

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HETEROFORIAS (*)

DRS. OSCAR HAM y MIGUEL MILLÁN
T. L. LILIAN CATHALIFAUD y MARÍA LUZ SILVA — Santiago

INTRODUCCIÓN

Es sabido que existe un número crecido de heteroforias asintomáticas y otras que son compensadas total o parcialmente mediante la corrección de una ametropía concomitante. Naturalmente que este grupo de heteroforias subclínicas no requiere tratamiento oftóptico y no será incluido en esta presentación.

Para evaluar en forma justa el tratamiento de las heteroforias sería necesario uniformar el criterio en la selección de los casos estudiados y en las medidas terapéuticas usadas.

Indiscutiblemente una selección más estricta de los casos nos enfrentaría a problemas más difíciles de resolver y, en consecuencia, bajaría el porcentaje de éxitos. Por otra parte, un tratamiento más intensivo y con mejores métodos acarrearía resultados más satisfactorios.

A fin de comparar el criterio de selección y tratamiento de los casos que analizaremos en esta presentación, con el aplicado habitualmente, hemos realizado una encuesta a 30 oftalmólogos chilenos, todos con más de 4 años de ejercicio de la profesión. Las preguntas planteadas se refirieron al juicio y método diagnóstico, como también al tratamiento de las heteroforias.

Consideramos que simultáneamente esta encuesta contribuye a esclarecer la importancia real que los oftalmólogos otorgan a las heteroforias en su práctica, asunto que sería el motivo básico de este Simposio.

Analizamos a continuación los aspectos de la encuesta que guardan relación con nuestro planteamiento inicial.

La mayor parte de los oftalmólogos buscan las heteroforias en el examen de rutina; pero, en los policlínicos, algunos las buscan sólo en el caso con síntomas sospechosos y otros no las buscan, debido a premura de tiempo en su sistema de atención que exige al médico un rendimiento numérico relativamente alto.

(*) Apresentado no Simpósio sobre Heteroforias, 5 de setembro de 1967 — São Paulo.

El método más empleado para el diagnóstico es el cover-test, en segundo término está el Maddox wing test.

Para el diagnóstico diferencial, todos los oftalmólogos empiezan por descartar los vicios de refracción como causa de las molestias y la mayoría de ellos busca malos hábitos en la lectura; pero sólo algunos se preocupan también de descartar un déficit de amplitud de fusión, una conjuntivitis crónica u otros factores posiblemente en juego. Aunque parezca extraño, salvo raras excepciones, se aconseja la lectura con oclusión monocular como recurso de diagnóstico diferencial.

La gran mayoría considera que las heteroforias son escasas, desde el punto de vista clínico. Algunos las encuentran con frecuencia moderada y otros importante. En todo caso se consignan con menor frecuencia en los policlínicos que en las consultas privadas.

MATERIAL Y METODO

El grupo de 42 pacientes que se analizan en esta colaboración se compone de las heteroforias sintomáticas que fueron atendidas por diferentes médicos en 2 consultorios privados y en el Policlínico del Hospital San Juan de Dios y que recibieron tratamiento ortóptico a cargo de una técnica laborante en Oftalmología entre 1962 y el 1^{er} semestre de 1967. De ellos, sólo 7 procedían del policlínico hospitalario. Algunos casos debieron ser desechados por falta de datos en la historia.

La edad de los pacientes fluctuó entre 8 y 53 años pero el 83% de los casos tenía entre 10 y 29 años.

El diagnóstico de las heteroforias fue el siguiente:

Insuficiencia de convergencia	28 casos
Exoforia	8 casos
Endoforia	6 casos
	<hr/>
TOTAL	42 casos

Entre los casos de insuficiencia de la convergencia se incluyen también algunos pacientes cuya característica predominante correspondía más bien a una amplitud de fusión deficiente.

El grupo de las endoforias incluye un caso de insuficiencia de la divergencia.

Sólo un paciente era presbíte (53 años de edad); evidenciaba insuficiencia de la convergencia.

Tres casos de insuficiencia de la convergencia y uno de endoforia presentaban, además, leve hiperforia.

