
ARTÍCULOS ORIGINALES

Hospital Oftalmológico Docente "Ramón Pando Ferrer"
Servicio Visión Binocular

TÉCNICA DE SUTURAS AJUSTABLES. RESULTADOS

Dra. Lourdes R. Hernández Santos,¹ Dra. Rosa M. Naranjo Fernández¹ y Dra. Teresita de J. Méndez Sánchez¹

RESUMEN: Se realizó un estudio sensorial y motor preoperatorio y posoperatorio a 84 pacientes que acudieron a la consulta de Visión Binocular con el diagnóstico de estrabismo horizontal a partir de los 13 años de edad. El método estadístico utilizado fue "t" o Chi cuadrado. Nos trazamos como objetivo determinar los resultados posoperatorios de la cirugía de estrabismo realizada con la técnica de suturas ajustables, que fueron los siguientes: el 61 % de los pacientes con exotropía y el 71,4 % con el diagnóstico de exotropía se encontraban en ortotropía a los 6 meses de la intervención. El 71,4 % de los pacientes con esotropía y el 83,3 % con el diagnóstico de esotropía se encontraban en ortotropía al año de la intervención. Ésta técnica quirúrgica permite la modificación de la desviación en el posoperatorio inmediato.

DeCS: ESTRABISMO/cirugía; EXOTROPIA/cirugía; EXOTROPIA/cirugía; VISION BINOCULAR; TECNICAS DE SUTURA; CUIDADOS PREOPERATORIOS; PERIODO POSOPERATORIO; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS OFTALMOLOGICOS.

Está claro que para la mayoría de los estrabólogos la cirugía no es una ciencia exacta, a causa de que la cantidad de músculos recesados o reseccionados se realiza por una parte en la medición, otra por la intuición y otra por la experiencia del cirujano.¹⁻⁴

Si un cirujano de estrabismo se plantea cuáles son sus objetivos a largo plazo, apuntaría a 3 aspectos:

- Lograr un alineamiento ocular estable en posición primaria de mirada (PPM) con aceptable balance rotacional:

- Buen aspecto estético con ojos blancos y hendiduras palpebrales normales e iguales.
- Lograr estos objetivos con el menor número de intervenciones posibles.^{5,6}

La cirugía tradicional no supera en las manos más experimentadas el 70 u 80 % de éxito, es decir, que de cada 10 pacientes 2 ó 3 requieren como mínimo una segunda intervención. En el estrabismo, la cirugía con sutura ajustable es aquella que permite modificar el resultado en el posoperatorio tanto para la posición de los ojos en PPM como para lograr un adecuado balance rotacional.⁷⁻⁹ Las primeras noticias de este tipo de sutura datan de *Von Graefe* en 1855 y *Bielchowsky* en 1907, popularizándose en 1974 por *Arthur Jampolsky*, el cual, con el propósito de disminuir el número de reoperaciones la reactualizó, sobre todo en aquellos estrabismos donde los factores impredecibles están aumentados, sean estos de carácter mecánico o inervacional.¹⁰⁻¹² Las suturas ajustables representan una gran adquisición dentro del abanico de posibilidades quirúrgicas. En el presente trabajo nos proponemos determinar los resultados posoperatorios mediante la técnica de suturas ajustables y evaluarlos a los 6 meses y al año de la intervención, precisando si se logra un alineamiento ocular estable en posición primaria de mirada en un solo tiempo quirúrgico.

Métodos

Nuestro estudio se compone de 84 pacientes (54 del sexo femenino y 30 del masculino) intervenidos de estrabismo horizon-

tal mediante la técnica de suturas ajustables que acudieron a la consulta de Visión Binocular entre septiembre de 1998 y septiembre de 1999.

La selección del paciente se basó en 2 aspectos:

1. La información exhaustiva al paciente de la técnica quirúrgica haciendo hincapié en las maniobras de ajuste, ya que es aquí donde se necesita su cooperación, pues se realiza a las 24 h de la intervención, con el paciente en vigilia, previa instilación del colirio anestésico.
2. Realización de la prueba de evaluación preoperatoria. Se le realiza al paciente una prueba de ducción forzada (previa instilación colirio anestésico), se pinza la conjuntiva con una pinza con dientes y se mueve el ojo, si esto es tolerado por el paciente inferimos que cooperará al ajuste.

Criterios de inclusión

- Adultos y adolescentes con buena cooperación.
- Pacientes que respondan satisfactoriamente a la prueba de evaluación preoperatoria.

