

# Retroceso bilateral de rectos laterales comparado con retroceso/resección unilateral para el tratamiento de la exotropía intermitente básica

Oscar Oliva<sup>a,b</sup>, Álvaro Morgado<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Proyecto Epistemonikos, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Departamento de Oftalmología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

\*Autor corresponsal [amorgadoa@med.puc.cl](mailto:amorgadoa@med.puc.cl)

**Citación** Oliva O, Morgado A. Bilateral lateral rectus recession versus unilateral recession/resection for basic intermittent exotropia. *Medwave* 2018;18(6):e7318

Doi [10.5867/medwave.2018.06.7318](https://doi.org/10.5867/medwave.2018.06.7318)

**Fecha de envío** 3/8/2018

**Fecha de aceptación** 5/10/2018

**Fecha de publicación** 29/10/2018

**Origen** Este artículo es producto del Epistemonikos Evidence Synthesis Project de la Fundación Epistemonikos, en colaboración con Medwave para su publicación

**Tipo de revisión** Con revisión por pares sin ciego por parte del equipo metodológico del Epistemonikos Evidence Synthesis Project

**Declaración de conflictos de intereses** Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

**Palabras clave** Bilateral lateral rectus recession, unilateral recession/resection, basic intermittent exotropia, Epistemonikos, GRADE.

## Resumen

### Introducción

En determinadas circunstancias clínicas, la exotropía intermitente básica requiere resolución quirúrgica. Existen dos técnicas para ello: el retroceso bilateral de rectos laterales y el retroceso/resección unilateral. Aunque el retroceso bilateral es la técnica más utilizada, no está claro cuál de estas técnicas tiene mejores resultados.

### Métodos

Para responder esta pregunta utilizamos Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas, reanalizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metanálisis y preparamos una tabla de resumen de los resultados utilizando el método GRADE.

### Resultados y conclusiones

Identificamos cinco revisiones sistemáticas que en conjunto incluyeron siete estudios primarios, de los cuales tres son ensayos aleatorizados. Concluimos que el retroceso/resección unilateral podría tener un mayor éxito quirúrgico y probablemente disminuiría la tasa de subcorrección/recurrencia, cuando se le compara al retroceso bilateral de rectos laterales.

## Problema

La exotropía intermitente es la exodesviación más frecuente en la infancia y se caracteriza por la desviación de un ojo a lateral, típicamente durante la fijación a distancia o en periodos de inatención<sup>1</sup>. Cuando esta exodesviación también ocurre en la fijación de cerca, de tal manera que la diferencia del ángulo de desviación entre la fijación de mirada para distancia y para cerca no supera las 10 dioptrías prismáticas, se habla de exotropía intermitente básica. Esta patología puede traer consigo casos de estereopsis subnormal y alteración de la visión binocular (fusión) afectando negativamente la visión de quienes la padecen, aun cuando sólo un escaso grupo de pacientes llega a desarrollar ambliopía.

En este sentido, el objetivo principal del tratamiento, ya sea médico, quirúrgico, o una combinación de ambos, es normalizar o mejorar el alineamiento ocular procurando mantener o mejorar la visión binocular y la estereopsis; no obstante, el éxito y los riesgos asociados a cada tipo de tratamiento varían, por lo que la opción quirúrgica se indica principalmente ante falla del tratamiento médico, exotropías muy acentuadas, o bien ante decisión de los padres. Para ello, existen principalmente dos técnicas quirúrgicas, cuyo objetivo común es ajustar la posición o longitud de los músculos extraoculares que actúan en el eje horizontal: el retroceso/resección unilateral, que consiste en el retroceso del recto lateral más resección del recto medio ipsilateral, y el retroceso bilateral de rectos laterales. Aun cuando entre los clínicos predomina la cirugía retroceso bilateral de rectos laterales, no está claro si existe superioridad de esta técnica en cuanto al éxito y/o complicaciones de este tratamiento.

