

Ojo rojo en pediatría

A. Clement Corral*,**, S. Clement Corral**, I. Valls Ferrán*,
M.L. Andrés Domingo*, C. Jiménez Serrano*

*Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid. **Clínica Clement



Resumen

El ojo rojo en el niño es un motivo de consulta frecuente en la práctica general. El diagnóstico de la causa del ojo rojo puede resultar un reto para el pediatra dado que en el diagnóstico diferencial se incluyen un amplio grupo de patologías, algunas potencialmente graves para la visión y más teniendo en cuenta que el ojo del niño está en pleno desarrollo visual. Con una simple anamnesis y exploración básica el pediatra puede orientar el origen de la hiperemia. El pronóstico visual mejora si el pediatra remite al paciente al oftalmólogo en los casos graves, recidivantes o que no responden al tratamiento.

Abstract

The red eye in children is a frequent complaint in general practice. The diagnosis of the cause of red eye can be a challenge for the pediatrician because the differential diagnosis includes a wide range of diseases, some potentially serious vision and given that the child's eye visual function is developing. With a simple basic anamnesis, the pediatrician can guide the origin of hyperemia. The visual prognosis improves if the doctor refers the patient to an ophthalmologist in serious cases, recurrent or nonresponsive.

Palabras clave: Anomalía oculares; Hiperemia; Pediatría; Niño.

Key words: Eye abnormalities; Hiperemia; Pediatrics; Child.

Pediatr Integral 2013; XVII(7): 477-482

Introducción

El término ojo rojo abarca un amplio número de patologías. Aunque la mayoría son benignas, en el diagnóstico diferencial también se incluyen enfermedades dañinas, tanto para la visión (glaucoma de ángulo cerrado) como para la vida (tumores del polo posterior). Por otro lado, el ojo del niño es un órgano en desarrollo, capaz de ambliopizar (de hacerse vago). De ahí que resulte primordial un diagnóstico y tratamiento precoces. El papel del pediatra a este respecto no sólo es orientar el diagnóstico, sino saber en qué situaciones debe remitir al paciente al especialista.

A la hora de orientar el diagnóstico del ojo rojo, resulta clave un conocimiento básico de la anatomía y fisiología del ojo^(1,2).

El aparato de la visión se compone del globo ocular, de un sistema muscular, de las vías visuales y de unos anejos que protegen y sirven de soporte al globo ocular. El globo ocular, a su vez, está compuesto por 3 membranas. La más externa la forman la esclera y la córnea. La esclera hace de soporte al globo ocular y la córnea tiene una función óptica. La córnea se compone a su vez de 5 capas y en condiciones normales es avascular aunque está ricamente inervada por la primera rama del

trigémino por lo que, cuando la córnea se ve afecta, suele asociarse de dolor. Por otro lado, por encima de la córnea está la película lagrimal producida por las glándulas lagrimales (principal localizada en la zona supero-externa de la órbita y accesorias de Wolfring y Kraus a nivel del fórnix) y a la que contribuyen también tanto las glándulas mucinosas como las sebáceas (en particular, las de Meibomio). El sistema excretor de la lágrima incluye los puntos lagrimales, canalículos superior, inferior y común y saco lagrimal que desagua en el meato inferior de las fosas nasales a través del conducto naso-lagrimal. En la excreción de la lágrima participa activamente el

músculo orbicular que recordemos estaba inervado por el VII par. La película lagrimal es fundamental para un correcto funcionamiento corneal ya que no sólo nutre a la córnea en su porción más anterior, sino que también evita que se desequie y limpia la superficie de partículas extrañas.

Además, el globo ocular se compone de una membrana intermedia o úvea compuesta por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. El iris actúa de diafragma a través de la mayor o menor apertura de la pupila por medio de 2 sistemas musculares antagónicos: el esfínter del iris de inervación parasimpática (produce miosis o cierre pupilar) y el dilatador del iris (produce midriasis o dilatación de la pupila). Entre los componentes del cuerpo ciliar se hallan los procesos ciliares encargados de la producción del humor acuoso.