Criterios de exclusión

- Pacientes poco cooperadores.
- Pacientes con trastornos cardiacos importantes.
- Pacientes que hacen bradicardia importante a la prueba de evaluación preoperatoria.
- Ángulo de estrabismo variable.
- Pacientes con trastornos psíquicos y retraso mental.

Las etapas de trabajo incluyeron:

1. La selección de los pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.
2. Estudio preoperatorio y posoperatorio que incluyó medición del ángulo de desviación en dioptrías prismáticas de cerca y de lejos.
3. Chequeo preoperatorio que incluyó hemograma, serología y HIV a los menores de 35 años, EKG entre 40 y 60 años y a los hipertensos de cualquier edad y química sanguínea a los que la requirieran. Valoración por un especialista en medicina interna, pediatría y anestesiología.

El método estadístico empleado fue t de Student o chi cuadrado.

Se realizaron controles periódicos a los 7 días, 6 meses y un año de la intervención.

Resultados

Se estudiaron 84 pacientes, 54 del sexo femenino y 30 del masculino; 37 pacientes se encontraban entre los 21 y 30 años para el 44 %. Se ajustaron 68 pacientes para el 81 %.

De los 49 pacientes intervenidos de exotropía, a los 6 meses, 30 lograron la ortotropía y 15 estéticamente aceptables (< 15 D.P.).

De los 35 pacientes intervenidos de esotropía, a los 6 meses, 25 lograron la ortotropía y 8 estéticamente aceptables.

De los 28 pacientes intervenidos de exotropía con un año de evolución, 20 se encontraban en ortotropía y 6 estéticamente aceptables.

De 18 pacientes intervenidos de esotropía con un año de evolución, 15 se encontraban en ortotropía y 2 estéticamente aceptables.

Discusión

En la tabla se muestra la distribución de los pacientes estudiados según sexo y grupo de edades. De los 84 pacientes encontramos 54 del sexo femenino y 30 del masculino, 37 de ellos (44 %) se encontraban entre los 21 y 30 años.^{1,2}

Se necesitó ajuste en el 81 % para lograr dejar al paciente en la posición deseada por el cirujano, esto fue posible por la técnica empleada. Preferimos las hipercorrecciones, pues nos facilitan estas maniobras. Los casos de cirugía previa, ambliopía y diplopía precisaron con más frecuencia del ajuste. Nuestro porcentaje fue mayor que el de los autores consultados, pues tuvimos que ajustar 30 pacientes que se encontraban en ortotropía, por presentar diplopía; fue mayor el porcentaje de ajuste en las exotropías que en las esotropías, al igual que lo planteado por otros autores.³⁻⁵

TABLA. Relación según sexo y edad

Edad	Femenino	Masculino
10-20	17	6
21-30	23	14
31-40	10	6
41-50	4	2
51-60	0	2
Total	54	30

Realizamos el ajuste en todos los casos a las 24 h, momento en que el enfermo se encuentra fuera de todo efecto anestésico; el momento de ajuste fue diferente según los autores, variando desde pocas horas a varios días.

Del total de pacientes intervenidos con 6 meses de evolución (figs. 1 y 2), 49 tenían exotropía y 35 esotropía, lo cual no coinci-

de con lo consultado, pues en los trabajos revisados el mayor porcentaje perteneció a las esotropías.

De los intervenidos de exotropía, 30 quedaron en ortotropía para el 61 %, y de los intervenidos de esotropía 25, para el 71,4 %.⁶⁻⁸

De los pacientes intervenidos de exotropía con un año de evolución (fig. 3), 20 quedaron en ortotropía para el 71,4 % y los intervenidos de esotropía (fig. 4) con el mismo tiempo de evolución posquirugía, 15 quedaron en ortotropía para el 83,3 %; estos resultados fueron excelentes, pues logramos en un solo acto quirúrgico corregir la

desviación, disminuyendo el número de reintervenciones que tanto angustia al paciente estrábico.⁹⁻¹¹ Estos resultados coinciden parcialmente con la bibliografía consultada; pues algunos autores reportan que el mayor porcentaje de los pacientes se mantienen alineados y otros plantean que en un gran porcentaje vuelven a presentar la desviación al año de la intervención. Esta técnica nos permite modificar el resultado posoperatorio cuando este no es el deseado.

Recomendamos la divulgación de esta técnica con el objetivo de generalizar su uso y así disminuir el número de reintervenciones en el paciente estrábico.

