

Urgencias oftalmológicas en Pediatría de Atención Primaria

D. Puertas Bordallo*, MM. Acebes García**

*Sección de Oftalmología Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid.

**MIR Oftalmología Hospital de la Princesa. Madrid.

La evaluación de la función visual debe formar parte importante de las exploraciones habituales del pediatra.

Las exploraciones del niño a lo largo de su desarrollo son:

Neonatos:

- Reflejo pupilar a la luz.
- Tamaño y transparencia de la córnea.
- Movimientos oculares al giro pasivo de la cabeza.
- Reflejo rojo con el oftalmoscopio para descartar un reflejo blanco (LEUCOCORIA).

Lactantes:

- A las 4-6 semanas de edad, la mayoría de los lactantes seguirán la luz o un objeto grande dentro de unos límites. A los 3 meses fijan la mirada sobre un objeto y los siguen en un margen más amplio. Si un ojo está desviado permanentemente hacia

dentro o hacia fuera, debemos deducir que su agudeza visual es anormal, sin embargo si el niño tiene desviado un ojo pero presenta una visión semejante en ambos ojos, fijará alternativamente un ojo y luego otro. Debemos preguntarnos si el reflejo de una linterna cae en el centro de ambas corneas de igual forma.

Niños:

A la exploración del lactante se debe añadir:

- Pruebas de agudeza visual: A los 2-3 años de edad, la mayoría de los niños tienen suficientemente desarrollada la verbalización como para obtener una agudeza visual subjetiva con tarjetas con dibujos. Se debe evaluar a cada ojo por separado. Un año o dos más tarde la mayoría de los niños serán capaces de identificar la letra E en distintas posiciones.

A los 5-6 años el niño puede leer filas de letras. La agudeza visual debe evaluarse una vez al año.

Estrabismo

Para un correcto desarrollo de la visión binocular en el niño es fundamental la alineación equilibrada de ambos ojos.

Podemos ver durante la exploración del niño que ambos ejes oculares no estén paralelos. La desviación puede mantenerse constante en todas las posiciones de la mirada (estrabismo concomitante); característico de los estrabismos infantiles, que debe ser evaluado por un oftalmólogo si persiste más de 12 semanas. Si la desviación entre los ojos aumenta de ángulo en alguna de las distintas posiciones de la mirada (estrabismo incomitante) debemos descartar patología neurológica urgente (pares craneales III, IV, VI, del tronco encefálico o miopatías).

Para evaluar la presencia de una alteración en la alineación ocular, tenemos varias pruebas:

– **Prueba de Hirschberg:** Se iluminan ambos ojos con una linterna a 33 cm. y se observa el reflejo luminoso en las córneas. Si uno de los ojos está desviado presentará un reflejo hacia la zona temporal (estrabismo convergente o

endotropía) o hacia el lado nasal (estrabismo divergente o exotropía).

– **Cover test:** El niño mira una luz y ocluimos un ojo, colocando delante la mano, el dedo pulgar o una pequeña pantalla y nos fijamos en lo que hace el ojo destapado. Realizamos esta operación con cada uno de los ojos. Si existe una desviación manifiesta entre ambos ojos, uno de los ojos adoptará la posición correcta (ojo fijador) mientras que el otro se desvía. Si ocluimos el ojo fijador el ojo desviado se verá obligado a moverse para fijar el objeto o la luz.

– **Cover uncover test:** Repetimos la misma acción pero ahora nos vamos a fijar en lo que hace el ojo cuando lo destapamos. Si vemos que existe un movimiento de fijación del ojo ocluido podemos sospechar la presencia de un estrabismo latente que se pone de manifiesto cuando rompemos el mecanismo de la fusión (visión simultánea de ambos ojos).

En resumen podemos encontrarnos, al explorar al niño, que presente:

- **Ortoforia:** Los ojos están perfectamente alineados, incluso cuando ocluimos un ojo, éste no se desvía, a pesar de perder el estímulo de visión simultánea.
- **Heterofovia:** Los ojos están alineados cuando miran simultáneamente,

pero al ocluir uno de ellos éste se desvía y al destaparlo recupera su posición normal. Existe una desviación latente.