Los síntomas más frecuentemente acusados han sido cefalea y astenopia, además de otras molestias que no detallaremos.

Los exámenes realizados para el diagnóstico fueron: ala de Maddox, cover test, test rojo-verde, e vidrio rojo oscuro y luz de fijación, punto próximo de convergencia, medición del ángulo para lejos y cerca con prismas y cover-test, medición de la amplitud de fusión al amblioscopio y con prismas en visión lejana y cercana.

El tratamiento fue realizado por las técnicas ortoptistas coautoras de esta presentación en un número variable de sesiones que osciló entre 2 y 18 (promedio 6) por paciente. La duración de cada tratamiento fue en promedio de unos 25 días, pero fluctuó entre 4 y 66 días, generalmente supeditado a la regularidad en la asistencia de los pacientes.

El tratamiento realizado en el consultorio varió un poco según preferencias del tratante; pero en general comprendió ejercicios como mejoramiento del punto próximo de convergencia, provocación de diplopia, juntar y separar las imágenes diplópicas, incluso a través de prismas de fuerza creciente, despertar diplopia fisiológica, entrenamiento de la amplitud de fusión con prismas (en visión lejana y cercana); al amblioscopio y estereoscopio, disociación de la acomodación-convergencia mediante estereograma y lectura interrumpida. Algunos de estos ejercicios fueron practicados también en casa. La leve hiperforia que se observó asociada a desequilibrios horizontales, no recibió atención especial.

Un caso de endoforia por insuficiencia de la divergencia, debió usar finalmente prismas de base externa para compensar la diplopia en mirada lejana y otro caso de endoforia recibió ejercicios conjuntamente con un miótico; (Tosmilén).

No se tomaron medidas — o no están consignadas en las observaciones para paliar eventuales trastornos de la salud general o del equilibrio psíquico.

RESULTADOS

El análisis de los resultados lo haremos juzgándolos: a) en cuanto a su evolución en el tiempo y b) en cuanto al progreso logrado en el estado del paciente.

A. Resultados inmediatos. Exponemos los resultados en el aspecto subjetivo (modificación de los síntomas) y en el aspecto objetivo (cambio en las condiciones de visión binocular).

Diagnóstico	N.º de casos	Estado objetivo			Estado subjetivo		
		no mejor	mejorado	óptimo	no mejor	mejorado	óptimo
Insuf. de la conver.	28	1	5	22	2	9	17
Exoforia	8	1	1	6	1	1	6
Endoforia	6	4	1	1	3	1	2
TOTAL	42	6	7	29	6	11	25

Un caso de insuficiencia de la convergencia abandonó el tratamiento después de la tercera sesión sin obtener mejoría objetiva ni subjetiva. La misma actitud se observó en un caso de exoforia, el cual, sin embargo, logró mejoría de sus síntomas y normalización de la visión binocular.

Entre las endoforias, a un caso que no progresó en ningún aspecto, debió prescribirse lentes de + 1 D. esférica para su visión cercana. Otro caso de endoforia fracasado en el tratamiento debió usar prismas de base externa para neutralizar su diplopia ocasional en mirada lejana. Un tercer caso de endoforia sólo lograba eliminar sus molestias con la asociación de ejercicios y un miótico.

Cabe hacer notar que el tratamiento realizado para las endoforias fué más breve (2 a 7 sesiones) que para las otras heteroforias horizontales.

Comparando el efecto del tratamiento ortóptico, por una parte sobre la visión binocular y por otra sobre los síntomas, observamos los resultados que siguen:

a) Casos de insuficiencia de la convergencia:

Estado Objetivo	Estado Subjetivo	N.º de casos
No mejorado	No mejorado	1
Mejorado	No mejorado	1
Mejorado	No mejorado	3
Mejorado	Óptimo	1
Óptimo	Mejorado	6
Óptimo	Óptimo	16
TOTAL		28 casos

b) Casos de exoforia: Se observa una concordancia entre la evolución y subjetiva de cada caso:

Estado Objetivo	Estado Subjetivo	N.º de casos
No mejorado	No mejorado	1
Mejorado	Mejorado	1
Óptimo	Óptimo	6
TOTAL		8 casos

c) Casos de endoforia:

Estado Objetivo	Estado Subjetivo	N.º de casos
No mejorado	No mejorado	3
No mejorado	Óptimo	1
Mejorado	Óptimo	1
Óptimo	Mejorado	1
TOTAL		6 casos

Los casos no mejorados en ningún aspecto, corresponden: uno a endoforia simple, uno a exceso de convergencia y uno a déficit de divergencia, respectivamente.