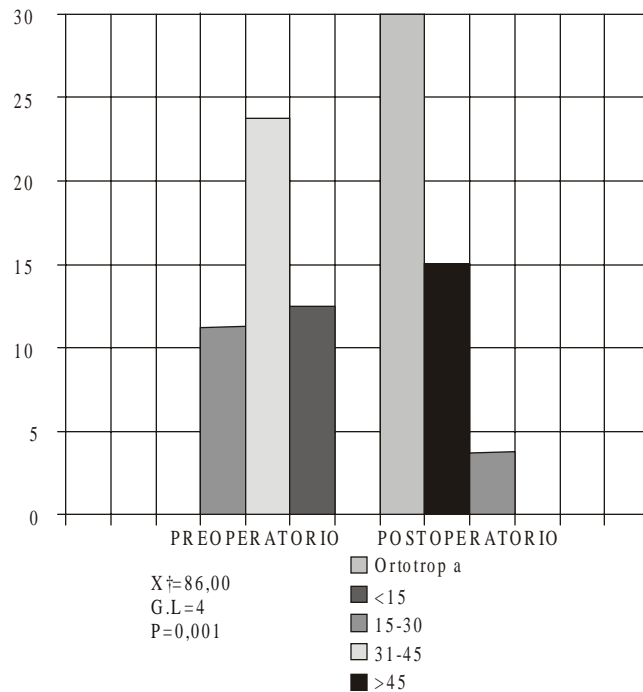


FIG. 1. Comparación de la desviación ocular a los 6 meses de la intervención (exotropía).

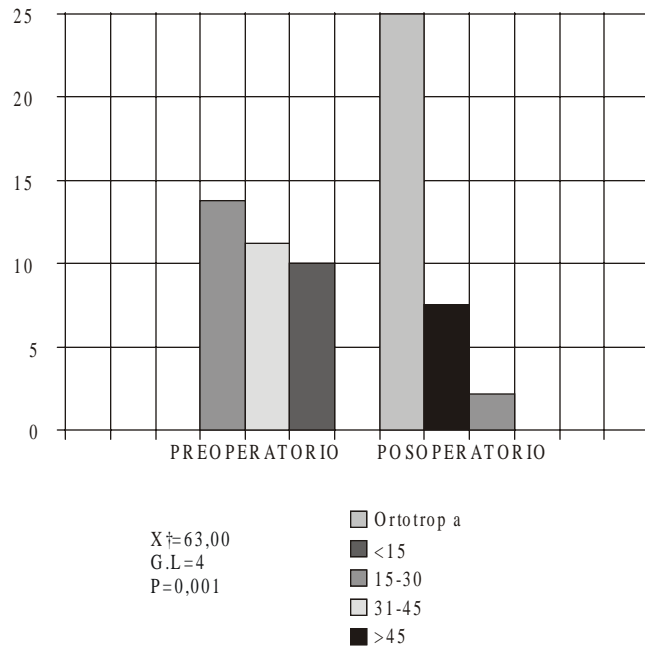


FIG. 2. Comparación de la desviación ocular a los 6 meses de la intervención (esotropía).

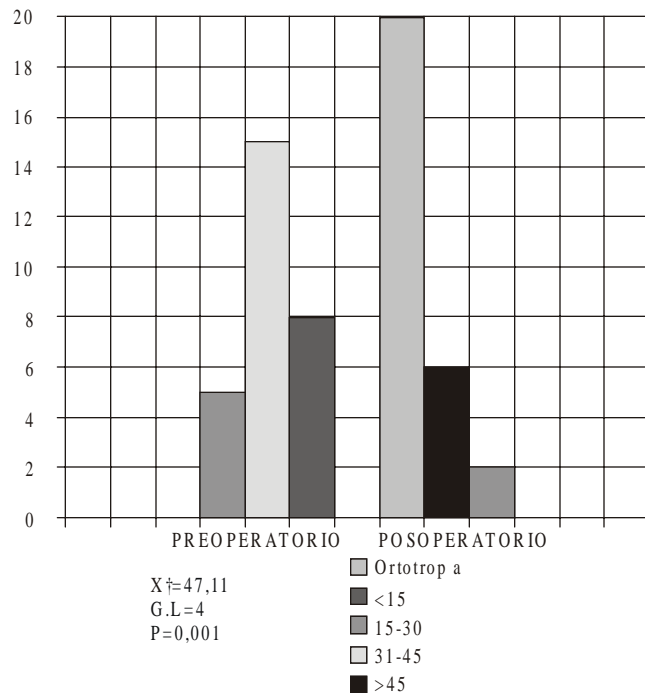


FIG. 3. Comparación de la desviación ocular al año de la intervención (exotropía).

