

# COMUNICACIÓN EN PÓSTER

OPTOMETRÍA PEDIÁTRICA

ID: 1769

## Estudio epidemiológico de la cirugía de estrabismo infantil

➤ Autores: Ana Contreras Roldán<sup>1</sup>, Rafael Marquez de Aracena Del Cid<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla.



Sesión 4



Viernes, 13  
de abril



16:15 h a 16:30 h



Terminal 25

### JUSTIFICACIÓN

El estrabismo tiene una alta prevalencia en la población infantil (2-4%). Lo limitado de los resultados médicos, pleópticos y ortópticos hacen que muchos de ellos acaben en cirugía. Las consecuencias visuales, personales y sociales que acompañan a esta patología carecen de estudios epidemiológicos que puedan dar una idea clara de su situación

### OBJETIVOS

Evaluación epidemiológica de los estrabismos infantiles, analizando las características ópticas, optométricas y oftalmológicas de aquellos que necesitaron tratamiento quirúrgico.

### RESULTADOS

Se registraron unas 84 cirugías por año (252 en total), de las cuales 26,54% (67 en total) fueron por estrabismo infantil. El 61% (41) se intervino con 5-7 años y el 39% (26) entre 0 y 4 años.

Aparición del estrabismo: 25% fue congénito. El 49,2% antes del año de vida. El 4% fue prematuro.

Tipo de estrabismo: esotropía (64,2%), exotropía (32,3%) la parálisis del IV (7%), VI par (3,9%) y síndrome de Duane (1,5%).

La cirugía más frecuente. La esotropía congénita (23,4%), la esotropía residual (11%) y la esotropía tratada con toxina botulínica (27%).

Agudeza visual (se tomó visión a partir de los 3 años): 0,9 y 1 se da en 32 pacientes (49,3%)

Defecto refractivo precirugía:

+6,00 a +2,25 el 12,1%;

+2,00 a +0,25 el 8,9%

Desviación angular. Antes de la cirugía mayor de +10 dp el 62,7% y mayor de -10 dp el 21%. Después de la cirugía el 64,2% quedó alineado y el 17,9% quedaron con valores mayores de 10 dp.

Test de worth. El 16,41% tenían fusión antes de la cirugía y después solo 1 paciente consiguió recuperarla (1,5%).

Test de Lang II: 15% consiguió esteroagudeza tras cirugía.

Toxina botulínica. Se aplicó a casi la mitad de los pacientes (47,8%) para tratar la esotropía (38,8%), la exotropía (4,5%) y la parálisis del VI Par (3%).

Reintervenciones. Una, el 24% y con dos el 3%.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico retrospectivo durante 3 años (2013 al 2015) en un hospital de referencia de la red pú-

blica sanitaria española de estrabismos infantiles de 0-7 años en los que necesitaron ser intervenidos quirúrgicamente. Se analizó el tipo de estrabismo, cirugía, agudeza visual, defecto refractivo, desviación angular pre y postoperatorio, ambliopía, capacidad de fusión, estereopsis, desviación angular, agudeza visual, defecto refractivo, edad de aparición, sexo entre otros.

### CONCLUSIONES

El estrabismo infantil quirúrgico corresponde al 26% de los estrabismos intervenidos. De ellos es

más frecuente la cirugía entre 5-7 años (61%) que la de 0-4. Un cuarto de todos ellos es congénito y la mitad aparecen antes del año de vida.

Más de la mitad de estrabismo son debidos esotropía, la mitad exotropía, menos la parálisis del IV, y raros parálisis VI par y síndrome de Duane.

Los defectos que más necesitan cirugía son esotropía congénita, la esotropía residual y la esotropía tratada con toxina botulínica.

Un cuarto de los estrabismos que se operan necesitan reintervención.

La cirugía es un tratamiento eficaz del estrabismo infantil a falta de otros médicos, ópticos y optométricos.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



COLABORACIÓN ESPECIAL:

