

TROPIAS SECUNDARIAS Y FENOMENOS DE "A" Y "V"

POR

CARLOS EGGERS, M. D.

Santiago de Chile, Chile.

"Incluir las posiciones en elevación y en depresión como posiciones cardinales de la mirada es erróneo, porque estas posiciones no constituyen direcciones cardinales y no se obtiene información de valor". Quien así se expresó fué nada menos que una de las grandes figuras del estrabismo, Richard Scobee (1) en 1947.

Solamente 4 años después Urist (2) comunicaba que el 79% de los estrabismos mostraban inconcomitancia vertical en una u otra forma, y que un 50% del total se podía clasificar dentro de los cuatro grandes grupos que se han hecho clásicos, y que con posterioridad Costenbader (3) bautizó acertadamente como síndromes en A y en V.

Desde entonces se suceden las publicaciones acerca del tema, y no se puede afirmar, en general, que las ideas al respecto sean más claras que al comienzo. Al contrario, la etiopatogenia y las conclusiones terapéuticas son extraordinariamente disímiles y confusas.

Así para algunos como Urrets-Zavalía (4), Hugonnier (5), las disfunciones —hiperacción o hipoacción— serían de origen motor; y para otros serían de origen inervacional o central. Estos a su vez, se dividen entre aquellos partidarios de la teoría de los músculos horizontales, sobre todo Urist (6-8), Crone (9) y Villaseca (10-11), y otros de los músculos verticales, subdivididos a su vez entre aquellos partidarios de los oblicuos como causa original, como Jampolsky (12) Cöppers (13) y Sévrin (14), y finalmente otros como Brown, de los rectos verticales. No faltan quienes como Breinin y Schlossmann ven en la combinación de los defectos de los oblicuos y rectos la concausa de los síndromes en A y en V. De Dunlap hay un interesante resumen acerca de lo antedicho (15).

Nosotros pretendemos contribuir con un aporte, que aunque pequeño, consideramos de algún valor por no haber sido expuesto con anterioridad, según nuestro conocimiento.

Hemos estudiado la frecuencia de las desviaciones en V o en A en las tropías secundarias. Hace un par de meses recién, nos llamó la atención en el curso de nuestro trabajo en el Depto. de Córnea la observación de numerosos pacientes que, a consecuencias de patología corneal monocular presentaban estrabismo secundario del ojo afectado con desviaciones en V. Desde entonces comenzamos a practicar regularmente el Hirschberg y a veces el Krimsky en todas las tropías secundarias y gracias al sistema de tarjetas perforadas instituido por el Dr. Villaseca en el Depto. de Estrabismo desde hace más de 3 años, pudimos analizar las apreciaciones en elevación y depresión en un buen número de casos más.

A continuación los estrabismos secundarios anotados y la etiología de la desviación (Fig. 1).

TIPOS DE DESVIACIÓN EN TROPIAS SECUNDARIAS

	<u>ESOTROPIAS</u>	<u>EXOTROPIAS</u>	
SIMPLES	● ● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	17
En A o en V	● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	13
TOTALES	11	19	30

Fig. 1. Causas de desviación estrábica secundaria en 30 casos.

La edad promedio de comienzo de la desviación fue de 19 años. El rango del grupo va desde el tercer año de vida a los 74 años, incluyendo 8 de los primeros. El modo, dividiendo los grupos de 10 en 10 años de edad estuvo entre los 21 y 30 años.

Anotaremos que en 14 de ellos, de acuerdo a la anamnesis la afección causal se produjo con función binocular completamente constituida. En casos dudosos reunimos fotografías tomadas al paciente con anterioridad a la desviación, lentes o prescripciones de lentes antiguas, o bien fichas clínicas antiguas, si bien estas últimas eran generalmente incompletas en relación al tema en estudio.

Una V fisiológica es aceptada hoy en día. Magee (16) ha encontrado en controles de normales sin perturbaciones binoculares que hasta 17 dioptrías en V y 5 dioptrías en A pueden ser consideradas normales. Como la dirección de la A va contra de la regla fisiológica, se necesita menor diferencia en grados prismáticos para aceptar un síndrome en A.

CAUSAS DE DESVIACIÓN ESTRÁBICA SECUNDARIA EN 30 CASOS

ENFERMEDADES DE LA CÓRNEA	9
DESPRENDIMIENTOS RETINALES	6
CATARATAS TRAUMÁTICAS Y SENILES, Y AFAQUIAS	5
CATARATAS CONGÉNITAS	3
UVEÍTIS POSTERIORES	3
MACULOPATÍAS CONGÉNITAS	2
UVEÍTIS ANTERIOR	1
CISTICERCO	1

Fig. 2. Tipos de desviación en tropías secundarias.

Obsérvese que las tropías en V y en A constituyen el 43% del total de esta corta serie (Fig. 2). La edad promedio de los casos con esotropías es de 7 años y los con exotropía es de 25 años, lo que concuerda con el hecho conocido de que mientras más joven es el paciente portador de una ambliopía hay más tendencia a la desviación convergente, tendencia que se invierte a los 10 - 14 años y comienza a predominar la divergencia. Considerando otro punto de vista, en nuestra serie no hay diferencia significativa en edad entre aquel grupo que manifestó desviación ya sea en A o en V y aquél que no evidencia diferencia importante en elevación y depresión.

Desviaciones verticales propiamente tales. - 9 de los 30 casos muestran una altura constante de un ojo sobre el otro. 4 de ellos coexisten con síndromes en A o en V.

