

Trastornos neurovisuales infantiles

S. Chokron

Los trastornos neurovisuales de origen central son la primera causa de trastorno visual infantil en los países industrializados. Este fuerte aumento de los trastornos neurovisuales de origen central en la infancia se relaciona probablemente, por una parte, con el mejor diagnóstico de estos trastornos a esa edad y, por otra parte, con los progresos de la reanimación neonatal y de los cuidados neuropediátricos que conllevan una mayor tasa de supervivencia, pero también una mayor incidencia de lesiones cerebrales, en especial posteriores, en niños nacidos en un contexto neurológico difícil. Al igual que en los adultos, la localización y la extensión de la lesión cerebral determinan las características y la amplitud de los trastornos neurovisuales. En este artículo se describirán la semiología, la etiología y la localización lesional de los trastornos visuales de origen central y, después, las consecuencias negativas que estos trastornos pueden tener sobre el aprendizaje y las interacciones sociales.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Visión; Lóbulo occipital; Corteza visual primaria; Visión ciega; Neurovisual

Plan

■ Introducción	1
■ Definiciones y semiología	1
Trastornos de la visión elemental secundarios a una lesión retroquiasmática en la infancia	1
Trastornos de la cognición visual	3
■ Etiología y localización lesional	3
Anoxia e hipoxia cerebrales infantiles	3
Otras etiologías en las que se engloban las causas vasculares, traumáticas, tumorales, infecciosas y del neurodesarrollo	3
Otras	4
■ Diagnóstico de los trastornos neurovisuales de origen central	4
Exploración oftalmológica	4
Perimetría	4
Exploraciones electrofisiológicas y radiológicas complementarias	4
Estudios neurovisual y neuropsicológico	4
■ Impacto de los trastornos neurovisuales sobre el aprendizaje	5
Trastornos neurovisuales y lectura	5
Coordinación visomanual	5
Visión y manifestaciones autistas	6
■ Principios terapéuticos, conclusiones y perspectivas	6

■ Introducción

Aparte de las afectaciones de las vías visuales prequiasmáticas (desde el ojo al quiasma óptico), los trastornos visuales pueden ser secundarios a una afectación de las vías visuales retroquiasmáticas (del quiasma a las áreas visuales cerebrales). En tal caso, se habla de trastornos neurovisuales (o afectación visual cerebral)^[1].

Los trastornos neurovisuales corresponden a las alteraciones del campo visual, de la integración o del tratamiento de la información visual y son secundarios a una afectación central de la vía visual, por lo general una lesión occipital. Aunque este tipo de déficit se ha observado sobre todo en adultos, cada vez es mayor el número de los estudios que describen trastornos neurovisuales infantiles^[2, 3].

Por otra parte, estos distintos estudios sugieren que dichos trastornos no son inocuos para el desarrollo infantil, tanto a nivel del desarrollo conductual, como cognitivo o emocional, o incluso a nivel de las adquisiciones escolares^[3]. Después de describir los aspectos semiológicos, etiológicos y neuroanatómicos de los trastornos neurovisuales, se comentarán la repercusión que pueden tener sobre el aprendizaje y las interacciones sociales.

■ Definiciones y semiología

Las vías visuales retroquiasmáticas comienzan en el quiasma óptico y se extienden hasta las áreas parietales y temporales. Desde el quiasma óptico, la información discurre por las cintillas ópticas para alcanzar el cuerpo geniculado lateral (CGL), que es el relevo talámico, y, después, por las radiaciones ópticas para llegar a la corteza visual primaria (o área V1), localizada en la punta del lóbulo occipital. En este circuito, la información visual sólo se ve sometida a un tratamiento simple y conserva una organización retinotópica (la disposición de la información a nivel retiniano se encuentra en el CGL y V1). Por consiguiente, los trastornos observados después de una lesión de estas vías afectan a la visión elemental, por lo que se manifiestan como una ceguera para todo o parte del campo visual (según la localización y la extensión de la lesión). Después de V1, la información visual se ve sometida a un tratamiento cada vez más sofisticado según dos vías distintas desde el punto de vista anatomofuncional: la vía dorsal, u occipitoparietal (encargada de los tratamientos que permiten la localización y la acción sobre el estímulo) y la vía ventral, u occipitotemporal (responsable de los tratamientos que permiten la identificación del estímulo). Como se describirá más adelante (cf infra), una lesión de cada una de estas vías provoca trastornos más complejos, denominados también trastornos de la cognición visual^[4].

Trastornos de la visión elemental secundarios a una lesión retroquiasmática en la infancia

Cuando las cintillas ópticas, el CGL, las radiaciones ópticas o la corteza visual primaria se afectan por una lesión, la manifestación es una ceguera para todo o parte del campo visual (según la

