

Problemas de visión más frecuentes en pediatría

Dra. Irais Sánchez-Verdiguél,¹ Dra. Vanessa Bosch,² Dr. Juan Carlos Ordaz-Favila³

Los errores de refracción son los más frecuentes y los más fáciles de tratar. Se corrigen con lentes. Estos problemas incluyen miopía (dificultad para ver objetos lejanos), hipermetropía (dificultad para ver objetos cercanos) y astigmatismo (impide el enfoque claro de los objetos tanto lejanos como cercanos).

El *estrabismo* consiste en una mala alineación de un ojo: Uno de los ojos se ve desviado. Se emplea el sufijo “tropia”, cuando es permanente; si tiene tendencia a desviarse por momentos, “foria”. Se usan varios prefijos para describir la dirección de la desviación ocular: “endo”, si es hacia adentro o aducción del ojo; “exo” si se desvía hacia afuera o abducción; “hiper” si se desvía hacia arriba o “hipo” si se desvía hacia abajo (Figura 1).

Los niños con hipermetropía no suelen tener disminución de la agudeza visual, pues compensan el déficit, si es leve (<3 dioptrías), mediante la acomodación que consiste en un cambio del eje anteroposterior (AP) del cristalino. El esfuerzo continuo de acomodación es causa de una endotropía acomodativa, que es una forma común de estrabismo, y provoca una convergencia excesiva de los músculos; esto hace que un ojo se aduzca, mire hacia dentro. Utilizando lentes, esta acomodación excesiva se corrige, sin cirugía.

¹ Adscrito al Departamento de Consulta Externa de Pediatría

² Adscrito al Departamento de Oftalmología

³ Jefe del Departamento de Oftalmología
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dra. Irais Sánchez-Verdiguél. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 10 84 09 00
Recibido: enero, 2011. Aceptado: mayo, 2011.

Este artículo debe citarse como: Sánchez Verdiguél I, Bosch V, Ordaz-Favila JC. Problemas de visión más frecuentes en pediatría. Acta Pediatr Mex 2011;32(4):251-254.



Figura 1.

La *ambliopía* es una disminución de la agudeza visual debida a la falta de uso de un ojo. Cuando un ojo se desvía se envían al cerebro dos diferentes imágenes. A fin de evitar la diplopía (ver doble), el cerebro “aprende” a ignorar la imagen que recibe con el ojo desviado y ve solamente la imagen con el ojo no desviado o el que tiene mejor visión. Esto conduce a la pérdida o disminución de la visión del ojo desviado.

Nistagmus

El nistagmus es un movimiento conjugado, de vaivén, rítmico e involuntario de los ojos. Se produce por una alteración del desarrollo en el reflejo de fijación. La dirección del nistagmus puede ser horizontal, vertical, oblicua o rotatoria. Puede ser conjugado o más raramente disconjugado, en vergencia horizontal o vertical (nistagmus en balancín). El nistagmus puede ser congénito o adquirido.

El nistagmus congénito esencial comienza en los tres primeros meses de vida. Es principalmente horizontal. Aumenta en los esfuerzos de fijación; disminuye en intensidad con el cierre de los párpados y desaparece con el sueño. La agudeza visual está disminuida.

MITOS EN OFTALMOLOGÍA

- Los “ojos bizcos” (estrabismo) se corrigen cuando crece el niño. Falso, es importante que desde que se identifique el problema, el paciente sea enviado al oftalmólogo.
- Si existe una mancha en el ojo, desaparecerá espontáneamente. Falso; incluso podría tratarse de un retinoblastoma.
- Si le “bailan” los ojos (nistagmus), el trastorno cesará cuando el niño crezca. Falso. Es dato de alarma y de inmediato debe enviarse con el especialista.
- Es normal que los niños se acerquen los objetos para verlos bien. Falso; podría ser problema de visión o algo más grave.
- Utilizar lentes empeora la visión y requiere ir aumentando la graduación. Falso. Incluso los bebés pueden llegar a necesitar lentes y es necesario utilizarlos si existen problemas oculares, no importa a qué edad.

RECOMENDACIONES

- Darle crédito a los padres cuando refieren que notan algo extraño en los ojos de sus hijos.

- No dar esteroide tópico ni tratarlos con múltiples antibióticos tópicos para evitar que los gérmenes desarrollen resistencia.
- Está contraindicado el usar “lava ojos” porque puede inflamarse la conjuntiva, lesionar la córnea o provocar infecciones más serias.
- No se deben lavar los ojos con té, limón o cualquier otra sustancia. Sólo se aconseja lavado de anexos: pestañas, párpados, cejas.
- Si el niño tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), hay que descartar problemas oftalmológicos.
- Si el niño confunde las letras, puede no ser dislexia, sino astigmatismo.