## Mensajes clave

- El retroceso/resección unilateral podría llevar a mayor éxito quirúrgico y probablemente disminuye la tasa de subcorrección/recurrencia, en comparación con el retroceso bilateral de rectos laterales.
- El retroceso/resección unilateral podría ser una mejor opción quirúrgica en el manejo de la exotropía intermitente básica que el retroceso bilateral de rectos laterales. No obstante, es importante tener presente las limitaciones de la evidencia existente para la toma final de decisiones clínicas.

## Acercas del conjunto de la evidencia para este problema

<p>Cuál es la evidencia Véase matriz de evidencia en Epistemonikos más abajo.</p>	<p>Encontramos cinco revisiones sistemáticas<sup>1-5</sup> que en conjunto incluyen siete estudios primarios<sup>6-12</sup>, de los cuales tres son ensayos aleatorizados<sup>6-8</sup>. Una revisión sistemática<sup>4</sup> no encontró estudios que cumplieran sus criterios de inclusión y una revisión sistemática<sup>5</sup> no mencionó los estudios incluidos, por lo que se intentó contactar a los autores vía mail, sin tener respuesta. Esta tabla y el resumen en general se basan en los tres ensayos aleatorizados identificados<sup>6-8</sup>, dado que los estudios observacionales<sup>9-12</sup> no aumentaron la certeza de la evidencia existente, ni entregaron información adicional relevante.</p>
<p>Qué tipo de pacientes incluyeron los estudios*</p>	<p>Todos los ensayos incluyeron pacientes con diagnóstico de exotropía intermitente básica con un rango de ángulo de exodesviación entre 22-50 dioptrías**. El rango de edad al momento de la cirugía fue de 3 a 37 años.</p>
<p>Qué tipo de intervenciones incluyeron los estudios*</p>	<p>Todos los ensayos compararon ambos tipos de cirugías, retro/resección unilateral versus retroceso bilateral de rectos laterales. La fórmula de corrección quirúrgica utilizada por los ensayos, o una equivalencia entre ellas, no fue reportada por las revisiones incluidas.</p>
<p>Qué tipo de desenlaces midieron</p>	<p>Los ensayos midieron múltiples desenlaces, sin embargo las revisiones sistemáticas identificadas sólo reportan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éxito quirúrgico: definido como &lt;5 dioptrías endoforia y &lt;10 dioptrías exoforia o como &lt;10 dioptrías endoforia y &lt;10 dioptrías exoforia.</li> <li>• Sobrecorrección.</li> <li>• Subcorrección/recurrencia.</li> </ul> <p>El mínimo de seguimiento de los estudios fue de 12 meses, con un rango de 12-15 meses. Todos los resultados aquí reportados corresponden a los de la última consulta de seguimiento.</p>

\* La información sobre los estudios primarios es extraída desde las revisiones sistemáticas identificadas, no directamente desde los estudios, a menos que se especifique lo contrario.

## Métodos

Para responder esta pregunta utilizamos Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas y reanalizamos los datos de los estudios primarios. Con esta información, generamos un resumen estructurado denominado FRISBEE (*Friendly Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos*), siguiendo un formato preestablecido, que incluye mensajes clave, un resumen del conjunto de evidencia (presentado como matriz de evidencia en Epistemonikos), metanálisis del total de los estudios cuando sea posible, una tabla de resumen de resultados con el método GRADE y una sección de otras consideraciones para la toma de decisión.

## Resumen de los resultados

La información sobre los efectos del retroceso/resección unilateral versus retroceso bilateral de rectos laterales para el tratamiento de la exotropía intermitente básica está basada en tres ensayos aleatorizados que incluyeron 201 pacientes.

Tres ensayos midieron el éxito quirúrgico (201 pacientes)<sup>6-8</sup>, dos ensayos midieron subcorrección/recurrencia (154 pacientes)<sup>6,8</sup> y dos ensayos midieron sobrecorrección (154 pacientes)<sup>6,8</sup>.

