list-style-type: none"> Guiño frecuente de un ojo en espacios abiertos Síntomas de astenopia Buena estereopsis 	Controles Cirugía de estrabismo
	Exotropía constante	<ul style="list-style-type: none"> Buena agudeza visual si alterna Ambliopía en unilaterales 	Cirugía de estrabismo
	Exotropía sensorial	<ul style="list-style-type: none"> Asociadas a baja visión 	Cirugía de estrabismo

Tabla 1. Clasificación del estrabismo horizontal infantil.

exo-enoftalmos y se solicitará estudio mediante TAC urgente. Si la desviación es comitante, y es posible, se realizará una valoración del defecto refractivo bajo cicloplejia para valorar si la desviación está relacionada con la acomodación. Con esta información y las características de la desviación es posible clasificar el estrabismo de la infancia. Si no podemos realizar la cicloplejia en esta primera visita, esta valoración será realizada en la consulta del especialista posteriormente. Si en la exploración evidenciamos limitación de las ducciones estaremos ante un estrabismo incomitante y deberemos ampliar el estudio del caso con carácter preferente-urgente dependiendo de la sospecha clínica.

Cuándo derivar a pediatría y/o solicitar pruebas de imagen

Una vez recogidos los datos clínicos tenemos que tener presente que cualquier estrabismo en niños que se acompañe de los

siguientes síntomas debe ser derivado para valoración urgente por pediatría y realizar prueba de imagen^{2,3}. Acrónimo DON'T PANIC (Tabla 2).

Signos de alarma para estudio con prueba de imagen	
> de 5 años	D O N 'T P A N I C
Diplopía	
Estrabismo incomitante	
Clínica neurológica	
Traumatismo / Torticolis	
Papiledema	
Anisocoria	
Nistagmus	
Alteraciones campimétricas	
Hipoestesia corneal	

Tabla 2. Signos de alarma.