En 8 de los 9 casos son desviación vertical el ojo desviado estaba más alto, y casi en todos ellos parecía existir un espasmo del oblicuo inferior del ojo izquierdo. Decíamos parecía, porque no se debe olvidar que en presencia de un ojo no fijador se limitan las posibilidades diagnósticas de espasmos o hipoacciones, por la exclusión del estudio de las inconcomitancias, de la pantalla, del test de la diplopia, y de la maniobra de Bielschowsky, entre otras.

Esta hiperacción del oblicuo inferior concuerda con la opinión de Lancaster que estima que existe una hiperquinesia sinquinética de este músculo con el recto medio a través del 3er. par.

Antes de pasar al comentario descamos hacer referencia sumaria acerca de dos casos que nos parecen de especial interés.

Caso 26.- Niño de 4 años. Tiene hermano gemelo.

$\frac{1}{2}$ año antes de la consulta presentaba nubécula corneal central post-sarampionosa. El ojo queda en esotropía de 15°, sin fenómeno de A o V. Examinó al hermano gemelo a los 8 años de edad. No estrábico. Presenta leve exoforia de 5 dioptrías de frente, en elevación y depresión, medida con prismas.

Es sensible que no se me haya ocurrido medir a este niño a la edad de 4 años, cuando su hermano presentó la esotropía. Probablemente hubiéramos encontrado esoforia y no exoforia.

Caso 30.- Mujer de 52 años. Presenta catarata total en ojo izquierdo desde los 45 años de edad. Veía bien con ese ojo hasta esa edad. Poco tiempo después comienza desviación divergente de ese ojo, que actualmente es en V marcada con exotropía de 30° en posición primaria de la mirada, 20° en depresión, 45° en elevación.

Tiene una hija de 15 años, sin defecto orgánico ocular, que a los 7-8 años comienza a presentar exoforia-tropía, que actualmente es exotropía alternante en V. La distancia interpupilar de madre e hija es bastante superior a lo normal, 71 y 67 mm, respectivamente.

Caso 3.- Hombre de 22 años. Dos años antes golpe en ojo derecho, que comienza a perder progresivamente la visión. Se constató desinserción retinal y exotropía de 15° arriba, 25° de frente y 40° abajo. Lo consignamos por ser el único caso en A de la serie. No pudimos examinar ningún familiar sano.

Comentario

Sumariamente creo que son de remarcar dos hechos:

1º Que los síndromes en V y en A en casos de etiología sensorial se presentan con frecuencia semejante a los descritos en los casos de estrabismo-enfermedad.

2º Que los defectos de altura deben ser consecutivos a los síndromes en V o en A observadas en tropías secundarias, por dos razones:

a) Porque es inaceptable pensar que la desviación vertical haya precedido al defecto físico que produjo la ambliopía, pues ambas condiciones —desviación secundaria y foria o tropía vertical— son de relativa rareza en la población general, y entonces no es lógico suponer que tal condición, por casualidad, vaya a coincidir en varios sujetos. Por consiguiente estamos obligados a pensar que existe una relación causal entre ambos factores.

b) Como las forias horizontales, en cambio, son muy frecuentes en la población general, es de suponer que lo que primero se produce en una ambliopía es la desviación horizontal y después secundariamente puede añadirse la desviación vertical en algunos casos (en 4 de los 13 con tropía en A o en V).

Hospital del Salvador.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — SCOBEE, RICHARD G., The oculorotary muscles, St. Louis, C. V. Mosby, 1947.
- 2 — URIST, MARTIN, J., Horizontal squint with secondary vertical deviations, A.M.A. Arch. Ophth., 46: 245, 1951.
- 3 — COSTENBADER, FRANK, D., Clinical course and management of esotropia. In Strabismus Ophthalmic Symposium II, p. 348, James H. Allen ed., St. Louis, C. V. Mosby, 1958.
- 4 — URRETS-ZAVALIA, A., SOLANES-ZAMORA, J. y OLMOS, H., Anthropological studies on the nature of cyclovertical Squint, Brit. J. Ophth., 45: 578, 1961.
- 5 — HUGONNIER, R., Strabismes - Hétérophories, paralysies oculo-matrices, p. 226, Paris, Masson et Cie., 1959.
- 6 — URIST, MARTIN, J., The etiology of the so-called A and V syndromes, Am. J. Ophth., 46: 835, 1958.
- 7 — URIST, MARTIN, J., Surgical treatment of esotropia with bilateral elevation in adduction, A. M. A. Arch. Ophth., 47: 220, 1952.
- 8 — URIST, MARTIN, J., Surgical treatment of esotropia with bilateral depression in adduction, A. M. A. Arch. Ophth., 55: 643, 1956.
- 9 — CRONE, R. A., Alternating hyperphoria, Brit. J. Ophth., 38: 591, 1954.
- 10 — VILLASECA, A., Surgical Classification of Squint with a vertical deviation, Brit. J. Ophth., 39: 129, 1955.
- 11 — VILLASECA, A., The A and V Syndromes, Am. J. Ophth., 52: 172, 1961.
- 12 — JAMPOLSKY, A., The A and V Syndromes, In Strabismus Ophthalmic Symposium III, Georg M. Haik ed., St. Louis, C. V. Mosby, 1962.
- 13 — CÜPPERS, C., Contribución a la terapia operatoria del estrabismo "A.S.O.H.-A." 22: 327, 1962.
- 14 — SEVRIN, G., Sobre la cirugía de los síndromes A y V "A.S.O.H.-A." 22: 336, 1962.
- 15 — DUNLAP, E. A., Present Status of the A and V Syndromes, Am. J. Ophth., 52: 396, 1961.
- 16 — MAGEE, A. J., Values for the A and V Syndromes, Am. J. Ophth., 50: 753, 1960.