

Las enfermedades de los ojos y los anteojos

Dres Roberto Albertazzi,¹ Abel Szeps,² Carlos Kotlik,³ Leonardo Fernández Irigaray,⁴ Rafael Iribarren,⁵ María Marta Galán⁶

¹ Centro de Ojos Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

² Hospital Posadas, El Palomar, provincia de Buenos Aires, Argentina.

³ Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina.

⁴ Consultorio Dr. Fernández Irigaray, Buenos Aires, Argentina.

⁵ Consultorio Dres. Iribarren, Buenos Aires, Argentina.

⁶ Exjefe del Departamento de Oftalmología del Hospital de Niños, La Plata, Argentina.

Los últimos veinte años han mostrado grandes avances en la práctica de la oftalmología. Anteriormente se entendía que la receta de lentes era el tratamiento de una alteración a corregir mediante una prótesis óptica, ya fueran lentes cóncavas o convexas, esféricas o cilíndricas. Esas lentes se podrían usar en forma de anteojos o lentes de contacto y dichas alteraciones eran definidas, ingenuamente, como “vicios de refracción”.¹ Hoy se las denomina aberraciones de bajo orden reconociéndose muchas más, como las llamadas aberra-

ciones ópticas de alto orden.^{2,3} Los oftalmólogos dedican entre el 40% y el 60% de su tiempo profesional a confeccionar las recetas de anteojos para la corrección de la presbicia, la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. Es de notar al respecto, que en la actualidad hay aproximadamente 5000 oftalmólogos en Argentina; éstos atienden en promedio 250 a 300 pacientes por mes y se recetan 5 millones de anteojos por año, todo lo cual representa alrededor de 100 recetas por mes emitidas por cada oftalmólogo.

Los avances científicos de este siglo muestran que los problemas refractivos son enfermedades de los ojos y no “la receta de un simple lentecito”. La receta de anteojos está intrínsecamente relacionada con la acomodación (el enfoque para ver de cerca) y con la miosis (cierre del tamaño de la pupila). Esto siempre fue así, y condujo a que la Academia Americana de Oftalmología, probablemente el órgano más importante del mundo que reúne a colegas desde hace más de una década y media, modificara su postura con respecto a la atención de esos problemas de salud. En la atención de los pacientes intervenían profesionales formados en facultades de ciencias exactas o ingeniería. La Academia Americana de Oftalmología cambió su política en este tema, ya que advirtió la inseparable relación de la óptica con la biología y la medicina, sugiriendo que sólo los médicos oftalmólogos estaban en condiciones

Correspondencia. Dr. Roberto Albertazzi
Correo electrónico: albertazzirg@gmail.com

de realizar el tratamiento de las alteraciones de la refracción.

Actualmente, frente a un paciente que consulta por no ver bien, además de diagnosticar enfermedades como la maculopatía, el glaucoma o las cataratas, tanto los oftalmólogos como sus pacientes tienen nuevas opciones de tratamiento del problema refractivo. Es interesante notar que cada problema refractivo tiene su historia natural.⁴ La presbicia se hace más grave progresivamente con el paso del tiempo después de los 40 años de edad.⁵ La hipermetropía fisiológica se presenta en la infancia y disminuye en la juventud, para volver a aumentar su frecuencia y afectar al 50% de la población mayor de 50 años.⁶⁻⁸ La prevalencia de la miopía aumenta por la aparición de nuevos casos durante los períodos escolar y universitario, llegando a su prevalencia máxima a los 30 años de edad cuando, según estadísticas recientes, afecta a uno de cada tres argentinos.⁹⁻¹⁰ El astigmatismo en general es estable, pero puede evolucionar a casos de queratocono en casi el 2% de la población que lo presenta.¹¹⁻¹²

Lo interesante es que la ciencia actual ha descubierto las causas por las cuales aparecen estos errores refractivos, quedando bien claro cuál es el proceso de crecimiento armónico de todas las estructuras oculares. Mediante lentes especiales con una multifocalidad llamada “defocus”,¹³ o con gotas diluidas,¹⁴ o incluso con cirugía, en la actualidad se puede modificar el curso de estas “enfermedades oculares refractivas”, como se las denomina en el presente. Así, la miopía y la presbicia hoy se tratan con gotas de atropina¹⁴ o pilocarpina¹⁵ muy diluidas, logrando cambiar el curso de dichas enfermedades y previniendo la carga económica, laboral y emocional que significa dejar que sigan su evolución natural.¹⁶⁻¹⁷ La OMS en el año 2016 ha declarado que la miopía es una pandemia.¹⁸ Se estima que el 50% de la población mundial la padecerá en el año 2050,¹⁹ y supone una discapacidad para leer y manejar en nuestra cultura, que está basada en la buena visión. La miopía alta puede llegar a afectar a más del 4% de la población adulta de 50 años, mucho antes de su retiro del ámbito laboral.¹⁷

