

esotropía – esotropia

Authored by
memjavad

February 7, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *esotropía – esotropia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8883>

Esotropía

Primary Disciplinary Field(s): Oftalmología, Neurooftalmología, Pediatría

1. Definición Central y Clasificación

La esotropía, comúnmente conocida como desviación ocular convergente o "bizquera hacia adentro", constituye la forma más prevalente de **estrabismo**, una condición caracterizada por la desalineación de los ejes visuales de los ojos. En la esotropía, uno o ambos ojos se giran hacia la nariz (desviación nasal o medial) mientras el otro ojo fija un punto. Esta desviación impide que el cerebro fusione las imágenes recibidas de ambos ojos en una sola imagen tridimensional coherente. La esotropía no es simplemente un problema cosmético, sino una disfunción compleja del sistema visual y motor que puede tener graves consecuencias funcionales si no se trata precozmente, especialmente en la infancia.

La clasificación de la esotropía es fundamental para guiar el tratamiento y se basa en varios criterios, incluyendo el momento de aparición, la constancia de la desviación y, crucialmente, la relación con el esfuerzo acomodativo. Históricamente, se distingue entre la **esotropía congénita o infantil**, que se manifiesta generalmente antes de los seis meses de edad, y la **esotropía adquirida**, que aparece más tarde en la infancia o incluso en la edad adulta. La esotropía adquirida se subdivide a menudo en tipos específicos, siendo la más relevante la **esotropía acomodativa**, estrechamente ligada a la hipermetropía no corregida.

Además de la clasificación temporal y etiológica, la esotropía puede ser clasificada por su patrón de desviación. Puede ser constante, donde la desviación está presente en todo momento, o intermitente, manifestándose solo bajo ciertas condiciones (como fatiga o visión cercana). También se distingue por el ojo afectado: monocular (un ojo siempre desviado) o alternante (la desviación pasa de un ojo al otro). La comprensión precisa de estas categorías es vital, ya que la esotropía acomodativa, por ejemplo, puede corregirse enteramente con gafas, mientras que otros tipos, como la esotropía esencial infantil, casi siempre requieren intervención quirúrgica para alinear los ejes visuales y prevenir la pérdida permanente de la visión binocular.

2. Etiología y Factores de Riesgo

La etiología de la esotropía es multifactorial y a menudo involucra una compleja interacción entre factores genéticos, ambientales y neurológicos. En esencia, la condición surge de un desequilibrio en el control motor de los músculos extraoculares o de una incapacidad del cerebro para mantener la fusión sensorial. Uno de los factores etiológicos mejor definidos es la **hipermetropía** significativa. En estos casos, el niño debe realizar un esfuerzo acomodativo excesivo para enfocar objetos cercanos. Este esfuerzo de enfoque (acomodación) está neurológicamente ligado a la

convergencia de los ojos (reflejo de acomodación-convergencia), lo que resulta en una esotropía cuando la relación entre la acomodación y la convergencia es anormalmente alta.

Los factores de riesgo que predisponen a la esotropía son numerosos y abarcan desde condiciones sistémicas hasta problemas refractivos. La historia familiar de estrabismo es un factor de riesgo significativo, lo que sugiere una fuerte predisposición genética, aunque el patrón de herencia no siempre sigue las leyes mendelianas simples. Las condiciones neurológicas que afectan el desarrollo motor o el control cerebral, como la parálisis cerebral, el síndrome de Down o la hidrocefalia, también aumentan la probabilidad de desarrollar esotropía. Además, el nacimiento prematuro o el bajo peso al nacer se correlacionan con una mayor incidencia de problemas de alineación ocular debido a posibles disfunciones en el desarrollo del sistema visual.

En el caso específico de la **esotropía congénita**, la causa exacta a menudo permanece desconocida (idiopática), pero se cree que resulta de anomalías en el desarrollo de los centros cerebrales que controlan la binocularidad y la fusión motora durante las primeras etapas de la vida. A diferencia de los adultos, donde la aparición de esotropía puede deberse a parálisis de nervios craneales (particularmente el nervio abducens o VI par), en los niños, la mayoría de los casos no son paralíticos, sino concomitantes, lo que significa que el grado de desviación permanece constante independientemente de la dirección de la mirada. La identificación y mitigación de estos factores de riesgo son cruciales para la detección temprana y la intervención oportuna.

3. Fisiopatología del Desalineamiento Ocular

La fisiopatología de la esotropía se centra en la ruptura del delicado equilibrio entre los doce músculos extraoculares (seis por ojo) que controlan la posición del globo ocular, y la compleja coordinación neurológica que permite la fusión sensorial. Para que los ojos permanezcan alineados, el sistema nervioso central debe enviar señales motoras precisas a los músculos agonistas y antagonistas. En la esotropía, hay un predominio de la acción de los músculos rectos mediales (que giran el ojo hacia adentro) sobre los músculos rectos laterales (que lo giran hacia afuera).