Por último, la membrana interna, que está compuesta de la retina, la estructura sensorial por excelencia del globo ocular.

Por otro lado, el globo ocular está dividido en el segmento anterior, entre la córnea y el cristalino que, a su vez, consta de una cámara anterior (entre la córnea y el iris) y de una cámara posterior (entre el iris y el cristalino/zónula y cuerpo ciliar). El segmento anterior está relleno de humor acuoso que se produce en los procesos ciliares, se vierte a la cámara posterior y luego pasa por la pupila hacia la cámara anterior, donde se drena a nivel del ángulo camerular (entre la córnea y el iris). Este humor no sólo nutre la córnea y el cristalino, sino que mantiene la presión intraocular.

El segmento posterior se sitúa entre el cristalino y la esclerótica y está relleno de humor vítreo que sirve de soporte al cristalino y es otro de los medios ópticos del ojo.

Dentro de los anejos⁽³⁾ o estructuras de sostén del globo ocular se incluye la órbita entre el macizo facial y el cráneo. Debido a su estrecha relación con estas estructuras, la alteración de alguna de ellas puede afectar al contenido de la órbita (nervio óptico, vasos, nervios y músculos extrínsecos) y viceversa.

Los párpados protegen el globo por delante y contienen las glándulas sebáceas de Meibomio. La conjuntiva que recubre los párpados es la conjuntiva

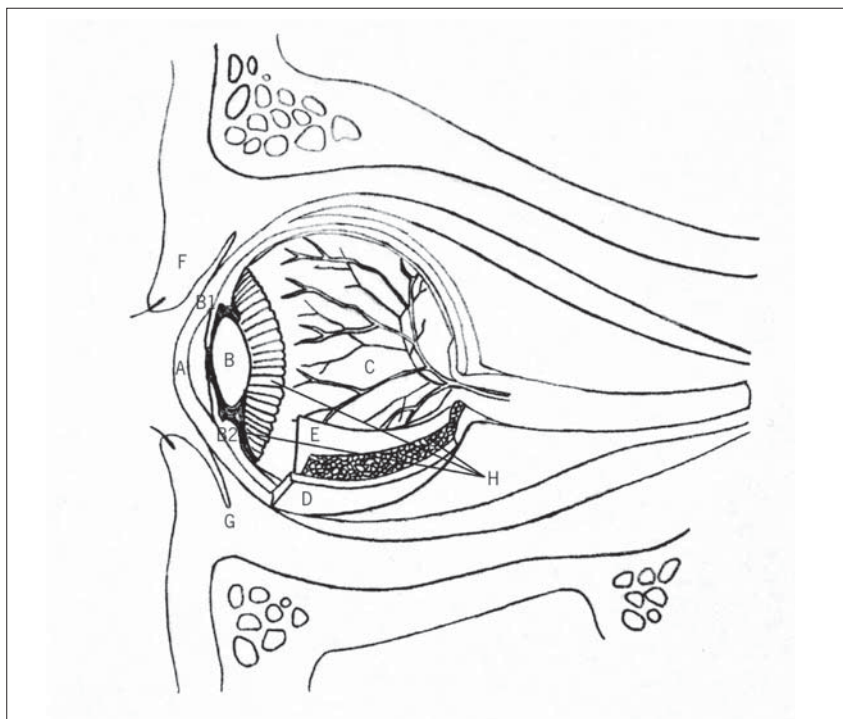


Figura 1. Etiología del ojo rojo pediátrico. A) Córnea. B) Segmento anterior. B1) Ángulo camerular. B2) Procesos ciliares. C) Segmento posterior. D) Esclera. E) Retina. F) Párpados. G) Fórnix. H) Úvea.

palpebral y la que recubre el globo, la bulbar. El fondo de saco palpebral o fórnix está constituido por el plegamiento de la conjuntiva. El borde libre palpebral separa la capa cutánea de la conjuntiva interna. A ese nivel se localizan los puntos lagrimales en el 1/3 interno.