DATOS DE ALARMA EN OFTALMOLOGÍA

- Ojo rojo
- Epifora constante (lagrimeo)
- Nistagmus
- Leucocoria (punto blanco)
- Asimetría ocular
- Fotofobia
- Ausencia de reflejo rojo

PRUEBAS PARA EVALUAR LA AGUDEZA VISUAL

El niño debe sentirse cómodo y estar en buen estado de salud en el momento del examen. A menudo es conveniente que los niños más pequeños se sienten en los brazos de sus padres. Los niños que usan lentes, deben tenerlos puestos en el momento de la evaluación.

Hay que prestar atención para una buena oclusión de los ojos; el cartón y las paletas oclusoras son insuficientes para cubrir el ojo, ya que permiten “espíar”. Se recomienda usar los parches oclusores comercialmente disponibles, que permiten una oclusión completa. Las pruebas deben realizarse en un área bien iluminada. Se debe evaluar primero el ojo derecho (OD), luego el ojo izquierdo (OI) y después ambos ojos (AO).

Pruebas de agudeza visual

Todas las pruebas se pueden hacer a distancias estándar: 33 cm, 52 cm, 88 cm, 1 m o 3 m. Los niños que usan lentes, deben ser evaluados con ellos puestos. La agudeza visual se expresa como una fracción (quebrado). El número

superior (numerador) es la distancia entre el paciente y la cartilla, la cual generalmente es de 20 pies (6 m). El número inferior (denominador) indica la distancia a la que una persona con vista normal podría leer la misma línea que el paciente lee correctamente. La agudeza visual normal es 20/20. Por ejemplo, 20/40 indica que la línea que el niño lee correctamente a los 20 pies (6 m) puede ser leída por una persona con visión normal desde 40 pies (12 m) de distancia.

Tabla de Snellen

En niños que ya conocen las letras y los números, generalmente mayores de cinco años, se les indica primero la letra más grande y luego ir descendiendo para indicar letras de menor tamaño. Para pasar de una línea a otra, el niño debe identificar correctamente por lo menos cuatro de las seis letras de la línea (Figura 2).

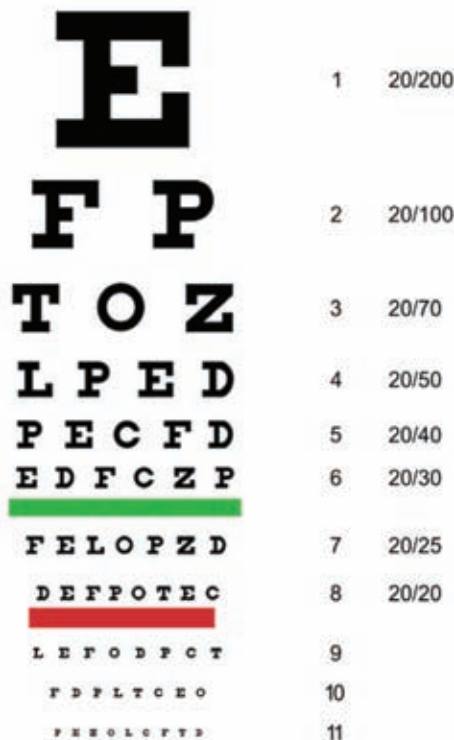


Figura 2. Tabla de Snellen.

Prueba de la E

Se aplica a partir de los tres años de edad (o a iletrados). El niño debe decir hacia donde miran las patitas de la E (Figura 3).

Prueba HOTV

Es una prueba excelente para los niños que no son capaces de realizar la prueba de la visión por la identificación de letras y números. Consiste en un gráfico mural compuesto sólo de Hs, Os, Ts y Vs. El niño recibe un tablero que contiene sólo estas letras. El examinador señala los símbolos en la pared, y el niño señala los símbolos en su tablero (Figura 4).