B. Resultados tardíos. En las observaciones clínicas revisadas sólo 9 pacientes fueron controlados al volver a consultar, ya fuera por la reaparición de sus molestias (en 4 casos) o por otro motivo. Sólo muy pocos pudieron ser localizados por nosotros para ser citados y revisados nuevamente. Todos ellos habían terminado su tratamiento en óptimas condiciones objetivas y subjetivas, excepto uno que sólo había experimentado mejoría de ellas y que no había recidivado (caso 6 en el cuadro que sigue). Todas las edades entre 10 y 32 años estuvieron representadas en estos casos.

El cuadro que sigue resume otros datos de ellos:

Caso	Diagnóstico	N.º de sesiones	Tiempo de control	Estado objetivo	Estado subjetivo
1	Insuf. de la convergencia	9	19 meses	Bien	Recidiva
2	Insuf. de la convergencia	5	1 mes	Bien	Bien
3	Insuf. de la convergencia	4	24 meses	Bien	Bien
4	Insuf. de la convergencia	18	2 meses	Bien	Bien
5	Insuf. de la convergencia	4	4 meses	Desmejor.	Recidiva
6	Insuf. de la convergencia	4	3 meses	Bien	Bien
7	Exoforia	4	12 meses	Bien	Recidiva
8	Exoforia	10	48 meses	Desmejor.	Recidiva
9	Exoforia	12	48 meses	Bien	Bien

COMENTARIOS

En primer término, deseamos comentar el concepto que se tiene en nuestro medio profesional sobre la importancia de las heteroforias y que creemos esté expresado en las respuestas recogidas en nuestra encuesta. Lo que más llama la atención es la escasa frecuencia de las heteroforias sintomáticas en nuestra experiencia y en la de los oftalmólogos de nuestro país en general; sólo uno o dos médicos declaran encontrarlas con mucha frecuencia. Esto se explicará porque no todos las buscan en el examen de rutina, especialmente en policlínicos de hospitales. Además, los métodos usados para su diagnóstico podrían resultar en ocasiones insuficientes; pocos usan el Maddox wing test, limitándose más bien al cover test. Rara vez se usa el vidrio rojo oscuro o varilla de Maddox y sólo muy excepcionalmente se determina el punto próximo de convergencia. Esta última omisión en el examen permite escapar el diagnóstico de la insuficiencia de convergencia, probablemente, en muchos de los casos y consideramos que es la principal explicación de la baja frecuencia con que se consignan las heteroforias en nuestro medio.

La mayor escasez de las heteroforias en policlínicos hospitalarios en comparación con los consultorios privados, es de fácil explicación. En efecto, las molestias propias de las heteroforias se acusan con poca frecuencia en los policlínicos ya que se trata de pacientes relativamente poco sensibles, de menor nivel cultural y socio-económico y que por último cargan con problemas mucho más importantes que las molestias que podría causar una heteroforia. Pero, sobre todo, el tipo de trabajo de estos pacientes, en su mayoría obreros, no los expone a este tipo de molestias.

Sin embargo, estamos conscientes de las dificultades que a veces se presentan para identificar la verdadera causa de las molestias acusadas por el paciente cuando la heteroforia o el déficit del punto próximo de convergencia es leve o las condiciones de la visión binocular están a penas por debajo de lo normal. Hemos comprobado uno que otro caso rotulado como heteroforia sintomática, en que un interrogatorio más minucioso nos ha permitido establecer que las molestias se debían, en realidad, a la congestión provocada por una conjuntivitis crónica leve.