El resumen de los resultados es el siguiente:

- El retroceso/resección unilateral podría lograr un mayor éxito quirúrgico que resección bilateral de rectos, pero la certeza de la evidencia es baja.
- El retroceso/resección unilateral probablemente disminuye la tasa de subcorrección/recurrencia comparada con la resección bilateral de rectos. La certeza de la evidencia es moderada.
- No está claro si existen diferencias en la sobrecorrección entre ambas técnicas porque la certeza de la evidencia es muy baja.
- Mejora en la estereopsis, necesidad de reintervención, desarrollo de incomitancia, molestias postoperatorias y calidad de vida no fueron reportados por las revisiones sistemáticas.

Retroceso bilateral de rectos laterales versus retroceso/resección unilateral para la exotropía intermitente básica.				
<b>Pacientes</b>	Pacientes con diagnóstico específico de exotropía intermitente básica			
<b>Intervención</b>	Retroceso bilateral de rectos laterales.			
<b>Comparación</b>	Retroceso/Resección unilateral.			
Desenlaces	Efecto absoluto*		Efecto relativo (IC 95%)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	CON retroceso/resección unilateral	CON retroceso bilateral de rectos laterales		
	Diferencia: pacientes por 1000			
Éxito quirúrgico	869 por 1000	673 por 1000	RR 1,29 (1,01 a 1,65)	⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja
	Diferencia: 196 pacientes menos (Margen de error: 7 a 438 menos)			
Subcorrección/Recurrencia	57 por 1000	247 por 1000	RR 0,23 (0,08 a 0,64)	⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada
	Diferencia: 190 pacientes más (Margen de error: 89 a 227 más)			
Sobrecorrección	50 por 1000	26 por 1000	RR 1,94 (0,13 a 29,16)	⊕○○○ <sup>1,3,4</sup> Muy Baja
	Diferencia: 24 pacientes menos (Margen de error: 23 menos a 731 menos)			
Mejora en estereopsis	No fue reportado por las revisiones sistemáticas		--	--
Necesidad de reintervención	No fue reportado por las revisiones sistemáticas		--	--
Desarrollo de incomitancia	No fue reportado por las revisiones sistemáticas		--	--
Calidad de vida	No fue reportado por las revisiones sistemáticas		--	--

Margen de error: Intervalo de confianza del 95% (IC 95%).  
 RR: Riesgo relativo.  
 GRADE: Grados de evidencia del GRADE *Working Group* (ver más adelante).  
 \*Los riesgos CON retroceso bilateral de rectos laterales están basados en los riesgos del grupo control en los estudios. El riesgo CON Retroceso/resección unilateral (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo (y su margen de error).  
<sup>1</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que no hay certeza de que los ensayos reportados hayan sido totalmente ciegos.  
<sup>2</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión ya que las decisiones a cada extremo del intervalo de confianza serían diferentes.  
<sup>3</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia en los resultados ya que algunos ensayos presentaban conclusiones diferentes.  
<sup>4</sup> Se disminuyó la certeza de la evidencia en dos niveles por imprecisión, ya que las decisiones a cada extremo del intervalo de confianza serían opuestas.

Siga el enlace para acceder a la versión interactiva de esta tabla ([Interactive Summary of Findings - iSoF](#))

## Acerca de la certeza de la evidencia (GRADE)\*

⊕⊕⊕⊕

**Alta:** La investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es baja.

⊕⊕⊕○

**Moderada:** La investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es moderada.

⊕⊕○○

**Baja:** La investigación entrega alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es alta.

⊕○○○

**Muy baja:** La investigación no entrega una estimación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es muy alta.

\*Esto es también denominado 'calidad de la evidencia' o 'confianza en los estimadores del efecto'.

†Sustancialmente distinto = una diferencia suficientemente grande como para afectar la decisión

## Otras consideraciones para la toma de decisión

### A quién se aplica y a quién no se aplica esta evidencia

La evidencia reportada en este resumen se aplica a pacientes con diagnóstico de exotropía intermitente básica. No se pueden extrapolar estos datos a otros tipos de exotropía intermitente, debido a sus diferentes características fisiopatológicas.

Esta información es aplicable tanto para población pediátrica como adulta.

### Sobre los desenlaces incluidos en este resumen

Los desenlaces seleccionados fueron aquellos considerados como críticos para la toma de decisión según los autores de este resumen.