El ojo rojo es una de las patologías más frecuentes en la práctica habitual (1 de cada 3 pacientes) y de etiología muy variada. La identificación de la estructura implicada ayuda al diagnóstico⁽⁴⁾ (Tabla I).

El ojo rojo puede estar causado por infecciones, inflamaciones, traumatismos o tumores que afecten a una u otra zona del ojo.

Dentro de la patología que afecta a la conjuntiva y que produce ojo rojo están las conjuntivitis, que son la causa más frecuente de ojo rojo en la infancia.

Cursan con sensación de cuerpo extraño, sin dolor ni pérdida de agudeza visual, con hiperemia conjuntival y secreción mucopurulenta en las bacterianas, mucosa en las alérgicas y acuosa en las víricas. En las conjuntivitis víricas, además puede aparecer un ganglio preauricular y síntomas de vías respira-

torias altas. En las alergias, hay una alta incidencia de atopia y suele predominar el picor. Según el inicio y duración de las conjuntivitis, se clasificarán en agudas (menos de 2 semanas), hiperagudas (menos de 2 días) o crónicas y, según su duración, se sospechará una u otra causa/agente⁽⁵⁾. Las conjuntivitis agudas suelen ser víricas (por adenovirus lo más frecuente y causa importante de epidemias, por picornavirus o herpes virus), aunque también pueden ser bacterianas (Fig. 2) (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Staphylococcus aureus*), tóxicas, asociadas a blefaritis o alérgicas. Suelen ser autolimitadas en 2-5 días y no se ha demostrado que haya un antibiótico mejor que otro en el caso de las bacterianas, pero sí que acelera la resolución del cuadro, administrado en los 5 primeros días. Puede darse colirio de cloranfenicol, una fluorquinolona (Ciprofloxacino, Oftacilox, Exocin, Ocacin), colirio de neomicina, polimixina B y gramicidina (Oftalmowell), tobramicina (Tobrex, Tobrabact, Ocubrax) 4 veces al día 7 días o azitromicina (Azydrop en monodosis 2 veces al día, 3 días). En el caso de las víricas, el tratamiento es de soporte con la-

Tabla 1. Etiología del ojo rojo pediátrico

Zona afectada	Signos y síntomas	Causas	Tratamiento
Conjuntiva	Sensación de cuerpo extraño, hiperemia conjuntival y secreción	1. Conjuntivitis: <ul style="list-style-type: none"> – Agudas: víricas, bacterianas – Hiperagudas: bacterianas o asociadas a enfermedades sistémicas – Crónicas: alérgicas, blefaroconjuntivitis, tóxicas, por <i>Molluscum</i> 2. Equimosis 3. Malformaciones vasculares 4. Epiescleritis/escleritis 5. Defectos refractivos	1. Conjuntivitis víricas: compresas frías y suero fisiológico 2. Conjuntivitis bacterianas: antibióticos tópicos y sistémicos en las secundarias a <i>N. gonorrhoeae</i> o <i>Chlamydia</i> 3. Conjuntivitis alérgicas: antihistamínicos tópicos y sistémicos, corticoides tópicos y colirio de ciclosporina 4. Blefaroconjuntivitis: pomada de antibiótico y en casos severos antibioterapia oral 5. Conjuntivitis por <i>Molluscum</i> : escisión 6. Epiescleritis: AINEs tópicos
Córnea	Dolor, visión disminuida, inyección ciliar	Queratitis: infecciosa, alérgica, traumática, tóxica, autoinmune, secundaria a enfermedades sistémicas	1. Erosión corneal: pomada antibiótica tópica y oclusión 2. Resto remitir al oftalmólogo
Cámara anterior	Dolor, visión disminuida, fotofobia, inyección mixta, pupila alterada, dureza pétreo	<ul style="list-style-type: none"> – Uveítis – Hipema – Glaucoma por ángulo cerrado 	Remitir al oftalmólogo
Cámara posterior	Dolor, visión disminuida, fotofobia, inyección mixta	Síndromes de Mascarada: retinoblastoma, endoftalmitis	Remitir al oftalmólogo
Anejos	Variable. Signos de gravedad: proptosis, alteración de motilidad ocular intrínseca y extrínseca, pérdida de visión	<ul style="list-style-type: none"> – Celulitis preseptal/ orbitaria – Tumores orbitarios – Dacriocistitis – Traumatismos 	Remitir al oftalmólogo