- **Heterotropía o estrabismo:** El niño presenta una desviación manifiesta de uno o ambos ojos.

Pseudoestrabismos

Hay que considerar un conjunto de procesos que simulan un estrabismo y que se denominan, por ello, pseudoestrabismos.

Los más característicos son:

Epicantus. En los niños, con un puente nasal poco desarrollado, los pliegues cutáneos palpebrales, pueden ocultar parcialmente los ángulos conjuntivales internos y simular un estrabismo convergente.

Hipertelorismo: La excesiva separación de los ojos, como consecuencia de un crecimiento desproporcionado de los huesos faciales o de una deformidad facial, con frecuencia se confunde con un estrabismo divergente.

Diagnóstico diferencial del ojo rojo

El ojo rojo es la manifestación clínica de un amplio grupo de enfermedades, algunas de las cuales pueden afectar de forma definitiva a la visión. Se presenta de forma frecuente por lo que debemos

establecer un diagnóstico diferencial que permita establecer una rápida orientación terapéutica.

Podemos diferenciar dos tipos:

– **Equimosis:** Se debe a una extravasación hemática subconjuntival. Es de color rojo intenso, homogénea, con unos límites claros entre la sangre y la conjuntiva ocular sana. Se diferencia de la hiperemia en que no se identifican vasos. Está causado por traumatismos, conjuntivitis víricas, tos, vómito...

– **Hiperemia:** Se debe a una vasodilatación de los vasos conjuntivales. Incluye la inyección conjuntival y la inyección ciliar.

Existen varios signos que nos sirven a la hora de conocer la etiología del ojo rojo, pero el más útil es diferenciar entre la inyección ciliar y conjuntival, ya que la primera se asocia a procesos banales (conjuntivitis) y la segunda a afecciones graves.

La inyección conjuntival se caracteriza por ser de un color rojo brillante que es mayor en los sacos conjuntivales y tiende a ir disminuyendo hacia el limbo.

La inyección ciliar se caracteriza por una coloración roja oscura, más intensa próxima al limbo, disminuyendo al alejarse hacia la conjuntiva palpebral.

La inyección conjuntival aparece asociada a la conjuntivitis, que es, con mucho la causa más frecuente de ojo rojo. **No se acompaña de dolor intenso ni de pérdida de agudeza visual.**

Las causas más frecuentes de inyección ciliar, en el niño son la queratitis y la iridociclitis. **En general se acompañan de mayor dolor y pérdida de agudeza visual.**

La etiología de las queratitis incluye:

- *Queratitis: dolor, fotofobia y lagrimeo. Presenta una tinción corneal positiva o una córnea de aspecto blanquecino o grisáceo.*
- *Iritis: dolor profundo, fotofobia con miosis o irregularidad pupilar. Es característica una reacción inflamatoria en la cámara anterior del ojo (Tyndall).*

infecciones bacterianas o víricas, traumatismos, cuerpos extraños y quemaduras como más frecuentes.

La importancia de las iritis infantiles se centra en las que son de origen reumatólogo (espondilitis, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis crónicas), debiéndose hacer un estudio exhaustivo de éstas. Recordar que la iritis de la artritis crónica juvenil se manifiesta aún en ojos blancos por lo que lo más importante es un seguimiento oftalmológico reglado, para evaluar el Tyndall.

Quemaduras corneales

Se presentan tras exposición con álcalis (cementos, plásticos...), ácidos, solventes, detergentes e irritantes.

El tratamiento debe ser realizado inmediatamente.

Tratamiento de urgencias:

Irrigación copiosa, preferentemente con solución Ringer lactato, durante al menos 30 minutos (se puede utilizar un sistema de una vía intravenosa, conectada a la solución para facilitar la irrigación). Exponer el fórnix conjuntival para favorecer su irrigación, tirando del párpado inferior y evertiendo el párpado superior. La aplicación de un anestésico tópico puede favorecer todas estas maniobras.

No utilizar soluciones ácidas para neutralizar álcalis y viceversa.