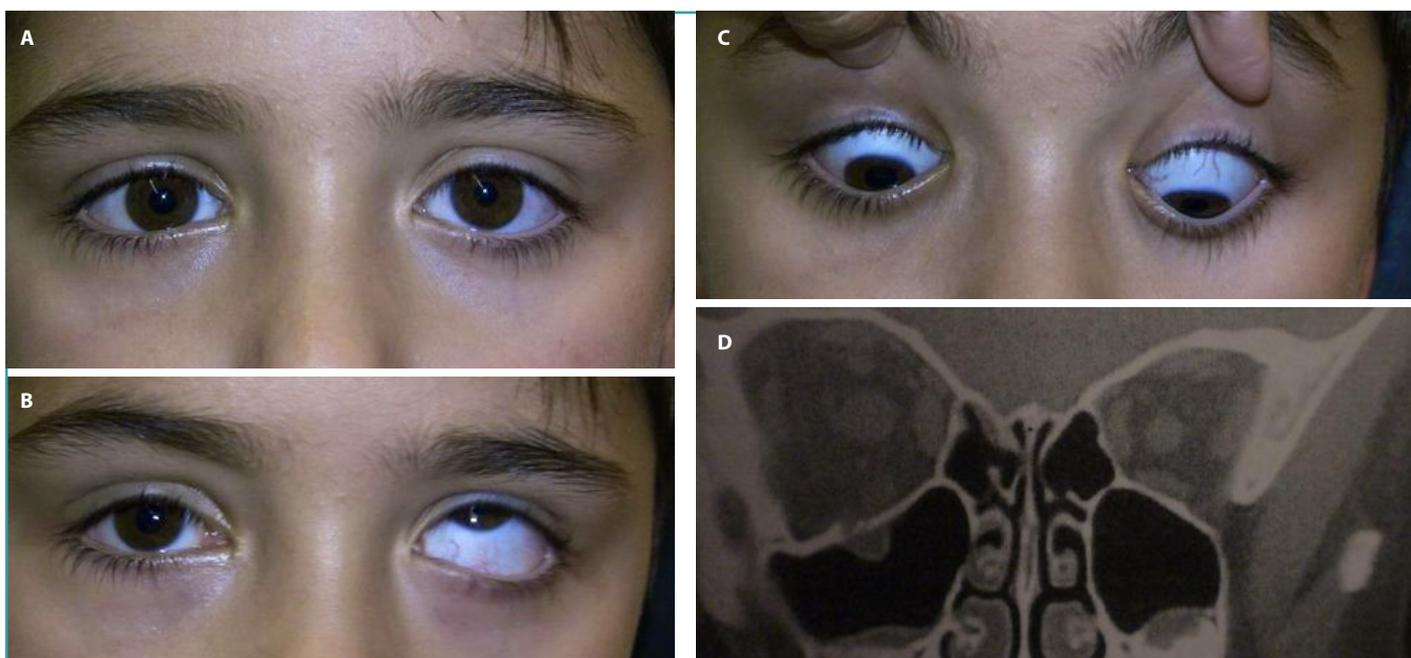


Figura 3. Niño de 8 años que acude aquejando diplopía tras contusión orbitaria. En PPM (**3A**) presentaba ortotropía con limitación severa de elevación (**3B**) y ligera de la depresión de su ojo derecho (**3C**) tras traumatismo orbitario. La exploración de las versiones es vital para que no pase desapercibida la fractura dada la poca repercusión que tiene en posición primaria. El TAC urgente (**3D**) demostró una fractura en trapdoor con atrapamiento del recto inferior.

- Diplopía.
- Clínica oftalmológica con limitación del movimiento: parálisis oculomotora, miopatías, afectaciones orbitarias inflamatorias o tumorales, traumatismos.
- Nistagmus.
- Tortícolis: la posición compensadora de cabeza se produce para evitar la diplopía.
- Papiledema.
- Anisocoria.
- Clínica neurológica acompañante.
- Alteraciones campimétricas.
- Hipoestesia corneal.

Si existe antecedente traumático se deben explorar bien las versiones periféricas y solicitar TAC urgente ante la sospecha de fractura orbitaria. En niños se debe valorar la frecuencia cardíaca ante la posibilidad de presentar reflejo óculo-cardíaco en las fracturas tipo *trapdoor* que en ocasiones pueden cursar con ojo blanco y poca afectación de tejidos blandos^{4,5}.

El debut del estrabismo comitante infantil suele ser antes de los 4 años de edad. El debut tardío también será un factor de riesgo. Los niños de 5 años o más que inician endotropía aún sin limitación del movimiento deberán ser llevados con sumo recelo dado que la desviación puede ser consecuencia de afectaciones del SNC principalmente en fosa posterior³. Por este motivo está indicado solicitar una resonancia magnética (RM) cerebral en los niños que debutan con desviación pasados los 4 años de edad, aunque no curse con trastornos de motilidad asociados. También serán sospechosas las endotropías recurrentes y las endotropías con desviación mayor en visión lejana que próxima. La presencia de diplopía también será un síntoma de alarma y deberá completarse el estudio con una prueba de imagen.

El resto de casos de estrabismo de inicio agudo en niños menores de 4 años con desviación comitante, sin clínica oftalmológica ni neurológica asociada podrán ser derivados con carácter preferente a la consulta del oftalmólogo pediátrico o estrabólogo para su posterior clasificación diagnóstica y manejo.

