



Diagnóstico diferencial del ojo rojo: de lo más frecuente a lo más inusual

Oihana Elena González Conde^a, Elena García Alonso^b, Maddalen Olabide Arrondo^a

^aServicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. Donostia. Gipuzkoa. España • ^bCS Pasajes San Pedro. Pasajes. Guipúzcoa. España.

Publicado en Internet:
14-junio-2021

Oihana Elena González Conde:
oihanaelena.gonzalezconde@osakidetza.eus

INTRODUCCIÓN

El ojo rojo es un motivo de consulta frecuente en Pediatría de Atención Primaria. Abarca un amplio número de patologías, de causas múltiples, siendo la conjuntivitis infecciosa la más frecuente. Existen entidades raras pero graves, como la uveítis, tanto por sus implicaciones pronósticas como por su asociación a enfermedades sistémicas. Cursa con hiperemia ciliar, dolor ocular, agudeza visual disminuida y fotofobia. En niños es frecuentemente bilateral, crónica y asintomática, por lo que es importante tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Se presenta un caso ilustrativo.

CASO CLÍNICO

Niña de 9 años, sana y correctamente vacunada, que consulta en su centro de salud por hiperemia ocular bilateral, sin dolor, secreción conjuntival ni visión borrosa, de tres días de evolución. Refiere pico febril aislado de 38,2 °C axilar. Con sospecha inicial de conjuntivitis infecciosa, se instaura tratamiento antibiótico tópico con tobramicina. Reconsulta cuatro días después por persistencia. Se sustituye tobramicina por levocabastina tópica por sospecha de conjuntivitis alérgica, resolviéndose en pocos días. Se realiza prueba cutánea de alergia que constata sensibilización a ácaros del polvo. Durante el mes siguiente presenta episodios intermitentes de hiperemia ocular bilateral, con escasa respuesta al tratamiento antihistamínico tópico y oral. Por ello, se instaura corticoterapia tópica y se solicita valoración por parte de

Oftalmología juntamente con Reumatología, siendo diagnosticada de panuveítis bilateral. Rehistoriando a la paciente, refiere haber presentado talalgia bilateral de forma puntual y destaca como antecedentes familiares un tío paterno afecto de psoriasis y abuela materna con artritis reumatoide. Se inicia tratamiento con dexametasona tópica, azitromicina y trimetoprim-sulfametoxazol y se realiza estudio que incluye serologías y parámetros de autoinmunidad, sin hallazgos significativos. Ante ausencia de respuesta y sospecha de base autoinmune se inicia metotrexato, objetivándose mejoría paulatina de la panuveítis, pendiente de completar estudio en consultas.

COMENTARIOS

Aunque la mayoría de las patologías causantes del ojo rojo en Pediatría son benignas, en el diagnóstico diferencial se incluyen enfermedades graves (tumores, autoinmunes...), por lo que resulta primordial establecer un diagnóstico y tratamiento precoces. Cabe destacar, por lo tanto, que el papel del pediatra de Atención Primaria a este respecto no solo es orientar el caso, sino saber en qué situaciones debe remitir al paciente al especialista.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: González Conde OE, García Alonso E, Olabide Arrondo M. Diagnóstico diferencial del ojo rojo: de lo más frecuente a lo más inusual. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):243.