

Consulta de oftalmología en atención primaria pediátrica

Javier Mateo Gabás, León Remón Garijo, M.ª Ángeles del Buey Sayas, José Ángel Cristóbal Bescós

Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2008; 38: 75-79]

RESUMEN

Los pediatras tienen un papel fundamental en el cuidado de la salud visual infantil, ya que ellos suelen ser los primeros en detectar los problemas oftalmológicos en los niños. También son ellos quienes mejor pueden comprobar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito por el oftalmólogo.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los problemas visuales es la mejor manera de evitar la aparición de ambliopía (ojo vago), que es la primera causa de baja visión en niños y adultos jóvenes.

En este artículo, intentaremos explicar cómo realizar una consulta de oftalmología en atención primaria pediátrica para el despistaje de la ambliopía y de otros problemas oftalmológicos.

Pediatric primary care visual exam

ABSTRACT

Pediatricians play a key role in the care of the visual health of the children, as they are usually the first to notice ophthalmologic problems in children. They are also those who can check better how children accomplish the treatment advised by the ophthalmologist.

An early diagnosis and a correct treatment of visual problems in childhood is the best way to avoid amblyopia (lazy eye), which is the most common cause of low vision in children and young adults.

In this article, we will try to explain how to make a correct pediatric primary care visual exam for the screening of amblyopia or other ophthalmologic problems.

CONCEPTO DE AMBLIOPÍA

La ambliopía u ojo vago es la primera causa de baja visión en niños y jóvenes menores de 40 años, llegando a afectar hasta a un 2-4% de la población. Se define como la presencia de baja agudeza visual, casi siempre unilateral, no mejorable con corrección óptica, sin que haya una alteración que la justifique en el ojo o en la vía visual⁽¹⁻⁵⁾.

Las principales causas de ambliopía son:

–Anisometropía: es, con mucho, la más frecuente. Se debe a una diferencia en el error refractivo entre ambos

ojos, en general con un ojo emétrope (sin defecto refractivo) y el otro con error refractivo.

–Estrabismo: cuando el niño tiende a fijar siempre con el mismo ojo (ojo dominante), el ojo no fijador quedará ambliope por supresión continuada (mecanismo de defensa frente a la visión doble). Si la fijación es alternante, es más difícil que aparezca ambliopía.

–Deprivación: por falta de estímulo visual. Puede deberse a opacidad de medios (catarata congénita, retinoblastoma, fibroplasia retrolental...) o a una ptosis palpebral que afecte al eje visual.

Correspondencia: Javier Mateo Gabás

Servicio de Oftalmología (planta 6.ª). HCU Lozano Blesa. C/ San Juan Bosco 15. 50009 Zaragoza

E-mail: jmateo1999@yahoo.es

Recibido: octubre de 2008. Aceptado: octubre de 2008

–Isoametropía: presencia de ambliopía bilateral por error refractivo alto y simétrico en ambos ojos (en general hipermetropía o astigmatismo) ^(1-3,5).

Su tratamiento es relativamente fácil y barato, ya que la mayoría de las veces consiste en ocluir el ojo con mejor visión y poner la graduación adecuada en gafas. Si se realiza de forma correcta y antes de los 6-8 años (para algunos autores la edad de tratamiento puede alargarse hasta los 10 o más años), suele lograrse una importante mejoría del ojo afecto ^(1,6).

Cuanto antes se inicia el tratamiento, mayor es el beneficio para el niño. Sin embargo, si no se detecta el problema y no se trata antes de los 8-9 años, es prácticamente irreparable, porque ya se ha completado la maduración del aparato visual ^(1-3,5,7,8).

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA POR EL PEDIATRA

El papel del pediatra en el cuidado de la salud visual de los niños es vital, ya que son los pediatras quienes, en la mayoría de las ocasiones, detectan los problemas oftalmológicos y también los que mejor pueden observar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito por el oftalmólogo.