La definición del desenlace éxito quirúrgico en exotropía intermitente aún no se encuentra estandarizada, lo que se traduce en una diferencia en la definición de éste entre los estudios considerados para este análisis. Un estudio sigue lo que los expertos aceptan como corrección óptima (menos de 10 dioptrías de exoforia)<sup>8</sup> y otros dos aplican un criterio más estricto (menos de 5 dioptrías de exoforia)<sup>6,7</sup>. Esto podría resultar en un aumento de las tasas de subcorrección/recurrencia y sobrecorrección en estos últimos estudios, ya que la definición de estos desenlaces es dependiente de la definición de éxito quirúrgico utilizada.

No se encontró evidencia asociada a los desenlaces: mejora en la estereopsis, necesidad de reintervención, desarrollo de incomitancia, molestias post operatorias y calidad de vida en las revisiones incluidas en este resumen, aún cuando se les considera críticos para la indicación quirúrgica y toma de decisión.

### Balance riesgo/beneficio y certeza de la evidencia

La evidencia actual sugiere que la técnica retroceso/resección unilateral podría llevar a un mayor éxito quirúrgico y probablemente disminuir la tasa de subcorrección/recurrencia de la exotropía intermitente básica en comparación con el retroceso bilateral de rectos laterales. Sin embargo, su efecto en el desenlace sobrecorrección no queda claro, pues la certeza de la evidencia es muy baja.

Lo anterior apunta a que retroceso/resección unilateral podría ser la mejor opción quirúrgica en el manejo de la exotropía intermitente básica, con mayor beneficio y menores riesgos que el retroceso bilateral de rectos laterales. No obstante, es importante tener presente las limitaciones de la evidencia existente, especialmente considerando los desenlaces críticos no reportados.

### Consideraciones de recursos

No se encontraron revisiones sistemáticas o estudios primarios que consideren dentro de sus desenlaces un análisis económico. Sin embargo, ambas intervenciones presentan costos similares en su aplicación.

### Qué piensan los pacientes y sus tratantes

La técnica quirúrgica más utilizada es el retroceso bilateral de rectos laterales debido a que se cree que el retroceso/resección unilateral podría provocar más sobrecorrección y desarrollo de incomitancia, lo que podría llevar a complicaciones mayores, como supresión y una posterior ambliopía. Estas creencias surgen del temor de generar una asimetría importante en el tono de la musculatura extraocular al intervenir sólo un ojo y que se evitaría al operar ambos.

En base a la evidencia presentada en este resumen, la mayoría de los clínicos debiera inclinarse a favor de la técnica quirúrgica retroceso/resección unilateral ya que podría lograr un mayor éxito quirúrgico.

Sin embargo, debido a que la técnica retroceso bilateral de rectos laterales ha sido utilizada de forma preferente durante los últimos años, existe poco conocimiento y falta de experticia en la técnica del retroceso/resección unilateral, lo que podría llevar a los tratantes a inclinarse por la cirugía bilateral a pesar de la evidencia existente. La limitada certeza de la evidencia en algunos desenlaces también puede ser un factor que lleve a variaciones en la toma de decisión.

En cuanto a los pacientes, el retroceso/resección unilateral les podría resultar una mejor opción quirúrgica, dado que muchos se muestran reacios y no entienden por qué deben operarse ambos ojos cuando notan principalmente la desviación de solo uno.

## Diferencias entre este resumen y otras fuentes

Las revisiones sistemáticas, incluyendo la revisión más completa y actualizada identificada<sup>1</sup>, llegan a conclusiones similares a las aquí expuestas, siendo cautelosas con respecto a estos resultados debido a las limitaciones de los estudios primarios y el riesgo de sesgo de los mismos.

Las conclusiones de este resumen revelan nueva evidencia que actualmente no es utilizada por la *American Academy of Ophthalmology* en su principal guía clínica de estrabismo<sup>13</sup>, la cual recomienda indistintamente ambas cirugías como opciones a realizar en exotropía intermitente, mencionando que no existen resultados establecidos de superioridad demostrada de una sobre la otra y cediendo la decisión al médico. En este sentido, únicamente insta a realizar un retroceso bilateral de rectos laterales sobre retroceso/resección unilateral en casos en que la exotropía intermitente sea concomitante con anisotropías, situación no evaluada en este resumen.

