

El ST y la vista

Las condiciones más frecuentes (>25%)

Los problemas de refracción como **la hipermetropía o la miopía** son muy comunes en el ST (entorno a un 40% frente a un 3% en la población general), y se suelen detectar fácilmente. Sin embargo, el **ojo vago** (ambliopía) presente en casi un 30% de nosotras (frente al 4% de la población general), y el **estrabismo** u ojo “bizco” (entorno a un 33% de nosotras frente al 9% de la población general) a veces pasan desapercibidos. Por eso es importante estar atentas.

Poco comunes (5-25%)

Ptosis: Una caída del párpado superior del ojo que generalmente, se da por una disfunción del músculo elevador. Puede mantenerse constante, empeorar con el tiempo o ser intermitente. No obstante, el pronóstico es bueno si se trata con cirugía, ya que se restaura la apariencia y el funcionamiento de la zona.

Epicanto: Se trata de un pliegue del párpado superior que cubre la esquina interna del ojo. Al igual que la ptosis también puede corregirse con cirugía.

Visión cromática: Nuestra percepción de los colores rojo-verde se puede ver afectada, dado que los receptores de estos colores dependen del cromosoma X. La ‘discromatopsia’ rojo-verde es habitualmente una afección de varones (8% vs. solo 0,4% mujeres) y esto puede confundir al oftalmólogo que descartaría este diagnóstico por nuestro sexo. La realidad es que en el caso del ST, este trastorno aparece con una frecuencia similar a los hombres, entre un 5-8% y debemos estar atentas.

Raras (<5%)

Cataratas precoces: Una catarata es una opacidad del cristalino del ojo, normalmente transparente, que impide dejar pasar la luz. Hace que nuestra visión se vuelva borrosa y distorsionada. Este proceso habitualmente se asocia a la progresión de la edad, pero en el ST podemos padecerlo de forma prematura debido a la alteración ovárica. Los estrógenos juegan un rol neuroprotector o preventivo del que nosotras no disfrutamos (los varones también tienen más cataratas precoces).

Glaucoma congénito: Se trata de un conjunto de anomalías que provocan un aumento de la presión interna del ojo, dañando el nervio óptico. Éste se encarga de transmitir la información visual al cerebro y una vez se daña, no se puede recuperar. De ahí que pese a lo infrecuente, sea fundamental estar atentas y detectarlo de forma precoz.

www.turnermadrid.es

Tratamiento

En estas afecciones, la detección y corrección precoz son esenciales. Para ello, nos recomiendan un examen oftalmológico completo entre los 12 y 18 meses de edad o en el momento del diagnóstico, si fueras mayor. Después se debe realizar una revisión de seguimiento cada tres años en las niñas, y cada ½ años en las mujeres. Se busca así especialmente, la corrección temprana de errores refractivos.

Igualmente, si se diagnostica ‘ojo vago’ antes de los 6 años, la recuperación es rápida y segura en prácticamente la totalidad de los casos. Hasta los 10 años tiene buen pronóstico. Después si se cumple el tratamiento puedes obtener también buenos resultados, pero el reto es la disciplina de seguir el tratamiento así como ser operativa con tu ojo ‘bueno’ cubierto.

Otras condiciones asociadas al ST que impactan la vista

La obesidad, problemas de **tiroides**, y especialmente la **diabetes** pueden dar lugar a problemas de visión. De hecho, la rinopatía diabética es la principal causa mundial de ceguera por debajo de 60 años. Por lo tanto, en caso de encontrarte en uno de estos casos, no dejes de hacer un seguimiento regular de tu vista.

El fallo ovárico prematuro se sabe desde hace tiempo que hace más probable tener ‘*ojo seco*’ (patología aparentemente benigna). Sin embargo, y pese a lo que pueda parecer, la terapia sustitutiva hormonal que habitualmente usamos en nuestro caso, tiende a agravar el ‘*ojo seco*’. Coméntalo con tu oftalmólogo, habitualmente unas gotas son suficientes para calmar el malestar.

La terapia con **hormona de crecimiento** aunque de forma muy infrecuente (1 caso de cada 1000 tratados con hormona), puede producir hipertensión intracraneal, afectando a la visión. Si hay dolores de cabeza repentinos tras comenzar la terapia hormonal que además afectan a la visión, es importante compartirlo con tu médico para que descarte este problema.

Fuentes empleadas:

Denniston, A., Butler, L. (2004), ‘Ophthalmic features of Turner's syndrome’. *Eye* **18**, pp.680–684. Disponible en <https://doi.org/10.1038/sj.eye.6701323> (revisado 4/11/ 2022)

Sociedad Española de Oftalmología, ‘*glaucoma congénito*’. Disponible en <https://www.ofthalmoseo.com/patologias-frecuentes-2/glaucoma-congenito/> (revisado 11/11/2022)

Dra. Fernández-Agrafojo, (2020), ‘*Resultados de la Campaña de Detección de la Ambliopía 2020*’. Disponible en <https://inof.es/resultados-de-la-campana-de-deteccion-de-la-ambliopia-2020/#:~:text=Hemos%20trabajado%20con%203.140%20pacientes,padecen%20alg%C3%BAAn%20tipo%20de%20ambliop%C3%ADa.> (revisado 4/11/2022)

Marcos Fernández, M.A., (2022), ‘*Revisión sobre la visión (y salud ocular) de las mujeres “Turner”*’, Webinar ASTAS CyL, 3/11/2022. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=_yk4C7WCWCI (revisado 6/11/22)

EL SÍNDROME DE TURNER Y LA VISTA

Si bien los problemas oculares en niñas y mujeres con ST no son tan frecuentes como otras características clínicas, no dejan de ser comunes. Sin embargo, se los subestima y en ocasiones incluso descuida.

La realidad es que con el síndrome aumenta nuestro riesgo de tener un control muscular débil de los movimientos de los ojos (estrabismo), miopía y otros problemas de la vista. Por eso, la detección y corrección precoz son claves para evitar o minimizar la pérdida de visión.

El careotipo (clásico, mosaicismo, disgenesia gonadal mixta u otras anomalías estructurales) no parece que predigan el impacto que nuestro síndrome pueda tener sobre la vista.