La precocidad en el diagnóstico y la rápida instauración del tratamiento tienen una gran importancia, ya que la ambliopía no tratada en los primeros 8-9 años de vida, es difícilmente recuperable. Asimismo, si el tratamiento no se lleva a cabo correctamente (por ejemplo, el niño mira por encima de las gafas o no se deja poner los parches), no resulta efectivo, por lo que el control frecuente por el pediatra es la mejor manera de lograr ambos objetivos.

Un pediatra puede realizar una exploración oftalmológica completa y que detecte la mayor parte de los problemas oftalmológicos infantiles con una serie de pruebas adaptadas a la edad y al grado de colaboración de los niños, que exploren principalmente la agudeza visual y la visión binocular ^(7,8).

La agudeza visual permite valorar si el desarrollo visual del paciente es el adecuado para su edad así como para medir el grado de ambliopía.

La presencia de estereopsis (visión binocular) es un dato tranquilizador, ya que para lograrla es necesario que ambos ojos alcancen un cierto grado de visión (al menos 3/10 en cada uno de los dos ojos) y que no haya un estrabismo.

Se puede realizar una adecuada y completa exploración oftalmológica con el siguiente material:

–Linterna.

–Optotipo adaptado a la edad del paciente.

–Test de visión binocular (aunque hay en el mercado multitud de tests que estudian la estereopsis, proponemos el uso del test de Lang, ya que por su sencillez, puede ser utilizado a partir de los 2 años).

–Oftalmoscopio directo.

CONSULTA DE NIÑOS PREVERBALES

En niños preverbales es casi imposible valorar tanto la agudeza visual como la estereopsis. Los dos primeros meses de vida tienen una rápida ganancia visual, que luego se irá ralentizando, para llegar a unos 6-7/10 hacia los 3 años de edad ^(1,3,7).

En primer lugar, hay que preguntar a los padres por las circunstancias del nacimiento del niño (edad gestacional, parto problemático, problemas perinatales...) y por los antecedentes familiares, principalmente sobre defectos de refracción y estrabismos.

Si se trata de un niño prematuro, conviene que sea revisado por un oftalmólogo al menos al año y a los dos años de edad corregida. Los prematuros que han sufrido retinopatía del prematuro tienen mayor riesgo de presentar ambliopía, miopía, astigmatismo, estrabismo, glaucoma, microftalmos y patología vítreo-retiniana, por lo que hay que tener especial cuidado con ellos. Aunque no hayan sufrido retinopatía, es frecuente que los niños prematuros presenten una maduración visual más lenta que los nacidos a término ⁽³⁾.

Conviene explorar al niño en una habitación tranquila y poco iluminada.

Observación: hay que valorar el aspecto externo de los ojos, por si hay diferencia en el tamaño del globo ocular o de la córnea, leucocoria, ptosis palpebral...

Reflejo fotomotor: contracción de las pupilas al iluminar los ojos con la linterna.

Fulgor pupilar o reflejo rojo de Bruckner: en habitación oscura, con el oftalmoscopio directo, a un metro de distancia. Se debe ver un reflejo rojo-anaranjado brillante en ambos ojos (similar a los «ojos rojos» de las fotografías). No es necesario dilatar la pupila. Se puede realizar desde el nacimiento y descarta opacidad de medios (por retinoblastoma, catarata congénita, fibroplasia retrolental).

Fijación foveal y seguimiento de objetos con la mirada: en habitación oscura, en silencio y con la linterna. Si se hace en una habitación iluminada, con algún objeto de colores brillantes que pueda llamar la atención del niño. Desde los 2 meses debería fijar y empezar a

seguir objetos con la mirada con ambos ojos y, a partir de los 4-6 meses, con cada ojo por separado. Si presenta mala fijación a partir de los 5-6 meses, hay que enviar al oftalmólogo para descartar patología.

Parpadeo ante la «amenaza» visual: el niño debería parpadear si le acercamos la luz o la mano a gran velocidad a partir de los 2-5 meses.