### ¿Puede que cambie esta información en el futuro?

La probabilidad de que futura investigación cambie las conclusiones de este resumen es alta, debido a la incertidumbre en la evidencia existente.

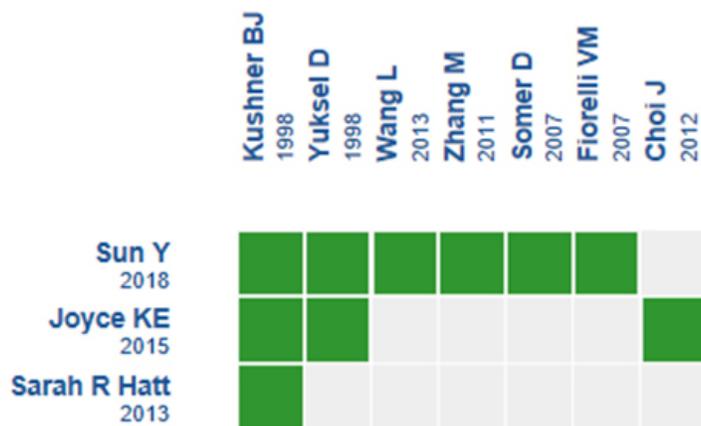
Existe un ensayo aleatorizado publicado en 2017<sup>14</sup> que hasta la publicación de este resumen no ha sido incluido en revisiones sistemáticas.

Existe un ensayo aleatorizado en curso<sup>15</sup> en la *International Clinical Trials Registry Platform* de la Organización Mundial de la Salud que evalúa esta pregunta.

Se encontró una revisión sistemática en curso<sup>16</sup> en *International prospective register of systematic reviews* (PROSPERO) del National Institute for Health Research, la cual podría entregar nueva información sobre los desenlaces no reportados e incluir el nuevo ensayo aleatorizado identificado<sup>14</sup>.

## Cómo realizamos este resumen

Mediante métodos automatizados y colaborativos recopilamos toda la evidencia relevante para la pregunta de interés y la presentamos en una matriz de evidencia.



Una matriz de evidencia es una tabla que compara revisiones sistemáticas que responden una misma pregunta.

Las filas representan las revisiones sistemáticas, y las columnas muestran los estudios primarios.

Los recuadros en verde corresponden a estudios incluidos en las respectivas revisiones.

El sistema detecta automáticamente nuevas revisiones sistemáticas incluyendo cualquiera de los estudios primarios en la matriz, las cuales serán agregadas si efectivamente responden la misma pregunta.

## Notas

Si con posterioridad a la publicación de este resumen se publican nuevas revisiones sistemáticas sobre este tema, en la parte superior de la matriz se mostrará un aviso de “nueva evidencia”. Si bien el proyecto contempla la actualización periódica de estos resúmenes, los usuarios están invitados a comentar en la página web de *Medwave* o contactar a los autores mediante correo electrónico si creen que hay evidencia que motive una actualización más precoz.

Luego de crear una cuenta en Epistemonikos, al guardar las matrices recibirá notificaciones automáticas cada vez que exista nueva evidencia que potencialmente responda a esta pregunta.

Este artículo es parte del proyecto síntesis de evidencia de Epistemonikos. Se elabora con una metodología preestablecida, siguiendo rigurosos estándares metodológicos y proceso de revisión por pares interno. Cada uno de estos artículos corresponde a un resumen, denominado FRISBEE (*Friendly Summary of Body of Evidence using Epistemonikos*), cuyo principal objetivo es sintetizar el conjunto de evidencia de una pregunta específica, en un formato amigable a los profesionales clínicos. Sus principales recursos se basan en la matriz de evidencia de Epistemonikos y análisis de resultados usando metodología GRADE. Mayores detalles de los métodos para elaborar este FRISBEE están descritos aquí:

<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2014.06.5997>

La Fundación Epistemonikos es una organización que busca acercar la información a quienes toman decisiones en salud, mediante el uso de tecnologías. Su principal desarrollo es la base de datos Epistemonikos.

