



# FAMIPED

## Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos.

### O ollo vago

**Autor/es:** Juan José Delgado Domínguez, pediatra de cabecera. Nazareth Castro López, enfermera especialista en pediatría. Centro de Salud de Labañou. A Coruña.

**Traductor/a:**

Botóns.eu - Portal Galego de Educación.

[Volumen 4. Nº 2. Junio 2011](#) <sup>[1]</sup>

**A ambliopía ("ollo vago") defínese como a redución unilateral ou bilateral da agudeza visual causada pola estimulación visual inadecuada do cerebro, durante o período crítico de desenvolvemento visual. A ambliopía permanente pode previrse. Sempre comeza durante a infancia e só pode tratarse efectivamente durante este período. Aféctalle a un 2-5% da poboación.**

Aínda que os ollos son imprescindibles para ver, o órgano que en realidade “ve” é o cerebro, que é como un computador sen programas: ten capacidade e potencial para unha serie de facultades, pero estas desenvólense ou non en función dos estímulos que reciba. Os nenos non nacen “vendo”. Os ollos son como cámaras que reciben as imaxes do mundo exterior e convértenas en estímulos eléctricos que viaxan por “cables” (o nervio óptico e o resto das vías visuais) ata a parte do cerebro especializada na visión.

Desde mesmo nado, o lactante expónse a estímulos visuais que fan madurar o seu sistema visual, aumentando a agudeza visual (capacidade de distinguir obxectos cada vez máis pequenos a unha distancia dada) e a sensación de profundidade e volume ou visión estereoscópica (que normalmente coñecemos por “3D” ou en tres dimensións). Tamén se adquiere a capacidade de unir as imaxes diferentes recibidas por cada ollo para non ver dobre, apréndese a enfocar a diferentes distancias (acomodación) e a controlar os movementos oculares.

Paralelamente a esta maduración funcional, o ollo medra. O ollo “perfecto” ou emétrope é o que non é nin demasiado curto (hipermétrepe), nin demasiado longo (miope). Como a natureza é moi sabia, o noso ollo é curto ao nacer, para que non sexamos todos miopes ao ir medrando. Este proceso ideal non se dá en todos os suxeitos nin en todos os ollos e por iso existen os defectos de refracción, nos que a imaxe non se forma correctamente na capa que recubre o globo ocular por dentro e é a zona “nobre” do ollo, onde

están os sensores visuais, a retina.

Os miopes ven mal de lonxe. Cando un ollo non é completamente esférico, as imaxes vense deformadas, e os obxectos pequenos vense con menos nitidez. É o que se chama astigmatismo, o outro gran defecto refractivo visual. Pode darse illado ou asociado a miopía ou hipermetropía.

A maioría dos nenos son hipermétropes, pero poden ver ben de perto porque teñen unha gran capacidade para enfocar cunha lente situada dentro do globo ocular que se chama cristalino. A hipermetropía pode dar molestias (sensación de visión borrosa, dor de cabeza frontal, ollos vermellos) se se forza moito a visión de perto: ler en situacións de baixa luminosidade, abusar de pantallas, especialmente se se está canso, pola tarde ao volver do colexio e realizar as actividades, ou mentres se está superando algunha enfermidade, como un catarro común. Mellorar a iluminación e non abusar de pantallas pode aliviar as molestias, mentres o crecemento fai o seu traballo. En casos intensos, unhas lentes para ver de perto resultarán útiles.

Para un desenvolvemento visual normal, para “aprender a ver”, o cerebro debe recibir imaxes igualmente enfocadas e claras de ambos ollos. Diferentes probas en humanos e experimentos en animais demostran que, se non existe o estímulo visual axeitado, prodúcese unha alteración anatómica e funcional das neuronas da corteza do área visual do cerebro, que non se desenvolve correctamente.

Calquera factor que interfira neste proceso de aprendizaxe visual do cerebro provocará unha redución maior ou menor da agudeza visual, chegando, mesmo, á cegueira, dependendo da precocidade, intensidade e duración da acción do mesmo. Iso é o que chamamos “ollo vago” (ou ambliopía), aínda que o defecto fundamental, como queda dito, radica no cerebro, non no propio ollo. Este proceso non se “pecha” ata, polo menos, os 6 primeiros anos de vida. E iso, nun dobre sentido: se o detectamos a tempo, ten tratamento e é recuperable, e os factores que interfíren coa visión non producen “ollo vago” logo da idade.