vados con suero fisiológico y compresas frías. Sólo se administrarán corticoides tópicos si hubiera membranas o pérdida de visión por la queratitis o uveítis; por lo tanto, ha de ser prescrito por el oftalmólogo. Las complicaciones son inusuales y los pacientes pueden asistir al colegio a menos de que se trate de una conjuntivitis epidémica.

En cuanto a las conjuntivitis hiperagudas, si son hiperpurulentas, sospechar *Neisseria gonorrhoeae* o *N. meningitidis*. Se trata de una urgencia médica pues ambos gérmenes producen una queratitis ulcerativa. Si asocia otitis media, descartar *Haemophilus influenzae*. Si asocia malestar general y alteraciones en la piel pensar en los síndromes oculocutáneos (síndrome de Steven Johnson, necrosis epidérmica tóxica o Enfermedad injerto contra huésped). Estas conjuntivitis hiperagudas requieren cultivo, al igual que las crónicas o en las que coexiste fotofobia o pérdida de visión. Suelen necesitar tratamiento sistémico.

Por último, dentro del grupo de las conjuntivitis crónicas, se incluyen las alérgicas (estacional, perenne, vernal



Figura 2. Conjuntivitis bacteriana.

o la conjuntivitis papilar crónica; en la vernal se puede afectar a la córnea). Estas conjuntivitis se tratan con estabilizadores de mastocitos (cromoglicato sódico, lodoxamida o ketotifeno) asociados (olopatadina) o no a antihistamínicos tópicos (levocabastina, emedastina, azelastina) o sistémicos (loratadina), AINEs, corticoides tópicos/sistémicos y colirio de ciclosporina según la gravedad⁽⁶⁾. Dentro de las conjuntivitis crónicas, son frecuentes las blefaroconjuntivitis⁽⁷⁾ por *S. aureus*, que pueden producir una queratopatía y que, por lo tanto, van a requerir de tratamiento tóxico prolongado con medidas higiénicas y azitromicina e, incluso, tratamiento sistémico en los casos más graves. Además, están las conjuntivitis tóxicas (2º al uso de tratamien-

tos tópicos prolongados, por ejemplo), las conjuntivitis por *Chlamydia trachomatis* y por *Molluscum contagiosum*.

Para terminar con las conjuntivitis, mencionar la conjuntivitis del neonato⁽⁸⁾ que aparece en el primer mes de vida, con secreción purulenta, edema palpebral y conjuntival (quemosis). Puede ser química (aparece 1-2 días post parto, Gram sin microorganismos), por *Neisseria gonorrhoeae* [inicio 2-5 días, úlcera corneal, Gram con diplococos gram negativos, puede asociar bacteriemia, meningitis y artritis séptica, requiere antibioterapia sistémica con ceftriaxona i.v. o i.m. en dosis única (25-50 mg/kg)], por *Chlamydia* [(a los 5-14 días, autolimitada pero con afectación corneal posible, diagnóstico por tinción

de Giemsa y por DFA (*direct antibody test*), 40% desarrollan neumonía, tratamiento sistémico con eritromicina a 50 mg/kg/día], por otras bacterias, como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Enterococcus* spp y *Haemophilus* spp (inicio a los 5-14 días, cultivos en chocolate o sangre agar, tratamiento con antibióticos tópicos de amplio espectro hasta resultados de cultivo, normalmente resuelven sin tratamiento) o por Herpes [(5-14 días posteriores, suele ir asociada a enfermedad sistémica (pneumonitis, hepatitis, meningoencefalitis, cultivo de HSV o DFA o PCR virus, tratamiento profiláctico con aciclovir i.v. si madre con infección primaria o activa vaginal o si cultivos positivos)]. También puede darse en pacientes hospitalizados por iatrogenia, en pacientes prematuros o con patología múltiple (por *Staphylococci coagulase* negativa, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* spp). Aunque requieren de cultivo, hasta en un 50% de las conjuntivitis del neonato van a ser negativas. Terminar diciendo que el principal diagnóstico diferencial de la conjuntivitis del neonato es con la obstrucción del conducto lagrimeo-nasal, patología muy frecuente en la infancia (20%), aunque esta suele cursar con ojo blanco y secreción y epifora entre los episodios.