Tratamiento tras la irrigación.

– *Colirio ciclopléjico: 1 gota cada 8-6 horas.*

– *Antibiótico tópico: para evitar una infección (Tobramicina colirio o pomada cada 4-6 horas).*

– *Oclusión compresiva de 24 horas.*

Debe ser remitido al oftalmólogo que deberá eliminar partículas causticas de los fórnix y material necrótico de la conjuntiva que puede contener residuos químicos. También se evaluará la afectación corneal (edema, opacificaciones,

defectos epiteliales) y la presión intraocular (PIO), que puede aumentar como consecuencia de una reacción inflamatoria en la cámara anterior secundaria a la agresión química.

Abrasión corneal

Los síntomas más característicos de un defecto epitelial en la córnea son: dolor intenso que origina un blefaroespasmio, fotofobia, sensación de cuerpo extraño y lagrimeo. El paciente refiere una historia previa de traumatismo en el ojo (con una uña, rama de árbol).

El signo clínico característico es un defecto epitelial que tiñe la córnea de verde bajo una luz azul de cobalto, tras la instilación de fluoresceína.

El tratamiento incluye dilatación pupilar con ciclopléjico, antibióticos tópicos y oclusión compresiva de 24 horas (siempre que exista una situación de alto riesgo de infección como erosión con ramas, plantas o tierra).

Debe descartarse la presencia de un cuerpo extraño evertiendo los párpados, sobretodo si presenta erosiones lineales verticales, producidas por el cuerpo extraño en cada parpadeo.

Cuerpos extraños corneales

Son generalmente metálicos, por lo que originan un anillo de óxido alrede-

dor, que es tóxico para la córnea y debe ser eliminado también.

Clínicamente presentan sensación de cuerpo extraño que aumenta con los movimientos oculares y el parpadeo, dolor, fotofobia y epífora.

El tratamiento de los cuerpos extraños corneales requiere, en los niños, la sedación y su eliminación en quirófano bajo microscopio.

Laceraciones conjuntivales

Las heridas que afectan a la conjuntiva ocular producen dolor, ojo rojo y sensación de cuerpo extraño tras un traumatismo ocular. A la exploración podemos observar una herida que deja ver la esclera blanca subyacente y que tiñe con fluoresceína.

Las laceraciones conjuntivales deben ser exploradas extensamente para descartar la presencia asociada de una ruptura escleral y un cuerpo extraño intraocular.

Las trataremos con pomada antibiótica de Aureomicina (tetraciclina) cada 8 horas durante 4-7 días. Si la laceración es de gran tamaño (1 cm. o más) deben suturarse en quirófano; pero la mayoría curan sin reparación quirúrgica.

Heridas del párpado

Todos los pacientes requieren una ex-

ploración oftalmológica y una profilaxis antitetánica.

Deben repararse en el quirófano los traumatismos palpebrales que incluyan:

- *traumatismos oculares asociados (ruptura del globo ocular).*
- *traumatismos que afectan al aparato de drenaje lacrimal (orificio lagrimal, canaliculos, saco...)*
- *traumatismos que afectan al elevador del párpado superior (frecuentemente existe salida de la grasa orbitaria por la herida)*
- *traumatismos con pérdida extensa de tejido (más de 1/3 del párpado) o una severa distorsión anatómica.*

Las heridas que afectan al borde libre palpebral deben ser suturadas por el oftalmólogo, puesto que deben ser contactados sus bordes por medio de suturas en la línea gris (línea de aspecto grisáceo justo anterior a los orificios de las glándulas de Meibomio) para evitar una epífora crónica.

Traumatismos penetrantes

Ante un traumatismo ocular, existen diferentes signos que nos van a dar la sospecha de que se ha producido una ruptura del globo.

La presencia de una hemorragia subconjuntival de 360 grados; una cámara

anterior de menor profundidad que el ojo contralateral, hipema (sangre en la cámara anterior), limitación a la motilidad ocular, que se acompaña de dolor en la posición de la mirada hacia el lado de la ruptura, la presencia de salida del contenido ocular (hernia del iris por la herida con distorsión de la forma de la pupila que generalmente adquiere una forma de pera), ausencia de tono a la presión digital sobre el globo.