Casos como éstos pueden inducir a error en la evolución de un tratamiento ortóptico, ya sea porque las molestias continúan al faltar el tratamiento de la verdadera causa o porque la corrección de un mal hábito de lectura o de una ametropía, o de una afección general, o de un desequilibrio psíquico o estado tensional o el tratamiento de una conjuntivitis crónica logran un éxito que podría ser atribuido a los ejercicios ortópticos practicados.

Consideramos que la oclusión de un ojo durante un par de días, al menos para el trabajo de cerca constituye una excelente prueba para aclarar la etiología de las molestias en casos de difícil diagnóstico diferencial y que merece por eso difundirse.

En la recopilación de nuestros casos no incluimos endoforias tratadas exclusivamente con cristales esféricos convexos o desplazamiento de los centros ópticos de los cristales ni pequeñas hiperforias compensadas con adición de prismas a los lentes. De ahí que estos tipos de foria sean poco abundantes entre los casos analizados. No obstante, podemos afirmar que la hiperforia pocas veces es buscada con la debida acuciosidad en el examen. Otro tanto sucede con la cicloforia, que no figura entre nuestros diagnósticos. Esta revisión se refiere, pues, solamente a casos tratados con ortóptica.

En líneas generales, la técnica de tratamiento ortóptico empleada ha sido uniforme y concuerda con la usada en otras clínicas de esta especialidad.

Al revisar los resultados podemos observar que en un caso de insuficiencia de la convergencia y en un caso de endoforia no hubo mejoría objetiva y sin embargo desaparecieron los síntomas. Esto plantearía, a nuestro parecer, dudas en su diagnóstico en lo que se refiere a la verdadera patogenia de los síntomas.

Nuestro desconocimiento del estado tardío de los pacientes tratados, creemos se debe principalmente a que, al darlos de alta, no les insistimos

con el debido énfasis a que volvieran a control. Deseamos pensar que la mayoría no lo hizo espontáneamente porque no tuvo recidiva de sus molestias. Es posible, sí, que algunos, ante una eventual recaída, se resignen a esperar la desaparición espontánea de sus molestias o reinicien, motu proprio, en casa los ejercicios para los cuales fueron cuidadosamente adiestrados, o, por último, acudan a otro consultorio. Pero estamos seguros que nuestra información sobre estos casos sería, mucho más rica si, al tratarlos, nos hubiera guiado, además del propósito de mejorarlos, la intención pre-determinada de una recopilación estadística.

Las publicaciones sobre los resultados del tratamiento de las heteroforias y de insuficiencia de la convergencia, con excepción de los textos de oftalmología, nos parecen extremadamente escasas. Pero las opiniones son concordantes.

El tratamiento ortóptico de la endoforia por insuficiencia de la divergencia acarrea un rápido beneficio al paciente; pero a la larga se necesitaría de lentes convexos para mantener los resultados. En el paciente perteneciente a este grupo que relatamos, se le prescribió, con buen resultado, prismas de base externa para la mirada lejana.

En la endoforia por exceso de convergencia se dice que, el beneficio es menor, aunque ayuda a la relajación de la convergencia (Mayo, 1939); habitualmente se necesita de lentes convexos para leer. Este fue también el camino que debimos seguir en un paciente de este tipo de endoforia.

De los casos restantes, 3 necesitaron de medidas complementarias: lentes convexos para cerca, miótico o prisma para visión lejana; un cuarto caso se benefició más bien con la corrección de su hipermetropía.

Las exoforias se consideran como más abordables por ortoptica pura. Solucionado el eventual problema general, en 3 a 6 sesiones de ejercicios curaría la mayoría de los casos. Si recidivan, ello suele deberse a problemas de salud general, por lo que se recuperan mediante tratamiento médico o reposo. De nuestros pacientes con exoforias sólo uno no mejoró y otro obtuvo un alivio parcial. Este último correspondía a uno de los 2 casos de exceso de divergencia recopilados.