Test de Hirschberg: en habitación oscura y con la linterna, a un metro del niño en línea recta frente a él. Para descartar estrabismo. Se puede realizar a partir de los 3 meses de edad (o cuando el niño fije la mirada en la luz), aunque es más fiable a partir de los 6 meses. El reflejo de la luz proyectada con la linterna debe estar en el centro de ambas pupilas. Es de mucha ayuda en el caso de pseudostrabismo por epicanto, cuando los ojos están aparentemente en endotropía (hacia dentro) por la presencia de un pliegue cantal interno prominente.

Presencia de epífora (lagrimeo): aunque la presencia de lagrimeo es muy frecuente en los niños menores de 2 años, la mayoría se resuelven sin necesidad de tratamiento al ir creciendo el niño. Si la epífora es muy constante y, especialmente, si el niño presenta conjuntivitis frecuentes o reflujo purulento desde el saco lagrimal, conviene enviarlo al oftalmólogo para valoración.

Preferencia de fijación: a partir de los 6-12 meses. Más fiable a partir del año de edad. Ocluir ambos ojos alternativamente; si el niño se queja claramente más al ocluir uno de los dos ojos, hay que sospechar que el ojo que no quiere que le ocluyamos ve mejor y que el otro es ambliope.

CONSULTA DESDE LOS 3 AÑOS

En cuanto sea posible, hay que valorar la agudeza visual y la visión binocular de los niños. La presencia de estereopsis (visión binocular) indica que la probabilidad de que los dos ojos estén bien es muy alta.

La exploración de la estereopsis se realiza con ambos ojos a la vez, mientras que la de la agudeza visual conviene realizarla con cada ojo por separado, empezando por el ojo que se sospecha que tiene menor visión y ocluyendo bien el ojo no explorado^(8,9).

Hay que sospechar un defecto de refracción si el niño presenta una baja agudeza visual, si guiña los ojos o hace mucho esfuerzo al decir las letras del optotipo, si se queja de cefaleas o presenta problemas de estudios.

Conviene preguntar a los padres o a las personas que pasen más tiempo con el niño (abuelos, cuidadores, profesores...) si le han notado algún problema en los ojos (estrabismo principalmente).

Hay que examinar a los niños en una habitación tranquila y bien iluminada.

Observación: alineamiento correcto de los ojos. Si el niño está siendo tratado por algún problema visual, comprobar que lleve bien puestas las gafas, que mire a través de ellas y no por encima, que cumpla la pauta de oclusión prescrita por el oftalmólogo (sólo un ojo o alternar los dos, días de descanso, número de horas al día que tiene que llevar la oclusión...) y que se ocluya el ojo completamente.

Test de Hirschberg: igual que en los niños preverbales, para comprobar que los ojos están correctamente alineados.

Cover test (cover simple): en primer lugar, el niño debe fijar la vista en un objeto cercano (por ejemplo, la luz de la linterna), situado recto frente a él.

–Si se sospecha desviación del ojo izquierdo, se ocluye el ojo derecho y se observa la reacción del izquierdo.

–Si el ojo izquierdo no se desplaza, está en ortotropía (ausencia de desviación).

–Si para fijarse en el objeto tiene que desplazarse, está en heterotropía (desviado) y conviene enviar al niño al oftalmólogo para valoración.

–Después, se repite la prueba con el otro ojo.

Test de Lang: aunque hay muchos tests que exploran la binocularidad (algunos de los más usados son el TNO y el Titmus), el test de Lang es muy sencillo de realizar; puede emplearse desde edades muy tempranas (2-3 años), no precisa de gafas especiales y se puede llevar a cabo en unos pocos segundos. Se entrega al niño la tarjeta del test, en la que debe señalar los dibujos que hay, generalmente un coche, una estrella y un gato. El que el niño vea todas las figuras, o al menos alguna de ellas, nos indica que tiene los ojos alineados y que éstos además han alcanzado una visión suficiente como para lograr la binocularidad.