Ante la sospecha de que el globo ocular esté roto, es necesaria una correcta exploración para evitar en cualquier caso una mayor pérdida de su contenido. Debemos explorar abriendo los párpados presionando, hacia arriba o hacia abajo, sobre la órbita para no presionar directamente sobre el ojo.

No utilizar pomadas, ni fluoresceína, ni tratamiento tópico en gotas.

Taparemos el ojo de forma que no presionemos sobre él y con la única intención de protegerlo. Considerar que deberá ser reparado en quirófano por lo que mantendremos al paciente en ayunas, con una cobertura antibiótica oral o intravenosa y vacunación antitetánica al ser remitido al oftalmólogo.

Fracturas en Blow-out

Se producen cuando un objeto más grande que la abertura orbitaria golpea

contra la órbita. El aumento de la presión intraorbitaria se transmite por la estructura ósea, fracturando el suelo de la órbita, el seno maxilar o la pared nasal de la órbita llegando hasta el seno etmoidal.

Las características clínicas que lo definen son:

- dolor y dificultad para la mirada vertical, con diplopía en esta posición; debido al atrapamiento del recto inferior, herniado hacia seno maxilar*
- enfisema subcutáneo en la región orbitaria por la apertura del seno maxilar y etmoidal al tejido subcutáneo. Es característica la ruptura del seno etmoidal y el enfisema subcutáneo del párpado superior al sonarse la nariz*
- hipoestesia en la región malar por afectación del nervio infraorbitario*
- enoftalmos por herniación de los tejidos orbitarios a los senos paranasales*

Debemos pedir una radiografía de senos paranasales en la proyección de Waters, que nos permite visualizar correctamente el suelo orbitario. En caso de que el diagnóstico sea incierto podemos pedir un TAC.

El tratamiento inicial incluye descongestionantes nasales, antibióticos de amplio espectro orales, evitar sonarse la na-

riz y hielo local las primeras 24 horas. La mayoría de las diplopías iniciales remiten a la semana o 15 días; pero el paciente requerirá cirugía en el caso de que esta persista o presente un enoftalmos estéticamente inaceptable o la fractura sea de gravedad por su tamaño.

Conjuntivitis agudas

Las conjuntivitis agudas presentan: secreción ocular, edema palpebral, ojo rojo (debido a la inyección conjuntival) y sensación de cuerpo extraño de menos de 4 semanas de duración. No suelen asociar pérdida visual.

La secreción mucopurulenta (con los párpados pegados por las mañanas) es típico de las conjuntivitis bacterianas. La secreción mucosa es típica de las conjuntivitis alérgicas y la acuosa suele ser de origen vírico.

No ocluir nunca un ojo que presente secreciones puesto que es un caldo de cultivo.

Etiología

Conjuntivitis vírica

Hay una historia reciente de infección respiratoria o posibles contagios. Generalmente empieza en un ojo y a los pocos días comienza en el contralateral.

El signo característico es la presencia de folículos en la conjuntiva tarsal inferior (pequeñas elevaciones blanco-grisáceas, rodeada por vasos, como granos de arroz) y una adenopatía preauricular.

Típicamente estas conjuntivitis empeoran los primeros 4-7 días y no se resuelven hasta pasadas 2-3 semanas. Son muy contagiosas, durante los 10-12 primeros días.

No debemos utilizar tratamiento corticoideo tópico sin supervisión oftalmológica.

El tratamiento incluye los lavados con suero salino, compresas de agua fría y profilaxis antibiótica tópica.

Conjuntivitis bacteriana

Es característica la presencia de legañas muco-purulentas (amarillentas y que pegan las pestañas).

A la exploración encontramos papilas en conjuntiva tarsal (pequeñas elevaciones rojizas o formaciones poligonales que dan un aspecto en empedrado).

El tratamiento incluye antibióticos tópicos cada 2 ó 3 horas durante el día y en pomada por la noche durante 5-7 días o hasta 72 horas después de desaparecer la clínica.