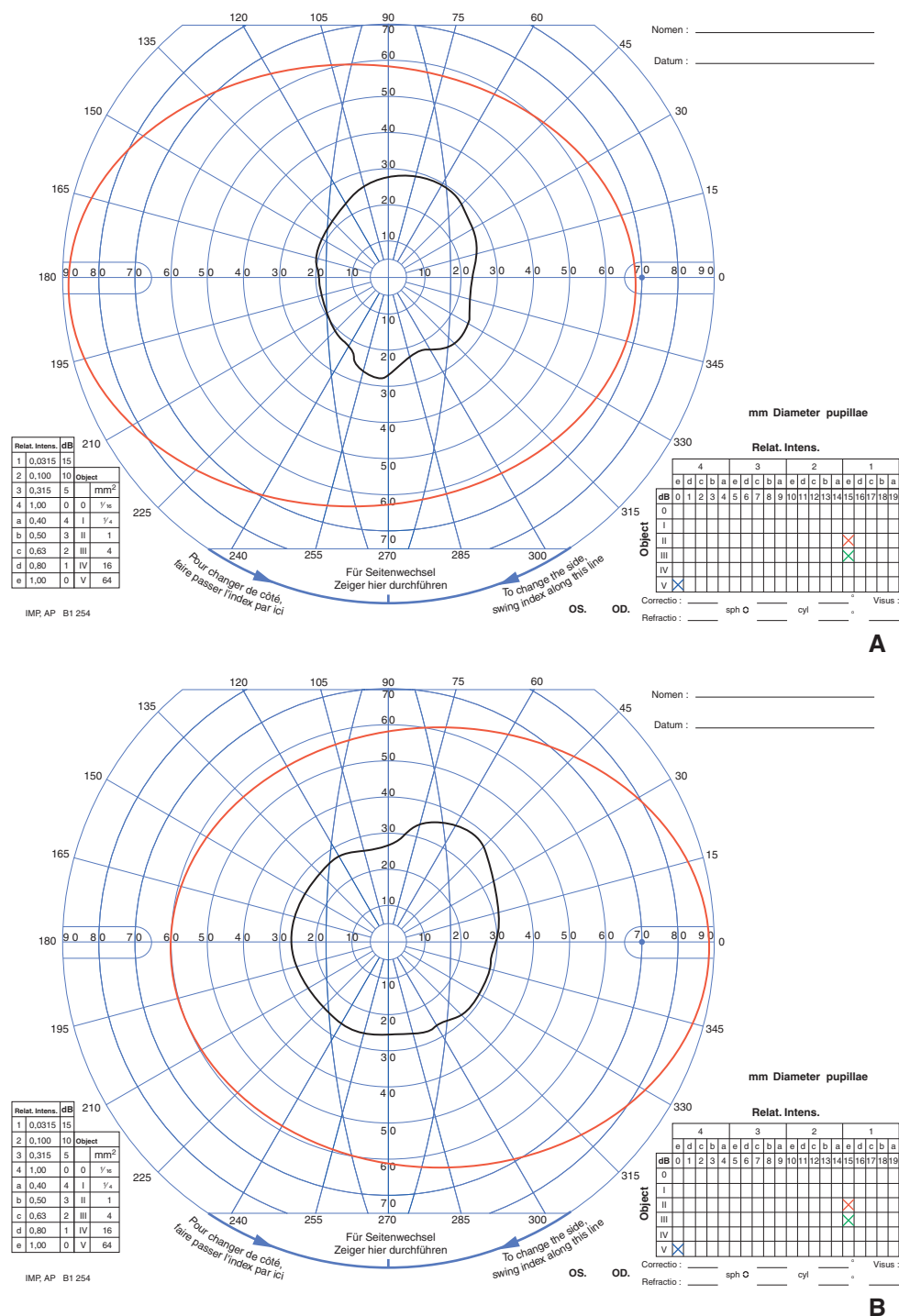


Figura 1. Exploración del campo visual (exploración perimétrica del Goldmann) realizada en una niña pequeña de 8 años, que muestra una visión en túnel después de una anoxia neonatal. En rojo se muestra el campo visual normal (180°) que debería presentar esta niña (A, B).

localización y la extensión de la lesión). De este modo, las amputaciones del campo visual varían desde la ceguera cortical (pérdida de toda sensación visual a pesar de la integridad ocular) al escotoma (pérdida de sensación visual en una pequeña porción del campo visual)^[4]. Entre los trastornos intermedios, se encuentra la visión en túnel (reducción concéntrica del campo visual [Fig. 1]), o su contrario, la visión periférica (pérdida del campo visual central, con conservación del campo visual periférico), la hemianopsia lateral homónima (pérdida del campo visual contralesional) y la cuadrantanopsia (pérdida de un cuadrante visual). Estos distintos trastornos pueden existir como tales en el niño, u observarse de forma sucesiva en un mismo paciente^[5-7].

Las amputaciones del campo visual en la infancia se definen por una pérdida de sensación visual en todo o en una parte del campo visual. Por desgracia, tanto la evaluación clínica como el reconocimiento social de las amputaciones del campo visual se pasan

por alto, mientras que, curiosamente, las afectaciones oculares son objeto de una evaluación y de un tratamiento más precoces. Esta ignorancia de las amputaciones del campo visual de origen central es importante en los niños en quienes, por desgracia, las secuelas de la ceguera cortical neonatal se diagnostican tarde con demasiada frecuencia (a menudo hacia los 10 años de edad), después de años de fracaso escolar o tras un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo (TGD), mientras que muchos estudios muestran que las afectaciones corticales del sistema visual son la primera causa de ceguera en los niños de todo el mundo^[8].

Semiología

A nivel semiológico, en el estadio inicial de una ceguera cortical, existe clásicamente un déficit con pérdida de toda sensación visual consciente, así como pérdida del parpadeo ante la luz y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131860>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131860>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)