Un mecanismo clave, especialmente en la esotropía acomodativa, es la desregulación de la relación AC/A (Acomodación/Convergencia Acomodativa). Normalmente, por cada dioptría de acomodación (esfuerzo de enfoque), se produce una cantidad predecible de convergencia. Cuando esta relación es alta, incluso una hipermetropía moderada provoca una convergencia excesiva, superando la capacidad del sistema de fusión para mantener la alineación. Esta convergencia constante lleva a la desviación manifiesta. Si la desviación se mantiene en el tiempo, el cerebro infantil puede empezar a ignorar la imagen del ojo desviado, un proceso conocido como **supresión**.

La supresión es una adaptación neurológica crítica para evitar la **diplopía** (visión doble), que resultaría de la desalineación de las imágenes. Aunque la supresión elimina el síntoma molesto de la visión doble, tiene un costo funcional severo. Si la supresión se vuelve constante y afecta siempre al mismo ojo, el desarrollo de la agudeza visual en ese ojo se detiene, conduciendo a la **ambliopía** (ojo vago). La ambliopía es la consecuencia visual más grave de la esotropía no tratada y es irreversible si la intervención se retrasa más allá del periodo crítico de plasticidad visual, que finaliza alrededor de los siete u ocho años de edad.

4. Manifestaciones Clínicas y Consecuencias Visuales

Las manifestaciones clínicas de la esotropía varían significativamente dependiendo de la edad de inicio y el tipo de desviación. En la esotropía infantil, el signo más evidente es el giro visible del ojo hacia adentro. Los padres pueden notar que el niño entrecierra los ojos, inclina la cabeza (tortícolis) o gira la cara para utilizar el campo de visión donde la desviación es menor o para intentar lograr la fusión binocular. Sin embargo, debido a la supresión rápida y eficiente, los niños rara vez se quejan de diplopía.

En contraste, cuando la esotropía se desarrolla en la edad adulta o en la adolescencia (esotropía adquirida), la diplopía es el síntoma cardinal y a menudo muy angustiante. El sistema visual adulto ya ha desarrollado la fusión y la estereopsis (percepción de profundidad), por lo que el cerebro no puede simplemente suprimir la imagen desviada sin grandes dificultades, lo que resulta en la percepción de dos imágenes separadas. El paciente puede intentar mitigar la diplopía cerrando un ojo o adoptando una posición anómala de la cabeza.

La consecuencia visual a largo plazo más devastadora en la infancia es la pérdida de la visión binocular y la ambliopía. La ambliopía es una reducción de la agudeza visual que no puede corregirse con lentes. La esotropía que alterna entre los ojos tiene un menor riesgo de ambliopía, ya que ambos ojos reciben estimulación visual periódica, pero la esotropía monocular tiene un riesgo extremadamente alto. Además, la falta de alineación binocular impide el desarrollo de la **estereopsis**, lo que afecta la percepción de profundidad y puede limitar la capacidad del individuo para realizar ciertas tareas ocupacionales o deportivas que requieren una excelente visión tridimensional.

5. Diagnóstico Diferencial y Métodos de Evaluación

El diagnóstico de la esotropía requiere una evaluación oftalmológica exhaustiva realizada por un especialista, preferiblemente un oftalmólogo pediátrico u estrabólogo. El primer paso crucial es diferenciar la esotropía verdadera de la **pseudoesotropía**. La pseudoesotropía es una apariencia de ojos cruzados causada por características faciales, como un puente nasal ancho o pliegues epicánticos prominentes (pliegues de piel que cubren la esquina interna del ojo), que dan la ilusión

de que el ojo está desviado hacia adentro, aunque la alineación sea normal.

El método diagnóstico estándar de oro es el **test de oclusión (Cover Test)**. Este test dinámico permite al examinador medir la magnitud y el tipo de desviación. Se realiza cubriendo y descubriendo cada ojo mientras el paciente fija un objeto. La medición de la desviación se realiza mediante prismas, cuantificando la potencia prismática necesaria para neutralizar el movimiento de realineación del ojo. Otras evaluaciones esenciales incluyen la refracción ciclopéjica, que utiliza gotas para dilatar la pupila y paralizar temporalmente el músculo ciliar, permitiendo una medición precisa del error refractivo (especialmente hipermetropía) sin la influencia de la acomodación.

El diagnóstico debe incluir también una evaluación detallada de la motilidad ocular, la estereopsis (usando pruebas como el Test de Titmus o el TNO) y la agudeza visual de cada ojo para detectar ambliopía. En casos de esotropía adquirida en adultos, es imperativo realizar una evaluación neurológica para descartar causas subyacentes serias, como tumores, aneurismas o parálisis del nervio abducens (VI par craneal), que podrían ser responsables de la desalineación aguda y la diplopía.

6. Opciones Terapéuticas: Manejo Conservador

El objetivo principal del tratamiento de la esotropía es la restauración de la visión binocular y la prevención de la ambliopía. El manejo conservador es la primera línea de acción, especialmente en los tipos de esotropía que tienen un componente refractivo o acomodativo. En la **esotropía acomodativa pura**, la corrección óptica mediante el uso constante de gafas que compensan totalmente la hipermetropía puede ser el único tratamiento necesario. Al corregir la hipermetropía, se elimina el estímulo excesivo de acomodación y, por ende, la convergencia asociada, realineando los ojos.

