

CATARATA CONGÉNITA

La catarata es la opacificación del cristalino, lente fisiológico de nuestro ojo. Las cataratas congénitas son responsables del 5% al 20% de la ceguera en niños en todo el mundo, su incidencia varía de un país a otro. Las cataratas pueden ser unilaterales o bilaterales y pueden variar ampliamente en tamaño, morfología y grado de opacificación desde un pequeño punto blanco hasta la opacificación total del cristalino. En consecuencia, el efecto sobre la visión, el curso del tratamiento y el pronóstico también pueden ser muy variables.

La mayoría de las cataratas congénitas no tienen una causa identificable, en cataratas bilaterales, la mutación genética es probablemente la causa más común, puede deberse a asociaciones sistémicas como la galactosemia, la enfermedad de Wilson, la hipocalcemia y la diabetes o a causa de infecciones intrauterinas, como la rubéola, el herpes simple, la toxoplasmosis, la varicela y la sífilis.

El tamiz neonatal debe realizarse en el primer mes de vida bajo dilatación farmacológica por un oftalmólogo especializado en oftalmología pediátrica o retina pediátrica buscando dirigidamente alteraciones oculares congénitas como catarata, glaucoma, retinopatía del prematuro, microcórnea, megalocórnea, coloboma del iris, aniridia, dehiscencia zonular, entre otros.

En la exploración física el dato característico de una catarata congénita es la pérdida del reflejo rojo, llamado leucocoria, falta de reacción a la luz, el estrabismo, nistagmo, la falta de atención a los juguetes y las caras o un aparente retraso en el desarrollo.

El manejo de una catarata congénita puede ser un desafío y es diferente al de los adultos debido a que los tejidos oculares son anatómicamente más jóvenes, hay un crecimiento ocular continuo y pueden presentarse otras anomalías estructurales asociadas. No todas las cataratas pediátricas requieren cirugía, sin embargo es necesario vigilar la agudeza visual de los pacientes para evitar el riesgo de desarrollar ambliopía u ojo flojo. Si se presenta es posible utilizar la dilatación pupilar farmacológica para aumentar el tamaño de la pupila y permitir que el niño vea a través de una parte transparente del cristalino, o realizar terapia de oclusión del ojo dominante o sin catarata para mejorar el desarrollo visual.

Se recomienda tratamiento quirúrgico cuando la catarata es >3 mm, es central, se acompaña de estrabismo o nistagmo. Las cataratas unilaterales deben operarse lo antes posible entre las 4 y 6 semanas de edad, las cataratas bilaterales debe operarse a las 6-8 semanas de edad mediante la técnica de facoemulsificación de cristalino más implante de lente intraocular.

El curso y pronóstico de las cataratas pediátricas es muy variable y requiere un compromiso continuo tanto del oftalmólogo como de la familia del bebé.

Dra. Itzel Pérez Gudiño

Cirujano Oftalmólogo

Alta Especialidad en Microcirugía del Segmento Anterior del Ojo

CP 7785674 CE 10134414