

AMBLIOPÍA POR ANISOMETROPÍA: VER PARA CREER

ANISOMETROPIC AMBLYOPIA: SEEING IS BELIEVING

TEJEDOR J¹

En los últimos años, se han aclarado puntos relevantes relacionados con el tratamiento de la ambliopía, algunos de los cuales contradicen hábitos admitidos desde siempre en la práctica clínica, pero no contrastados. Ahora le toca el turno a la ambliopía por anisometropía, en este caso confirmando la sospecha clínica de muchos expertos, aunque introduciendo algunos datos sorprendentes.

Tradicionalmente, existía la creencia de que en un niño diagnosticado por primera vez de anisometropía y con una diferencia de agudeza visual entre ambos ojos con corrección óptica, sería oportuno prescribir la corrección óptica y dejar pasar un tiempo prudencial (en torno a los 2 meses), antes de decidir si sería necesario un tratamiento adicional oclusivo o mediante penalización para la ambliopía residual. Esto suponía admitir implícitamente que la corrección óptica tendría de por así un efecto terapéutico sobre la hipotética ambliopía, como además sugerían algunos estudios retrospectivos y piloto. Recientemente, se ha demostrado en un estudio prospectivo, la mejoría de 3 líneas de agudeza visual en 18 pacientes con ambliopía por anisometropía, tras la utilización de cristales para la corrección del error refractivo (1). Este efecto, denominado por los autores adaptación refractiva, es considerado por otros como tratamiento óptico de la ambliopía.

Una cuestión desconocida era hasta qué punto y durante cuánto tiempo puede mejorar la ambliopía por anisometropía simplemente con prescripción de gafa. En el mencionado estudio, la mejoría se prolongaba 15,6 semanas de media. En otro estudio, en el que participaron 84 niños entre 3 y 7 años de edad, la mayoría de los pacientes (83%) dejaron de mejorar su agudeza visual antes de las 15 semanas (2). Una proporción importante de aquéllos en los

que se estabilizó la agudeza visual, con al menos 2 líneas de diferencia entre los dos ojos (62%), demostraron mejoría de agudeza visual en el ojo ambliope tras 5 ó 10 semanas adicionales de corrección óptica. En este estudio, la mejoría media de agudeza visual fue de 2,9 líneas en el ojo ambliope. La mejoría de agudeza visual en el ojo ambliope fue de al menos 2 líneas en el 77% de los pacientes, y de al menos 3 líneas en el 60% de ellos. La resolución de la ambliopía, definida como una diferencia de agudeza visual no superior a una línea entre ambos ojos, se consiguió en el 27% de los niños. La posibilidad de resolución dependía sobre todo de una mejor agudeza visual de partida en el ojo ambliope y de una menor magnitud de anisometropía.

Se pueden extraer conclusiones de interés práctico a partir de los datos aportados por los dos estudios mencionados y otros parecidos, realizados en los últimos años. Aunque la mejoría de agudeza visual continuada tras aparente estabilización de la situación puede atribuirse en parte a la variabilidad de la determinación de agudeza visual, o a la incapacidad para detectar cambios de menos de una unidad logMAR, no parece que la edad o el efecto aprendizaje tengan influencia en el efecto descrito. Es posible que exista una fase plateau temporal en este efecto. La principal conclusión es que puede ser necesario esperar 15 semanas antes de decidir si es necesario añadir un tratamiento adicional contra la ambliopía. Con ello disminuye la dosis de tratamiento y acorta su duración, ya que se parte de una menor intensidad de ambliopía, además de permitir un mejor cumplimiento del tratamiento (se sabe que está asociado a ambliopía de menor intensidad). En conjunto supone una menor exigencia o carga para el paciente a la hora de plantearse iniciar el trata-

¹ Doctor en Medicina. Madrid.
E-mail: jtejedor.hrc@salud.madrid.org

miento oclusivo o penalizante. Por otro lado, a la hora de planificar un estudio sobre tratamiento de la ambliopía por anisometropía, será necesario una fase inicial de corrección óptica suficientemente prolongada, tras la que se pueda demostrar que el efecto se debe exclusivamente (o predominantemente) a otra forma de tratamiento.

Las conclusiones hasta ahora mencionadas son aplicables sobre todo a la anisohipermetropía, es decir anisometropía por hipermetropía. Pero son difícilmente aplicables a la anisometropía miópica, sobre todo de cierta magnitud, en la que la respuesta a la corrección óptica, y a otras medidas terapéuticas, es mucho peor, y el cumplimiento es difícil por la posibilidad de diplopía y aniseiconia causadas por la corrección óptica. En estos casos, se ha propuesto la utilización de cirugía refractiva en el ojo más miope. Las reservas lógicas hacia dicho tratamiento parten de la posibilidad de daño a la córnea, inducción de ectasia corneal, descentramiento del tratamiento por la necesidad de utilizar anestesia general, y desconocimiento de su efecto a largo plazo. A este respecto, un estudio reciente informa de los resultados a los 3 años de realizar una queratectomía fotorrefractiva en el ojo ambliope (3). Se incluyeron sólo 11 pacientes, entre 2 y 11 años de edad, con agudeza visual pobre que no respondían al tratamiento de su ambliopía o no eran cumplidores de la pauta. Errores refractivos preoperatorios medios de -13,70 D en miopes y +4,75 D en hipermetropes pasaron a errores refractivos medios postoperatorios de -3,55 D y +1,41 D, respectivamente. La anisometropía disminuyó a menos de 3 D en el 50% de los miopes y a menos de 1 D en dos de tres hipermetropes, es decir, a una cuantía con apenas

poder ambliopizante. De los nueve pacientes en los que se pudo determinar la agudeza visual, en siete (78%) hubo una mejoría de agudeza visual no corregida de al menos 2 líneas de Snellen, y una mejoría final de agudeza visual corregida de al menos 2 líneas logMAR en tres de ellos (33%). Los resultados se deben valorar con precaución, pero son esperanzadores para ciertos casos.

Aunque en la ambliopía por anisometropía (4) puede ser frecuente la existencia de una microtropía (que en opinión de algunos expertos podría ser factor causal de la anisometropía), la mayoría de los estudios no descartan su presencia. La eficacia del tratamiento óptico hace pensar que la microtropía no sea tan importante como factor ambliopizante. En caso de ser necesario tratamiento adicional, todavía no está aclarado si es más oportuno el tratamiento oclusivo o penalizante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart CE, Moseley MJ, Fielder AR, Stephens DA; MOTAS Cooperative. Refractive adaptation in amblyopia: quantification of effect and implications for practice. *Br J Ophthalmol* 2004; 88: 1552-1556.
2. Cotter SA; Pediatric Eye Disease Investigator Group; Edwards AR, Wallace DK, Beck RW, Arnold RW, et al. Treatment of anisometropic amblyopia in children with refractive correction. *Ophthalmology* 2006; 113: 895-903.
3. Paysse EA, Coats DK, Hussein MA, Hamill MB, Koch DD. Long-term outcomes of photorefractive keratectomy for anisometropic amblyopia in children. *Ophthalmology* 2006; 113: 169-176.
4. Von Noorden GK, Campos EC. *Binocular Vision and Ocular Motility: Theory and Management of Strabismus*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2002: 340-344.