Exploración de la agudeza visual: nos permite valorar el grado de desarrollo visual del paciente y ver si presenta ambliopía (más de 2/10 de diferencia entre la agudeza visual de ambos ojos). Se explora cada ojo por separado, empezando por el que se sospecha que pueda tener menor visión. Es muy importante ocluir bien el ojo que no está siendo explorado en cada momento. Hay optotipos adaptados a la edad del paciente. En niños pequeños, el examen se realiza con el optotipo situado a 3 metros. A partir de los 6-7 años, se les puede examinar en las mismas condiciones que a los adultos, es decir, con el optotipo a 6 metros^(1,3,7,8,10).

–2 a 3 o 4 años: test de Pigassou o de Allen (de dibujos). A los 3-4 años, la agudeza visual normal es de

6-7/10, y es probable que haya algún tipo de patología si no supera los 5/10.

–4-5 años: «E» de Snellen o «C» de Lantoldt. El niño debe decir hacia dónde apuntan las «patas» de la «E» o hacia qué lado se abre la «C». Son tests más exactos que el Pigassou.

–A partir de los 5 años o en cuanto el niño sea capaz de decirnos las letras o los números: tests numéricos o

de letras. A los 5-6 años, la agudeza visual normal es de 10/10. Si no supera los 8/10, hay que sospechar algún problema visual. Si a los 6-7 años la agudeza visual no llega a los 10/10, conviene derivar al paciente para que sea valorado por un oftalmólogo.

–Si la diferencia de agudeza visual entre los dos ojos es mayor de 2/10, hay que sospechar que el ojo con menor visión es ambliope y enviar al niño al oftalmólogo.

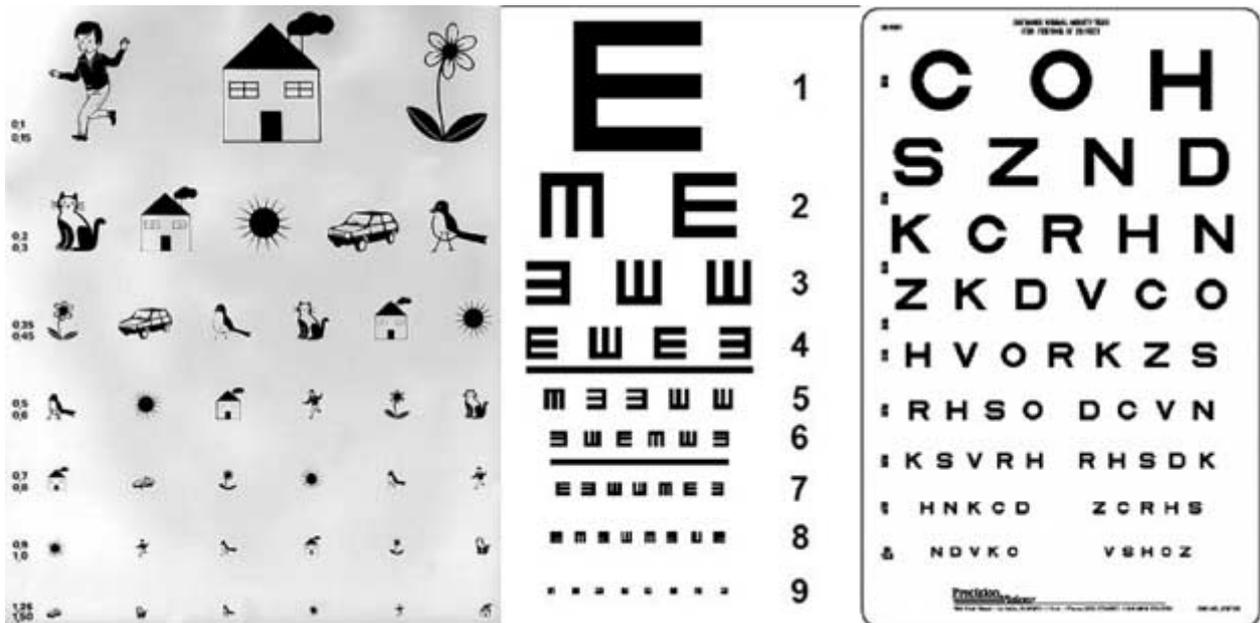


Figura 1. Optotipos de Pigassou, E de Snellen y de letras.

