



# FAMIPED

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

---

## O olho vago

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

**Traductor/a:**

Susana Rocha.

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

**A ambliopia (“olho vago“) define-se como a redução unilateral ou bilateral da acuidade visual causada pela estimulação visual inadequada do cérebro, durante o período crítico de desenvolvimento visual. A ambliopia permanente pode prevenir-se. Começa sempre durante a infância e só pode tratar-se eficazmente durante este período. Atinge 2-5% da população.**

Apesar dos olhos serem imprescindíveis para ver, o órgão que na realidade “vê” é o cérebro, que é como um computador sem programas: tem capacidade e potencial para uma série de faculdades, mas estas desenvolvem-se ou não em função dos estímulos que receba. As crianças nascem “a ver”. Os olhos são como câmaras que recebem as imagens do mundo exterior e convertem-nas em estímulos eléctricos que viajam por “cabos” (o nervo óptico e o resto das vias visuais) até à parte do cérebro especializada na visão.

Desde recém-nascido, o lactente expõe-se a estímulos visuais que fazem amadurecer o seu sistema visual, aumentando a acuidade visual (capacidade de distinguir objectos cada vez mais pequenos a uma dada distância) e a sensação de profundidade e volume ou visão estereoscópica (que normalmente conhecemos por “3D” ou em três dimensões). Também se adquire a capacidade de unir as imagens diferentes recebidas por cada olho para não ver a dobrar, aprende-se a focar a diferentes distâncias (acomodação) e a controlar os movimentos oculares.

Paralelamente a este amadurecimento funcional, o olho cresce. O olho “perfeito” ou emétrepe é o que não é nem demasiado curto (hipermétrepe), nem demasiado longo (míope). Como a natureza é muito sábia, o nosso olho é curto ao nascer, para que não sejamos todos míopes ao ir crescendo. Este processo ideal não se dá em todas as pessoas nem em todos os olhos e por isso existem os defeitos de refração, nos quais a imagem não se forma correctamente na camada que recobre o globo ocular por

dentro e é a zona “nobre” do olho, onde estão os sensores visuais, a retina.

Os míopes vêem mal ao longe. Quando um olho não é completamente esférico, as imagens vêem-se deformadas, e os objectos pequenos vêem-se com menos nitidez. É o que se chama astigmatismo, o outro grande defeito refractivo visual. Pode ocorrer isolado ou associado a miopia ou hipermetropia.

A maioria das crianças são hipermétropes, mas podem ver bem ao perto porque têm uma grande capacidade para focar com uma lente situada dentro do globo ocular que se chama cristalino. A hipermetropia pode dar queixas (sensação de visão turva, dor de cabeça frontal, olhos vermelhos) se se força muito a visão de perto: ler em situações de baixa luminosidade, abusar de ecrãs, especialmente se se está cansado, ao fim da tarde ao voltar da escola e das actividades, ou durante alguma doença, como uma constipação comum. Melhorar a iluminação e não abusar de ecrãs pode melhorar as queixas enquanto o crescimento faz o seu trabalho. Em casos intensos uns óculos para ver ao perto podem ser úteis.

Para um desenvolvimento visual normal, para “aprender a ver”, o cérebro deve receber imagens igualmente focadas e claras de ambos os olhos. Diferentes provas em humanos e experiências em animais demonstram que, se não existe o estímulo visual adequado, produz-se uma alteração anatómica e funcional dos neurónios do córtex da área visual do cérebro, que não se desenvolve correctamente.

Qualquer factor que interfira neste processo de aprendizagem visual do cérebro, provocará uma redução maior ou menor da acuidade visual, chegando até à cegueira, dependendo da precocidade, intensidade e duração da acção do mesmo. Isso é o que chamamos “olho vago” (ou ambliopia), apesar do defeito fundamental, como se disse, radicar no cérebro, não no próprio olho. Este processo não “encerra” até pelo menos aos 6 primeiros anos de vida. E isso num duplo sentido: se o detectamos a tempo tem tratamento e é recuperável, e os factores que interferem com a visão não produzem “olho vago” depois dessa idade.