Los resultados funcionales de la insuficiencia de la convergencia son buenos y aún excelentes si se atiende bien el tratamiento general, óptico y optóptico. Curan generalmente en no más de 12 sesiones, esto gracias a que la amplitud de fusión suele ser buena, los reflejos comprometidos son muy plásticos y el esfuerzo voluntario de convergencia aporta una ayuda. Sin embargo, algunos adultos beneficiados consideran útil repetir los ejercicios (J. ROSENFELD). PARKS considera que no siempre mejora la amplitud de fusión en convergencia mediante la ortóptica y que, en todo caso, su efecto es pasajero, ya que los síntomas reaparecen; pero algunos pacientes parecerían mantener la vergencia fusional ganada probablemente mediante un entrenamiento subconsciente permanente. En nuestra casuística, 2 pacientes con insuficiencia de la convergencia no mejoraron subjetivamente, 9 obtuvieron un alivio incompleto y 17 la desaparición de

sus síntomas. Pero, de los casos fracasados, uno abandonó el tratamiento prematuramente.

Para el caso de hiperforia el tratamiento de fondo suele ser la prescripción de un prisma, ya que la ortóptica no es de gran ayuda. Tampoco es suficiente la ortóptica ni la refracción para solucionar las molestias por cicloforia; pero a veces basta con compensar la hiperforia eventualmente presente (GILES). En los pocos casos nuestros en que se anotó una hiperforia agregada al trastorno horizontal, no fue necesaria medida alguna.

Respecto a los resultados tardíos de nuestros tratamientos, no estamos en condiciones de hacer comentarios de importancia, considerando el escaso número (9) de casos controlados. En todo caso, hemos visto que de los 4 pacientes recidivados, en 3 de ellos las molestias parecen haber reaparecido recién después de un año de terminado el tratamiento y éste había logrado pleno éxito, por lo general en pocas sesiones. Por otra parte, la reaparición de los síntomas no siempre estuvo acompañada de un empeoramiento de la visión binocular.

Consideramos que, si bien este limitado número de casos presentados tratados sin intención de una revisión posterior, no nos permite sacar conclusiones de orden estadístico, arrojan por lo menos una impresión de nuestros resultados terapéuticos. Pero, sobre todo, su revisión ha constituido un excelente estímulo para organizar en el futuro la recopilación de datos sobre tema que en nuestro medio no cuenta con la justa preocupación de los oftalmólogos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — CASTANERA, P. A. — “Estrabismus y Heteroforias”. Ed. Paz Montalvo, 2, Madrid, 1958.
- 2 — CIANCIA, A., y CORNEJO, M. C. — “Ortóptica y Pleóptica”. Ed. Macchi, Buenos Aires, 1966.
- 3 — DUKE ELDER — “Test-Book of Ophthalmology”. Vol IV, Ed. Mosby, St. Louis, 1949.
- 4 — GILES, G. H. — “The Practice of Orthoptics”. Ed. Hammond, Hammond & Co., London, 1949.
- 5 — HUGONNIER, R. & HUGONNIER, S. — “Strabismes”, Ed. Masson et Cie. Paris, 1965.
- 6 — JAMPOLSKY, A. — Management of the different Stages of Exodeviations. Management of small degree esodeviations, en “Strabismus”, Symposium of the N. Orleans Acad. of Ophth. p. 145, 131, Ed. Mosby, St. Louis, 1962.
- 7 — KRAMER, M. E. — “Clinical Orthoptics”, Ed. Mosby Co., St. Louis, 1949.
- 8 — LYLE, T. K. & BRIDGEMAN, G. J. O. — “Worth & Chavasse’s Squint”, Ed. Bailliére, Tindall & Cox. London, 1959.
- 9 — PARKS, M. — Mesa Redonda de “Strabismus”, Symposium of the N. Orleans Acad. of Ophth., p. 303, Ed. Mosby, St. Louis, 1962.
- 10 — ROSENFELD, J. — “Convergence Insufficiency in Children and Adults. Am. Orthopt. J., 17:93-97, 1967.
- 11 — SCOBEE, R. — “The Oculorotory Muscles”. Ed. 2, Mosby, St. Louis, 1952.