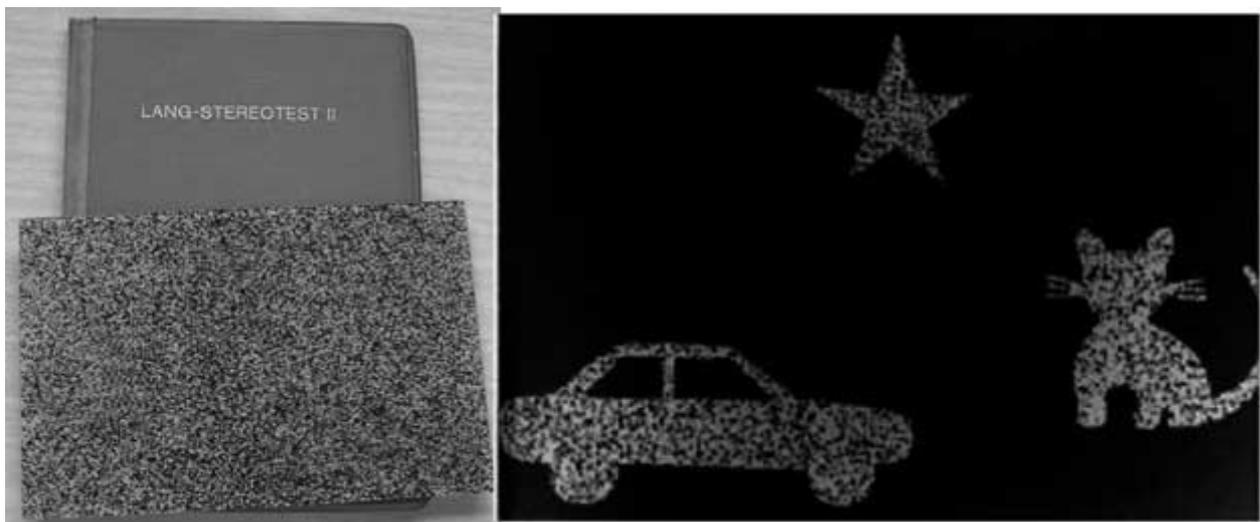


Figura 2. Test de Lang para el estudio de la visión binocular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simons K. Amblyopia characterization, treatment and prophylaxis. *Surv Ophthalmol* 2005; 50: 123-166.
2. Multi-ethnic Pediatric Eye Disease Study Group. Prevalence of amblyopia and strabismus in african american and hispanic children ages 6 to 72 months. *Ophthalmology* 2008; 115: 1229-1236.
3. Kanski JJ. Estrabismo. En: Kanski JJ. *Oftalmología clínica*. 5ª edición. Madrid: Elsevier España; 2004. pp. 527-566.
4. Detección precoz de las alteraciones oculares y de la visión en la infancia. Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat; 2004.
5. Mengual E, Hueso JR. Ambliopía. En: Mengual E, Hueso JR. *Actualización en Oftalmología pediátrica*. Badalona: Euromedice Ediciones Médicas; 2003. Tomo I. pp. 17-29.
6. Scheiman MM, Hertle RW, Beck RW, Edwards AR, Birch E, Cotter SA, Crouch ER Jr, Cruz OA, Davitt BV, Donahue S, Holmes JM, Lyon DW, Repka MX, Sala NA, Silbert DI, Suh DW, Tamkins SM; Pediatric Eye Disease Investigator Group. Randomized trial of treatment of amblyopia in children aged 7 to 17 years. *Arch Ophthalmol* 2005; 123: 437-447.
7. Flores-Visedo CM. Detección precoz de los trastornos de refracción y ambliopía. *Pediatr Integral* 2005; 9: 419-425.
8. 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: 902-907.
9. Ehrlich MI, Reinecke RD, Simons K. Preschool vision screening for amblyopia and strabismus. Programs, methods, guidelines. *Surv Ophthalmol* 1983; 28: 145-163.
10. Kvarnström G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. *Acta Paediatr* 1998; 87: 1173-1179.