A ambliopia é, por tanto, uma diminuição da acuidade visual na presença de uma causa conhecida de olho vago que não melhora apesar da correcção (óculos) e que não podemos explicar por outra anomalia ocular. Uma vez corrigido o factor (extirpação de catarata ou prescrição de óculos, por exemplo), assume-se que o déficite de acuidade visual residual é devido à ambliopia.

Para ver em três dimensões necessitamos ver bem com os dois olhos. O cérebro cria o “mapa” da realidade em 3D a partir das pequenas diferenças entre as imagens de um olho e o outro. As pessoas com olho vago não têm visão estereoscópica. Isto pode-se utilizar para detectar o olho vago.

O estrabismo ou vista torta é a causa e também consequência do olho vago. Por isso cerca de dois terços dos meninos com olho vago têm estrabismo associado. Normalmente isto chama a atenção e as crianças são consultadas por isso. O objectivo são o outro terço dos casos de ambliopia que não se associam a estrabismo e passam despercebidos se não se procuram activamente.

A maioria dos casos de ambliopia produz-se por anisometria ou diferença significativa na capacidade refractiva de um olho (normalmente um é mais hipermetrope que o outro). O cérebro tenta corrigir isso, mas a focagem está sincronizada em ambos os olhos, e com um focado produz-se uma imagem desfocada do outro. O grau de ambliopia dependerá do grau de anisometria (100% se a diferença é igual ou superior a 3 ½ dioptrias) e a duração da mesma, alcançando-se a máxima percentagem de crianças ambliopes aos 3-4 anos de idade.

O cérebro da criança ignora as imagens provenientes de um olho mal alinhado (para não ver a dobrar)

ou com visão turva; isto chama-se supressão. Outras causas muito menos frequentes de olho vago são a catarata (opacidade do cristalino) e o nistagmo (sacudidelas involuntárias dos olhos que impedem focar bem um objecto).

A ambliopia permanente e o estrabismo podem conduzir a restrições futuras de tipo educativo e laboral (não se pode ser marinheiro ou aviador, por exemplo). A ambliopia aumenta o risco de cegueira já que um acidente ou outra causa poderiam provocar perda de visão no único olho são.

O tratamento da ambliopia é eficaz, desde que se detecte precocemente (quanto antes a partir dos três anos). A partir dos seis anos os resultados do tratamento são muito mais pobres, mas deve-se tentar sempre. Por isso muito pediatras e enfermeiros procuramos activamente o olho vago nos nossos pacientes, fazendo provas de visão com figuras e teste de visão a 3D adequados à idade da criança nas consultas de saúde infantil.

Toda a criança que entorte um olho a partir dos 6-7 meses (até essa idade é normal, a não ser que seja muito exagerado, permanente e sempre no mesmo olho) deve ser observada. Os pais podem suspeitar de olho vago se ao bebé for indiferente que tapem um olho (porque não vê bem) e por outro lado afasta a mão ou torce a cabeça se lhe tapamos o “bom”.

O olho vago trata-se corrigindo o defeito em causa. A maioria das vezes pondo óculos, mas ocasionalmente operando uma catarata congénita ou uma pálpebra muito caída. Se uma vez corrigido o defeito não se recupera num tempo providencial a visão normal, recorre-se a penalizar o olho “bom” (mediante a típica venda ou com laca no vidro dos óculos ou inclusive com umas gotas de um medicamento chamdo atropina que produz visão turva). Desta maneira o cérebro vê-se obrigado a contar com o olho vago, os estímulos visuais chegam ao cérebro e formam-se as conexões neuronais necessárias para recuperar a vista.

Mais informação sobre este tema: " <http://www.aepap.org/previnfad/Vision.htm#internet> <sup>[2]</sup>" (grupo de actividades preventivas da AEPap)