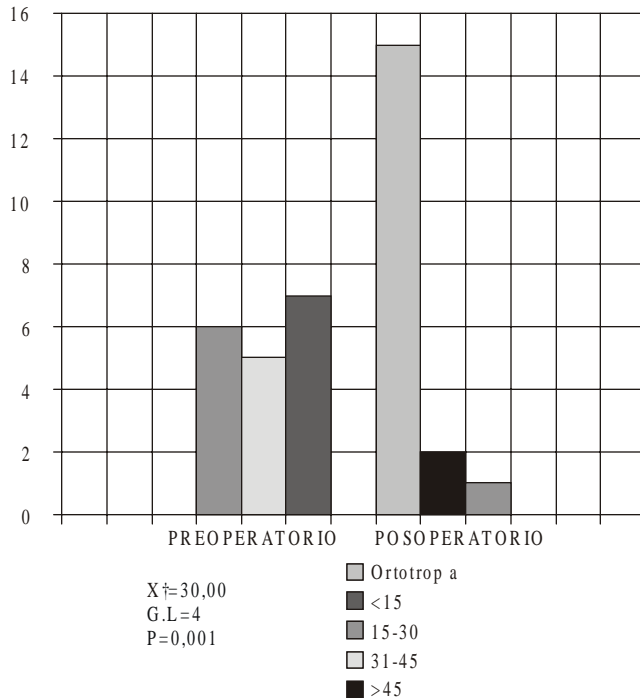


FIG. 4. Comparación de la desviación ocular al año de la intervención (esotropía).

SUMMARY: A preoperative and postoperative sensorial and motor study was conducted among 84 patients who received attention at the consultation room of Binocular Vision with the diagnosis of horizontal strabismus from the age of 13 years old on. The statistical method used was "t" or chi square test. Our objective was to determine the postoperative results of the strabismus surgery performed by the technique of adjustable sutures. The results were as follows: 61 % of the patients with exotropia and 71.4 % with the diagnosis of exotropia were in orthotropia 6 months after the operation. 71.4 % of the patients with exotropia and 83.3 % with the diagnosis of exotropia were in orthotropia a year after the operation. This surgical technique allows the modification of the deviation in the immediate postoperative.

Subject headings: STRABISMUS/surgery; EXOTROPIA/surgery; EXOTROPIA/surgery; VISION, BINOCULAR; SUTURE TECHNIQUES; PREOPERATIVE CARE; POSTOPERATIVE PERIOD; OPHTHALMOLOGIC SURGICAL PROCEDURES.

Referencias Bibliográficas

1. Alonso S, Luque ML, Felipe V, Beteré F, Gómez de Liaño P. Indicaciones y resultados de la cirugía ajustable. Arch Soc Esp Oftalmol 1997;72(6):407-12.
2. Gomez de Liaño F, Ciancia AO. Encuentro estrabológico Iberoamericano. Cursos, Conferencias, Comunicaciones y Mesas Redondas. Madrid: ONCE 1992:89-125.
3. Boyd Benjamín F. Highlights of ophthalmology. Panamá: Highlights of Ophthalmology International, 1997:91-8.
4. Prieto-Díaz J. Estrabismo, 2da. ed. Barcelona, JIMS, 1985.
5. ———. Estrabismo, 3ra. ed. España: JIMS, 1996.

6. Horta Barbosa P. Oftalmología. Estrabismo Río de Janeiro: Cultura Médica, 1997.
7. Slamovits TL. Basic and clinical science course. Pediatric Ophthalmology and strabismus. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 1997-1998:34-5.
8. Wright KW. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. St. Louis: Mosby, 1995:179-95.
9. Helveston EM. Surgical management of strabismus. An atlas of strabismus surgery. 4ta. ed. St. Louis: Mosby, 1993:355-91.
10. Morterá Dantas A: Oftalmología pediátrica. Río de Janeiro: Cultura Médica, 1995:480-95.
11. Von Noorden GK, Helveston EM. Strabismus: a decision making approach. St. Louis: Mosby, 1994:196-7.
12. Arroyo Yllanez ME. Actualidades del estrabismo latinoamericano. México: Consejo Latinoamericano de Estrabismo. 1998:463-9.

Recibido: 12 de octubre del 2000. Aprobado: 16 de diciembre del 2000.

Dra. Lourdes R. Hernández Santos. Hospital Oftalmológico Docente "Ramón Pando Ferrer". Ciudad de La Habana, Cuba.