[www.epistemonikos.org](http://www.epistemonikos.org)

Siga el enlace para acceder a la **versión interactiva**: [Retroceso bilateral de rectos laterales versus retro/resección para tratamiento exotropía intermitente básica.](#)

## Referencias

1. Hatt SR, Gnanaraj L. Interventions for intermittent exotropia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;(5):CD003737. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
2. Sun Y, Zhang T, Chen J. Bilateral lateral rectus recession versus unilateral recession resection for basic intermittent exotropia: a meta-analysis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2018 Mar;256(3):451-458. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Joyce KE, Beyer F, Thomson RG, Clarke MP. A systematic review of the effectiveness of treatments in altering the natural history of intermittent exotropia. *Br J Ophthalmol*. 2015 Apr;99(4):440-50. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Gnanaraj L, Richardson SR. Interventions for intermittent distance exotropia: review. *Eye (Lond)*. 2005 Jun;19(6):617-21. | [PubMed](#) |
5. Chiu AK, Din N, Ali N. Standardising reported outcomes of surgery for intermittent exotropia--a systematic literature review. *Strabismus*. 2014 Mar;22(1):32-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Kushner BJ. Selective surgery for intermittent exotropia based on distance/near differences. *Arch Ophthalmol*. 1998 Mar;116(3):324-8. Erratum in: *Arch Ophthalmol* 1998 Jun;116(6):834. | [PubMed](#) |
7. Somer D, Demirci S, Cinar FG, Duman S. Accommodative ability in exotropia: predictive value of surgical success. *J AAPOS*. 2007 Oct;11(5):460-4. | [PubMed](#) |
8. Zhang M, Lu S, Liu H et al. Comparison of surgical outcomes of intermittent exotropia with different surgery. *Chin J Pract Ophthalmol*. 2011;29(4):396-398. | [Link](#) |
9. Choi J, Chang JW, Kim SJ, Yu YS. The long-term survival analysis of bilateral lateral rectus recession versus unilateral recession-resection for intermittent exotropia. *Am J Ophthalmol*. 2012 Feb;153(2):343-351.e1. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Fiorelli VM, Goldchmit M, Uesugui CF, Souza-Dias C. Intermittent exotropia: comparative surgical results of lateral recti-recession and monocular recess-resect. *Arq Bras Oftalmol*. 2007 May-Jun;70(3):429-32. | [PubMed](#) |
11. Wang L, Wu Q, Kong X, Li Z. Comparison of bilateral lateral rectus recession and unilateral recession resection for basic type intermittent exotropia in children. *Br J Ophthalmol*. 2013 Jul;97(7):870-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Yuksel D, Spiritus M, Vandelannoitte S. [Symmetric or asymmetric surgery for basic intermittent exotropia]. *Bull Soc Belge Ophthalmol*. 1998;268:195-9. French. | [PubMed](#) |
13. Wallace DK, Christiansen SP, Sprunger DT, Melia M, Lee KA, Morse CL, Repka MX; American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel. Esotropia and Exotropia Preferred Practice Pattern\*. *Ophthalmology*. 2018 Jan;125(1):P143-P183. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Donahue S, Chandler DL, Holmes JM, et al. Pediatric Eye Disease Investigator Group (PEDIG). Randomized trial comparing bilateral lateral rectus recession versus unilateral recess-resect for basic-type intermittent exotropia. *J AAPOS* 2017;21:e7-e8. | [CrossRef](#) |
15. Dong M. Comparative study of the therapeutic effect of bilateral lateral rectus recession and unilateral lateral rectus recession-medial rectus resection on basic intermittent exotropia. | [Link](#) |
16. Guo Y, Zhang W, Tian Lu, Zhao K. A comparison of symmetric and asymmetrical surgery for intermittent exotropia: a meta-analysis. PROSPERO 2018 CRD42018091476. | [Link](#) |

### Correspondencia a

Centro Evidencia UC  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Diagonal Paraguay 476  
Santiago  
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.