

# Comunicación en e-póster

## Cirugía refractiva

18-02-2012 • 11:15 - 11:30 → T 8 • 097

## Problemas de binocularidad y dominancia manifiestos tras cirugía refractiva

### Autores:

Matamoras Honderza, Alicia - Madrid <sup>(1)</sup>, López Artero, Esther - Madrid <sup>(1)</sup>, Luque Morillo, Paloma - Madrid <sup>(1)</sup>, Martínez Amat, Aránzazu - Madrid <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> Instituto de Oftalmología Avanzada.

### ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Mostramos los cambios producidos en la dominancia y visión binocular de cinco pacientes intervenidos de cirugía refractiva con alguna de estas técnicas: láser excímer, lente intraocular fájica epicapsular, y lensectomía refractiva en monovisión. Los pacientes han presentado sintomatología post-quirúrgica, como visión borrosa, astenopía, diplopía o problemas de fusión-confusión binocular.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Cogemos los casos de cinco mujeres de edades comprendidas entre 31 y 66 años, que fueron intervenidas de cirugía refractiva con alguna de las técnicas quirúrgicas anteriormente citadas. Realizamos refracción subjetiva y ciclopléjica, comprobamos la dominancia motora y sensorial, medimos segundo y tercer grado de fusión, es decir, la visión binocular simple con luces de Worth, y la estereopsis con Test Laméresis; punto próximo de convergencia, vergencias fusionales con foróptero, flexibilidad acomodativa con Flippers +2.00/-2.00 D (en el caso de los pacientes fájicos), y estado fórico o alineamiento motor, mediante Cover Test, y Test de Thorington.

### RESULTADOS

Agrupamos los resultados según la técnica quirúrgica aplicada. En los casos de las pacientes operadas con láser excímer, presentaron una ligera regresión hipermetrópica de su graduación, una manifestación de su endoforia/tropía con mayor ángulo de desviación en visión lejana que en visión próxima (insuficiencia de divergencia), y una disminución de su flexibilidad acomodativa, sobre todo en amplitud acomodativa.

En las dos pacientes intervenidas con lensectomía refractiva corregidas para monovisión, una de ellas presentó diplopía por una microexoforia mayor en visión lejana que en visión





próxima; y la segunda paciente presentó un cambio de dominancia motora ocular tras la cirugía, debido a que, tras realizar todas las pruebas de binocularidad, se descubrió una exotropía intermitente del OI de 3 dioptrías prismáticas en lejos, ya que se había dejado el ojo derecho (previamente no dominante) hipo-correctado en lejos.

El último caso es el de una paciente con miopía elevada y astigmatismo, corregida con lentes intraoculares fáquicas epicapsulares, Visian ICL (Implantable Collamer Lens), que tras la cirugía manifestó una exoforia de 3 dioptrías prismáticas en visión lejana y 5 dioptrías prismáticas, rompiendo en exotropía en visión próxima (insuficiencia de convergencia), y pasó de tener una estereopsis pre-quirúrgica de 240 segundos de arco a 1.000 segundos de arco en la situación post-quirúrgica.

## CONCLUSIONES

Debido a que la visión no es estática, debemos tener en cuenta la binocularidad antes de modificar una situación refractiva. Al indicar una cirugía refractiva a un paciente supelementalmente candidato a ella, debemos incluir en nuestro protocolo de pruebas de inclusión/exclusión un examen de visión binocular para evaluar: dominancia ocular, alineamiento motor, estereopsis y vergencias fusionales.

Nuestros hallazgos previos a la indicación quirúrgica pueden ser determinantes a la hora de evitar cambios de dominancia ocular por hipo/híper-correcciones y otros tipos de disfunciones binoculares, que podrían aparecer tras descompensarse o manifestarse una foria/tropía que estaba latente previa a la cirugía.