Conjuntivitis alérgica

Es típico que presenten como clínica más molesta un **intenso picor ocular**; se acompaña de lagrimeo, edema de la conjuntiva bulbar (quemosis), hipermia conjuntival e hipertrofia papilar.

El tratamiento consiste en eliminar, si es posible el alérgeno y compresas de agua fría en casos leves. En casos moderados podemos utilizar antihistamínicos tópicos (1-2 gotas cada 12 horas al día) y en los severos se puede asociar un colirio corticoideo suave (fluorometolona) al inicio del tratamiento.

Conjuntivitis neonatales

Secreciones mucosas o mucopurulentas de uno ó ambos ojos en el primer mes de vida.

Es imprescindible el cultivo para llevar a cabo el diagnóstico diferencial.

Conjuntivitis química: Habitualmente aparece a las pocas horas del parto y dura menos de 24 horas. Es ocasionada por el nitrato de plata al 1% (maniobra de Credé) o a los antibióticos que se utilizan como profilaxis ocular en el recién nacido. El tratamiento idóneo es lavar los ojos con suero fisiológico y, si existe un edema conjuntival, se puede agregar unas gotas de un colirio de corticoide.

Conjuntivitis gonocócica: Se consideraba erradicada, pero en los últimos años

se ha observado un incremento en su frecuencia, y en la actualidad, se considera que el 17% de las conjuntivitis agudas del lactante, tienen un origen gonocócico. Comienza entre el 2º-4º día de nacimiento como una conjuntivitis aguda purulenta con importante quemosis. El tratamiento debe realizarse con penicilina G IV 50.000 U/Kg./día distribuida en 2 o 3 dosis, cada 7 días o ceftriaxona (1gr. IM en una dosis única o 1gr IV cada 12-24 horas). Debe explorarse cuidadosamente la presencia de ulceraciones corneales, por su rápida evolución y el riesgo de perforación ocular.

Conjuntivitis bacterianas: Aparecen al 3º-4º día de nacimiento. Los gérmenes más frecuentes son: estafilococo, estreptococo y Haemofilus. Su tratamiento es igual que en otras conjuntivitis bacterianas (tratamiento local con un antimicrobiano). Es conveniente descartar asociaciones como: otitis media, neumonía o meningitis en las conjuntivitis por Haemofilus; que requerirán un tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral.

Conjuntivitis por herpes virus: El agente causal es el virus del herpes tipo 2 (genital). La afección materna es casi siempre asintomática. Presenta las típicas vesículas en el margen palpebral, apareciendo al 4º-5º día de vida. La cór-

nea se afecta en forma de queratitis estromal con infiltrados marginales y en algunos casos se observa una típica úlcera dendrítica. El tratamiento es tópico, utilizando antivíricos tipo Trifluridina al 1/1.000, cada dos horas los tres primeros días; o la Vidarabina o Aciclovir al 3% con la misma pauta de aplicación.

Conjuntivitis de inclusión: Está causada por la chlamydia trachomatis. Tiene un período de incubación de 5 a 14 días y se caracteriza por una conjuntivitis mucopurulenta aguda con aparición de papilas en la conjuntiva tarsal. Su tratamiento incluye eritromicina oral y tópica al 0,5% o Tetraciclina al 1% tópica, en pomada.

Inflamación/infección

Blefaritis

Seborreica: Existe clínicamente un enrojecimiento del borde de los párpados, que presentan una descamación de las pestañas causada por un exceso de la secreción grasa de las glándulas sebáceas.

Su tratamiento consiste en una higiene palpebral, con suero o champú suave y un bastoncillo dos veces al día.

Estafilocócica: Si se sospecha que el origen es estafilocócico (las escamas son amarillentas y dejan lesiones ulcerativas

al ser retiradas) responden al tratamiento antibiótico con gentamicina o eritromicina, en pomadas sobre el borde palpebral.