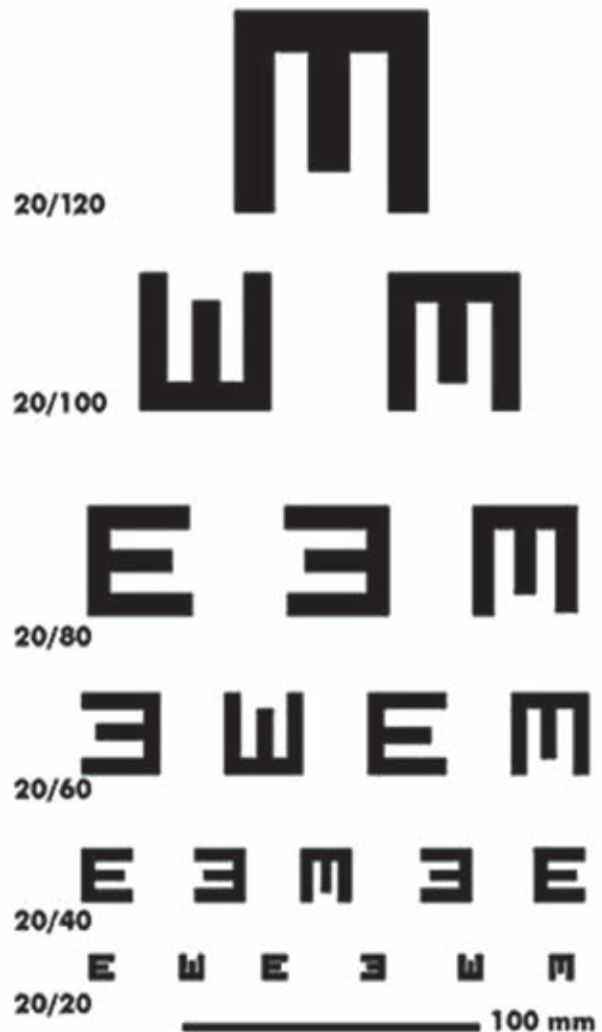


Figura 3. Prueba de la E.



Figura 4. Prueba HOTV.

Las tarjetas de Allen

Se aplica a niños familiarizados con estas figuras, generalmente mayores de dos años. Se compone de cuatro tarjetas de memoria rápida que contiene siete figuras: carro, pastel, teléfono, caballo, casa, oso y pollo. El examinador señala las figuras en la pared y el niño muestra la tarjeta correspondiente.

Símbolos de LEA

Es muy parecido a las tarjetas de Allen. Estas figuras son casa, manzana, círculo y cuadrado. El niño debe identificar por lo menos tres de cuatro figuras para pasar a la siguiente línea (Figura 5).

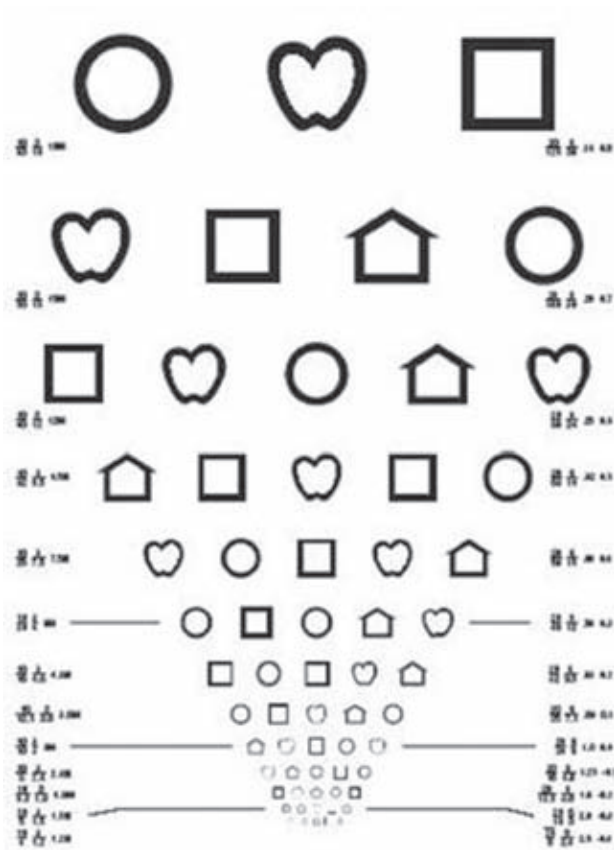


Figura 5. Símbolos de LEA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Ophthalmology. American Association of Certified Orthoptists; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of Ophthalmology. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. *Pediatrics* 2003;111(4 Pt 1):902-7.
2. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology, Council on Children with Disabilities; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Association of Certified Orthoptists. Joint statement--Learning disabilities, dyslexia, and vision. *Pediatrics* 2009;124 (2):837-44.
3. Canadian Paediatric Society. Vision screening in infants, children and youth. *Paediatr Child Health* 2009;14(4):246-8.
4. Tingley DH. Vision Screening Essentials: Screening Today for Eye Disorders in the Pediatric Patient. *Pediatrics in Review* 2007;28:54-61.