A ambliopía é, polo tanto, unha diminución da agudeza visual en presenza dunha causa coñecida de ollo vago que non mellora malia a corrección (lentes) e que non podemos explicar por outra anomalía ocular. Unha vez corrixido o factor (extirpación de catarata ou prescrición de lentes, por exemplo), asúmese que o déficit de agudeza visual residual é debido á ambliopía.

Para ver en tres dimensións necesitamos ver ben cos dous ollos. O cerebro crea o “mapa” da realidade en 3D a partir das pequenas diferenzas entre as imaxes dun ollo e do outro. As persoas con ollo vago non teñen visión estereoscópica. Isto pódese utilizar para detectar o ollo vago.

O estrabismo ou vista torcida é causa e tamén consecuencia do ollo vago. Por iso uns dous terzos de nenos con ollo vago teñen estrabismo asociado. Normalmente isto chama a atención e os nenos son consultados por iso. O reto son o outro terzo dos casos de ambliopía que non se asocian a estrabismo e pasan desapercibidos se non se buscan activamente.

A maioría dos casos de ambliopía prodúcense por anisometría ou diferenza significativa na capacidade refractiva dun ollo (normalmente un é máis hipermetrope que o outro). O cerebro tenta corrixir iso, pero o enfoque está sincronizado en ambos os ollos e cun enfocado, prodúcese unha imaxe borrosa do outro. O grao de ambliopía dependerá do grao de anisometría (100% se a diferenza é igual ou superior a 3 ½ dioptrías) e a duración da mesma, alcanzándose a máxima porcentaxe de nenos ambliopes aos 3 e 4 anos de idade.

O cerebro do neno ignora as imaxes provenientes dun ollo mal aliñado (para non ver dobre) ou con

visión borrosa; isto chámase supresión. Outras causas moito menos frecuentes de ollo vago son a catarata (opacidade do cristalino) e o nistagmo (sacudidas involuntarias dos ollos que impiden enfocar ben un obxecto).

A ambliopía permanente e o estrabismo poden conducir a restricións futuras de tipo educativo e laboral (non se pode ser mariño ou aviador, por exemplo). A ambliopía aumenta o risco de cegueira xa que un accidente ou outra causa poderían provocar perda de visión no único ollo san.

O tratamento da ambliopía é eficaz, a condición de que se detecte precozmente (canto antes a partir dos tres anos). A partir dos 6 anos, os resultados do tratamento son moito máis pobres, aínda que sempre o hai que intentar. Por iso a maioría dos pediatras e das enfermeiras buscamos activamente o ollo vago nos nosos pacientes facendo probas de visión con figuriñas e tests de visión 3D axeitados á idade do neno nos controis de saúde.

Todo neno que torce un ollo a partir de 6-7 meses (até esa idade é normal, a non ser que sexa moi esaxerado, permanente e sempre no mesmo ollo) debe consultar. Os pais poden sospeitar ollo vago se ao bebé lle dá igual que lle tapen un ollo (porque non ve ben) e, en cambio, aparta a man ou torce a cabeza se lle tapamos o "bo".

O ollo vago trátase corrixindo o defecto que o causa. A maioría das veces pondo lentes, pero, ocasionalmente, operando unha catarata conxénita ou unha pálpebra moi caída. Se, unha vez corrixido o defecto, non se recupera nun tempo prudencial a visión normal, recórrase a penalizar o ollo "bo" (mediante o típico parche ou con laca no cristal das lentes ou, mesmo, cunhas pingas dun medicamento chamado atropina que produce visión borrosa). Desta maneira o cerebro vese obrigado a contar co ollo vago, os estímulos visuais chegan ao cerebro e fórmanse as conexións neuronais necesarias para recuperar a vista. Algúns estrabismos necesitan corrección cirúrxica.

Máis información sobre este tema (grupo de actividades preventivas da AEPap):

[http://www.aepap.org/previnfad/Vision.htm#internet\\_2](http://www.aepap.org/previnfad/Vision.htm#internet_2)