Orzuelo

Se presentan como una tumoración palpebral muy dolorosa, donde puede verse un punto de pus amarillento centrado por una pestaña. Su tratamiento incluye calor local y antibiótico tópico. Su cronificación (tumoración palpebral, indolora, sin signos inflamatorios) da lugar a lo que se denomina **CHALACIÓN**, cuyo tratamiento más habitual es la extirpación quirúrgica.

Dacriocistitis

La infección aguda del saco lagrimal se caracteriza por dolor y zona de inflamación localizada sobre el párpado inferior y el área periorbitaria nasal.

Es típico que al presionar sobre esta zona, veamos salir pus por el orificio lacrimal inferior e incluso el superior.

El tratamiento debe incluir antibióticos orales y calor seco. Si la zona inflamada fluctúa se debe drenar.

Dacrioadenitis

La infección de la glándula lacrimal afecta fundamentalmente a niños y adolescentes.

Clínicamente presentan una tumoración inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del párpado superior (signo de la S).

Puede acompañarse de adenopatía preauricular y fiebre. Su etiología puede ser bacteriana o vírica. Si se sospecha una infección bacteriana debemos tratar con antibióticos orales (amoxicilina-clavulánico).

Celulitis preseptal

La infección del tejido subcutáneo que rodea la órbita produce un importante edema palpebral y febrícula. Su etiología es múltiple: heridas, cuerpos extraños, extensión a partir de otros focos infecciosos (sinusitis, dacriocistitis, orzuelos, infecciones dentales...). Los gérmenes causantes más frecuentes son estafilococo, estreptococo, neumococo o H. influenza. La celulitis preseptal debida al H. influenza ocurre generalmente en niños menores de 5 años y se caracteriza por la presencia de un importante edema palpebral que puede extenderse a las mejillas y que presenta una coloración púrpura de la zona infectada.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial con la celulitis orbitaria siempre que se acompañe de:

– proptosis

- *restricción a los movimientos oculares*
- *disminución de la sensibilidad de la primera rama del trigémino*
- *dolor a los movimientos oculares*
- *descenso de la visión.*

Se debe hacer una búsqueda del origen infeccioso. En general requieren ingreso, salvo en celulitis preseptales leves en niños mayores de 5 años, en los que se puede pautar un tratamiento antibiótico oral (amoxicilina-clavulánico o cefuroxima-axetil) y llevar un estrecho seguimiento.

Obstrucción congénita del conducto nasolacrimal

La clínica se manifiesta hacia la semana del nacimiento con enrojecimiento conjuntival, secreciones mucopurulentas (legañas abundantes) y lagrimeo creciente, según va apareciendo la lacrimación en el lactante. La causa es la presencia de una membrana en la porción distal del conducto nasolacrimal. Podemos comprobar como al presionar sobre el saco, refluye un material mucoso o mucopurulento por los orificios lacrimales de los párpados. Esta obstrucción puede complicarse con dacriocistitis e incluso celulitis preseptales con el riesgo que conlleva. La obstrucción del conducto nasolacrimal puede estar asociado a otitis y faringitis.

Recordar que debemos descartar otras patologías que asocian lagrimeo: glaucoma congénito, alteraciones corneales, entropion, triquiasis, cuerpo extraño bajo el párpado superior.

El tratamiento inicial consiste en:

- *masajes de arriba hacia abajo, sobre el conducto lagrimal, diez presiones 4 veces al día. Se les dice a los padres que coloquen el dedo sobre el canaliculo común del niño (ángulo interno del ojo) y que apriete despacio hacia abajo varias veces*
- *compresas de agua caliente 2-4 veces al día para mantener limpios los párpados.*

Si hay descarga mucopurulenta significativa, considerar pomada de eritromicina durante una semana.

La edad ideal para llevar a cabo el sondaje de la vía lagrimal está entre los 4 y 6 meses. El porcentaje de éxitos del sondaje de las vías lagrimales disminuye conforme aumenta la edad del lactante, de forma que un sondaje único consigue casi siempre la curación si se efectúa hasta el tercer mes de vida, y sólo en el 25% de los casos, si se efectúa al año de vida.