Así, frente a un paciente que ve mal y que necesita un tratamiento, el médico oftalmólogo deberá evaluar el uso de gotas, anteojos defocus, lentes de contacto defocus o la misma cirugía, según la edad y las expectativas de cada paciente, considerando cada caso con criterios de balance entre los costos y los beneficios. El ejercicio de esta especialidad se ha vuelto más complejo

y exige una actualización permanente, con muchas horas de cursos de capacitación e inversión, pues la tecnología avanza rápidamente. Por ello el Consejo Argentino de Oftalmología realiza campañas de difusión de esta problemática a la población en forma continua. *Al ser la patología refractiva una enfermedad: su diagnóstico, tratamiento y seguimiento es una actividad exclusiva del médico oftalmólogo.*

Bibliografía

1. Duke-Elder S AD, ed. The developmental evolution of the refractive state. Chapter V. Anomalies of the optical system. Vol. Volume V. London: Henry Kimpton, 1970;232.
2. Kwan WC, Yip SP, Yap MK. Monochromatic aberrations of the human eye and myopia. Clin Exp Optom 2009;92(3):304-12.
3. Sorsby A. Emmetropia and its aberrations. Trans Ophthalmol Soc U K 1956;76:167-9.
4. Gordon RA, Donzis PB. Refractive development of the human eye. Arch Ophthalmol 1985;103(6):785-9.
5. Hashemi H, Khabazkhoob M, Jafarzadehpur E, et al. Population-based study of presbyopia in Shahrud, Iran. Clin Exp Ophthalmol 2012;40(9):863-8.
6. Iribarren R. Crystalline lens and refractive development. Prog Retin Eye Res 2015;47:86-106.
7. Iribarren R, Cortinez MF, Chiappe JP. Age of first distance spectacle prescription for manifest hyperopia. Curr Eye Res 2010;35(5):385-8.
8. Sánchez V IR, Latino SG, Torres VE, Gramajo AL, Artal ME, Yadarola MB, Garay PR, Luna JD, Juárez CP. Prevalence of refractive errors in Villa María, Córdoba, Argentina. Eye Science 2016;31(2):68-77.
9. Cortinez MF, Chiappe JP, Iribarren R. Prevalence of refractive errors in a population of office-workers in Buenos Aires, Argentina. Ophthalmic Epidemiol 2008;15(1):10-6.
10. Kotlik C ZR, Szeps A, Impagliazzo R, De Tomas M, Iribarren R. Miopía y deportes al aire libre en estudiantes universitarios de Mendoza, Argentina. Oftalmología Clínica y Experimental 2021;14(2).
11. Zeman L DR, Fejerman L, Iribarren R. Prevalence of high astigmatism in Salta Province, Argentina. Oftalmología Clínica y Experimental 2021;14(3):183-91. <https://revistaoce.com/index.php/revista/article/view/74>
12. Zeman L MA, Balsa A, Angi M, Heede S, Iribarren R. Low prevalence of myopia in children from the Andean region in Ecuador. Oftalmología Clínica y Experimental 2021;14(4):202-9.
13. De Tomas MaK, Carlos and Szeps, Abel and Impagliazzo, Ricardo and Iribarren, Rafael. New Spectacles for Myopia Control. Ophthalmol Clin Exp 2022;15(2):240-7.
14. Grzybowski A, Armesto A, Szwajkowska M, et al. The Role of Atropine Eye Drops in Myopia Control. Curr Pharm Des 2015;21(32):4718-30.

15. Vejarano F AJ, Iribarren R. Review of Pharmacological Treatments for Presbyopia. *Current Ophthalmology Reports* 2023.
16. Iribarren L IR. Myopia and Culture. *Journal of Clinical and Experimental Ophthalmology* 2022;13(6):1-5.
17. Franco PJ, Suwezda A, Schlottmann P, *et al.* Analysis of visual disability in Buenos Aires, Argentina. Pathologic myopia is the leading cause in working age. *Medicina (B Aires)* 2021;81(5):735-41.
18. Sankaridurg PR, Holden BA. Practical applications to modify and control the development of ametropia. *Eye (Lond)* 2014;28(2):134-41.
19. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, *et al.* Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology* 2016; 123(5):1036-42.