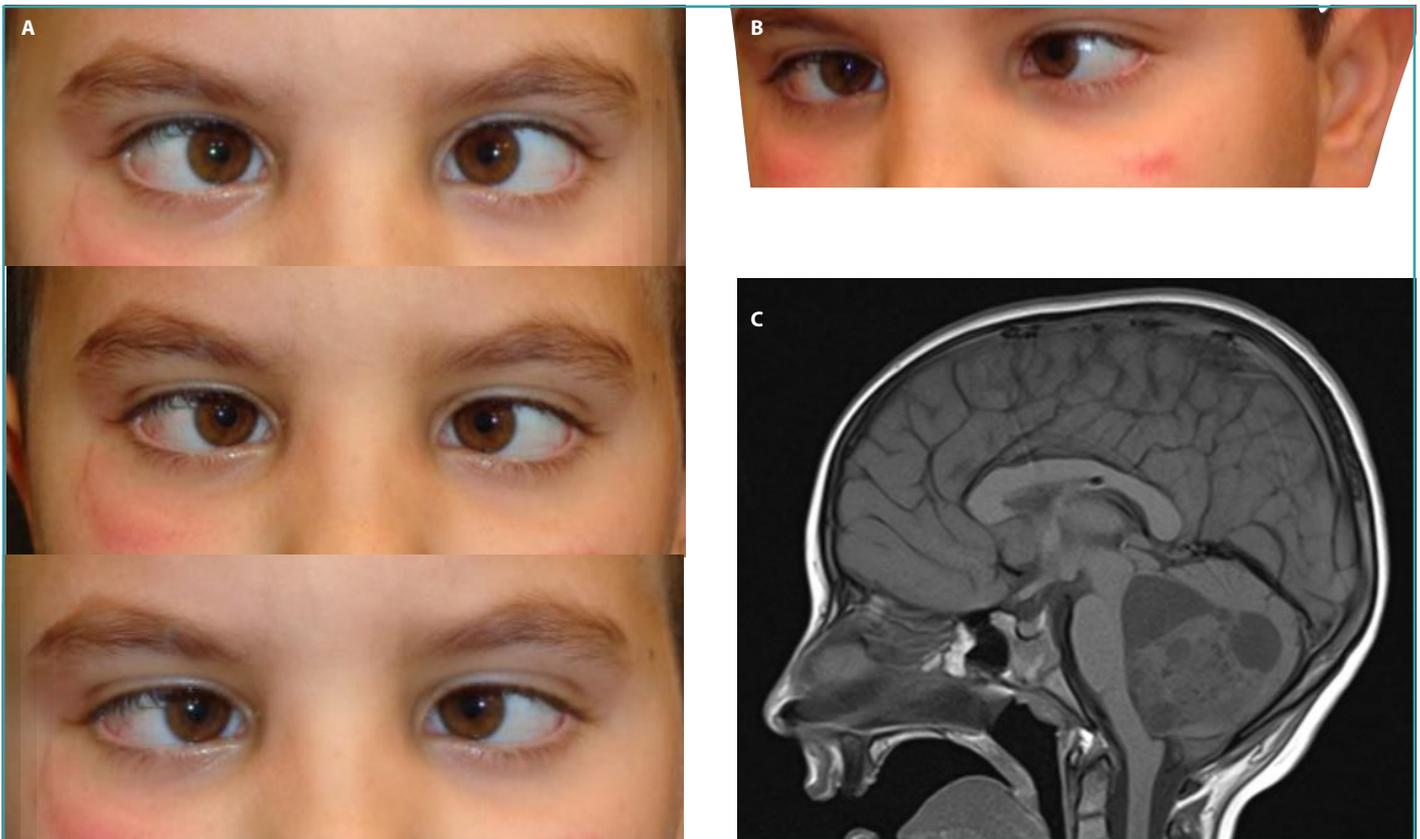


Figura 4. Niño con diplopía. **4A.** Observamos la posición primaria de la mirada con gran endotropía bilateral. En las fotos inferiores la dextroversión y la levoversión donde se evidencia la severa limitación de la abducción bilateral. **4B.** Posición de torticollis con cara a la derecha que presenta el paciente para fijar con su ojo derecho en adducción. **4C.** RMN, se observa con tumor de fosa posterior.

Bibliografía

1. Galán A, Visa J. *Estado actual del tratamiento del estrabismo*. Sociedad Española de Oftalmología. 2012;199-233.
2. Raucci U, Parisi P. A cohort study on acute ocular motility disorders in paediatric emergency department. *Italian Journal of Pediatrics*. 2018;44:62.
3. Chen J. Acute acquired comitant esotropia. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Dec; 94(51): e2273.
4. Prasad Ch, Arulmozhi M. White-eyed blow-out fracture. *Ann Maxillofac Surg*. 2020;10(1):217-9.
5. Pham CM, Couch SM. Oculocardiac reflex elicited by orbital floor fracture and inferior globe displacement. *Am J Ophthalmol Case Rep*. 2017;6:4-6.