Otras patologías pediátricas

No nos gustaría dejar de mencionar en este artículo de forma breve, otras

patologías oculares infantiles que pueden no recurrir al servicio de urgencias pero que tienen una gran importancia, por el mal pronóstico visual si no se remiten al oftalmólogo con prontitud.

Catarata congénita

Pese a los avances en el tratamiento de las cataratas congénitas, éstas siguen siendo la causa principal de disminución de visión y ceguera en los niños, y la ambliopía (ojo vago) irreversible, la causa más común de resultados visuales pobres, después de la cirugía de la catarata. En España en un estudio realizado entre los años 1980 y 1995, encuentran cataratas congénitas en 6,31 niños de cada 100.00 nacidos.

Definimos como catarata cualquier opacidad del cristalino, que puede originar un descenso de la agudeza visual. La ambliopía es la causa más frecuente de visión disminuida en las cataratas congénitas e infantiles. Los primeros meses de vida representan el período crítico de desarrollo visual, cuando las áreas visuales del cerebro se están desarrollando rápidamente estimuladas por la impresión de imágenes claras sobre la retina, de tal forma que una imagen deficiente unilateral o bilateral incidiendo sobre la retina durante este período crítico, producirá una ambliopía irreversible. Sabemos que

si un niño con una catarata congénita completa, se opera a los 7 años de edad, no hay recuperación alguna, permaneciendo definitivamente ciego.

Se presenta clínicamente como un reflejo blanco en la pupila (leucocoria) o movimientos oculares anómalos (nistagmus) en uno ó ambos ojos.

El diagnóstico diferencial de la leucocoria es amplio (retinoblastoma, toxoplasmosis, toxocariasis, persistencia primaria de vítreo hiperplásico, retinopatía del prematuro...) pero en cualquier caso grave debe ser siempre remitido al especialista de forma urgente.

Glaucoma congénito

El glaucoma congénito no es una enfermedad común, pero es causa de ceguera infantil si no actuamos a tiempo. Se presenta con una frecuencia de 1:15.000. Es más frecuente en varones (70%).

La edad diagnóstica es anterior a los 24 meses, con inicio de los síntomas entre el nacimiento y los 2 años. Es un proceso caracterizado por un aumento de la presión intraocular, que conlleva lesiones del nervio óptico y de forma secundaria una pérdida visual grave.

El niño presenta en los primeros meses unos síntomas inespecíficos e inconstantes:

- Fotofobia.
- Lagrimeo.
- Blefaroespasmos.

Estos síntomas pueden confundirse con una conjuntivitis o obstrucción de la vía lagrimal.

Suele presentar una importante fotofobia (que lleva al niño a esconder la cabeza de la luz) con lagrimeo. Se produce como consecuencia del aumento de la presión intraocular un alargamiento del

globo ocular y un aumento del diámetro corneal (mayor de 12 mm.), y la córnea que se encuentra edematosa (de aspecto turbio). La turbidez corneal suele ser el signo que lleva al niño al médico. La terapéutica del glaucoma congénito es fundamentalmente de tipo quirúrgico. Para reducir la tensión ocular en el preoperatorio podemos emplear medicación: betabloqueantes tópicos o inhibidores de la anhidrasa carbónica.

Bibliografía:

1. *Are signs and symptoms associated with persistent corneal abrasions in children?*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000. 154(4): 370-4.

2. *Pediatría Extrahospitalaria. Patologías oftalmológicas más frecuentes*. 2ª Ed. Diaz de Santos. 1994. D. Puertas Bordallo.

3. *Loss of visual acuity due to eye injuries among 6292 school children in*

the Sultanate of Oman. Acta Ophthalmol Scand 1999; 77(6): 697-9.

4. *Eye injuries in children: the current picture*. C.J. MacEwen. Br. J. Ophthalmol 1999; 83: 933-936.

5. *Epidemiology of open globe injuries*. Klin Monatsbl Augenheilkd 1999; Nov. 215(5): 287-93.

6. *The evaluation of ocular trauma in children between ages 0-12*. Turk J Pediatr, 41(1). P43-52.