Si existe ambliopía, el tratamiento conservador más importante es la **terapia de oclusión** (parcheo). El parche se coloca sobre el ojo dominante y no ambliope durante un número específico de horas al día, forzando al cerebro a utilizar y desarrollar la agudeza visual del ojo desviado. La duración y el régimen de parcheo deben ser estrictamente controlados por el oftalmólogo, ya que un parcheo excesivo podría inducir ambliopía en el ojo previamente sano. Alternativamente, se pueden usar gotas de atropina en el ojo bueno para emborronar su visión, logrando un efecto similar al parcheo.

Otras modalidades conservadoras incluyen el uso de **prismas**, que se incorporan a las gafas. Los prismas desvían la luz para que la imagen caiga en la fovea de ambos ojos simultáneamente, incluso si los ojos están desalineados. Esto puede ayudar a reducir la diplopía en adultos o a facilitar la fusión en desviaciones pequeñas. En algunos casos, la terapia visual ortóptica, que consiste en ejercicios supervisados para mejorar el control motor y la capacidad de fusión, puede complementar el tratamiento, aunque su eficacia es limitada en desviaciones grandes o en la

esotropía congénita.

7. Opciones Terapéuticas: Intervención Quirúrgica

Cuando el manejo conservador no logra el alineamiento adecuado, o en tipos de esotropía donde la corrección refractiva es ineficaz (como la esotropía infantil esencial o la esotropía no acomodativa), la intervención quirúrgica es necesaria. La **cirugía de estrabismo** busca modificar la fuerza y la posición de los músculos extraoculares para realinear los ejes visuales. El procedimiento generalmente implica debilitar los músculos que están "tirando" demasiado fuerte (los rectos mediales en el caso de la esotropía) y, en ocasiones, fortalecer los músculos antagonistas (los rectos laterales).

La técnica quirúrgica más común para corregir la esotropía es la **recesión de los músculos rectos mediales**. Esto implica despegar el músculo de su inserción original y reinsertarlo más atrás en el globo ocular. Al mover el punto de inserción hacia atrás, se reduce la tensión muscular y su capacidad de girar el ojo hacia adentro. Si la desviación es muy grande, esta recesión puede combinarse con una **resección** (acortamiento) del músculo recto lateral ipsilateral para aumentar su fuerza de abducción.

La cirugía de estrabismo, aunque altamente efectiva, no está exenta de riesgos. Los principales son la sobrecorrección o la subcorrección, que pueden requerir una segunda cirugía. Además, en niños, la cirugía debe realizarse en el momento óptimo para maximizar la posibilidad de recuperar la binocularidad, generalmente antes de los dos años en el caso de la esotropía congénita. Es importante destacar que la cirugía corrige la alineación motora, pero no cura la ambliopía; por ello, la terapia de parcheo debe completarse antes o simultáneamente con la intervención quirúrgica.

8. Impacto Psicosocial y Pronóstico

El impacto de la esotropía trasciende las meras implicaciones visuales, afectando profundamente el desarrollo psicosocial del individuo, especialmente durante la infancia y la adolescencia. La apariencia de ojos cruzados puede generar estigmatización social, burlas y baja autoestima. Varios estudios han documentado que los niños con estrabismo a menudo enfrentan dificultades en las interacciones sociales y pueden ser percibidos negativamente por sus compañeros y, en ocasiones, por adultos, lo que subraya la importancia de la corrección cosmética junto con la funcional.

El pronóstico para la esotropía está directamente relacionado con la edad de inicio y la prontitud del tratamiento. La **detección y el tratamiento precoces** de la esotropía congénita o de la ambliopía asociada antes de los siete años ofrecen la mejor oportunidad para recuperar la función binocular y la estereopsis. Si la ambliopía se resuelve y se logra el alineamiento ocular (ortotropía), el pronóstico funcional es excelente. Sin embargo, si la desviación se mantiene en la

edad adulta, las opciones terapéuticas se centran más en la corrección cosmética y en el manejo de la diplopía, ya que la capacidad del cerebro para desarrollar la estereopsis ya ha pasado el periodo crítico.

En resumen, la esotropía es una condición tratable, pero requiere una gestión oftalmológica rigurosa y multidisciplinaria. El éxito del tratamiento no solo se mide por la agudeza visual y el alineamiento motor, sino también por el bienestar psicológico y la integración social del paciente. La educación de los padres y la concienciación sobre la necesidad de exámenes visuales tempranos son esenciales para garantizar el mejor pronóstico posible.

Fuentes de Consulta

[Wikipedia: Estrabismo](#)

[Wikipedia: Ambliopía](#)

[Wikipedia: Diplopía](#)

[American Academy of Ophthalmology \(AAO\): Esotropia \(Información clínica\)](#)