Por último y terminando ya con las causas conjuntivales de ojo rojo, sólo mencionar las hemorragias subconjuntivales traumáticas, por Valsalva o secundarias a una discrasia sanguínea que regresan entre 2 y 3 semanas; el ojo seco iatrogénico o asociado a un síndrome autoinmune, tal como el síndrome de Stevens-Johnson⁽⁹⁾; alteraciones vasculares (ataxia telangiectasia, Sturge-Weber, hemangiomas) o tumorales. Otras causas de hiperemia focal son las epiescleritis/escleritis y el pterigium. Por último, en la conjuntivitis recidivante conviene hacer una refracción por si hubiera una ametropía subyacente. Estas patologías conviene remitirlas al especialista.

En cuanto a la patología corneal que cursa con ojo rojo, hay que sospecharla si se acompaña de dolor, epifora, fotofobia y pérdida de agudeza visual.

Además, suele asociar una hiperemia más intensa alrededor de la córnea (periquerática). Y más aún si presenta

factores de riesgo, como traumatismos previos, enfermedades de la superficie ocular, enfermedades sistémicas (como inmunodeficiencias, déficit de vitamina A, varicela, síndrome de Stevens-Johnson), cirugías oculares previas y lentes de contacto.

El paciente ha de ser remitido al oftalmólogo sin demora, puesto que la afectación corneal en el niño puede desembocar en una ambliopía, por lo que ha de ser diagnosticado y tratado de manera precoz. La excepción a esta premisa es la erosión corneal, que es la causa más frecuente corneal de ojo rojo. Ésta, puede ser diagnosticada por el pediatra, mediante la instilación de fluoresceína y observación con luz Azul Cobalto del defecto epitelial, y tratada con pomada antibiótica de terramicina o eritromicina y oclusión entre 24-36 h. De hallarse erosiones verticales, pensar en un posible cuerpo extraño alojado en el párpado superior.

La etiología de la patología corneal es la misma que la conjuntival: traumática, tóxica/química, infecciosa (bacterianas: *Staphylococcus coagulase*-negativo/*aureus* y *Streptococcus* spp. en niños pequeños, *Pseudomonas* en mayores portadores de lentes de contacto, polimicrobianas; virales: epidémicas, por HVS o HVZ; parasitarias o micóticas: *Fusarium* y *Aspergillus* en traumatismo y *Candida* spp en inmunodeprimidos), alérgica, por ojo seco, autoinmune o secundaria a enfermedad sistémica (ictiosis, disqueratosis intraepitelial...).

Ante una erosión corneal, si no hay clara historia de trauma, pensar en el herpes, que puede dar una imagen similar bajo azul cobalto y que es la causa más frecuente de ceguera por afectación infecciosa corneal. Aunque es menos común que en adultos, aparece como una lesión epitelial dendrítica recurrente con posibilidades de dejar una cicatriz que afectaría a la agudeza visual hasta en un 6% de los casos. Estas queratitis se tratan con pomada oftálmica de ganciclovir o aciclovir 5 veces al día. Se recurre a la profilaxis con aciclovir sistémico en casos de enfermedad bilateral, queratitis recurrentes en atópicos o en inmunodeprimidos y después de una cirugía corneal.

Ante un traumatismo, enviar al oftalmólogo para descartar una perfora-

ción del globo ocular, que es una urgencia quirúrgica, o una contusión grave.

En el caso de una quemadura química, conviene lavar con rapidez y preferiblemente con suero fisiológico y remitir para valoración.

Entre las alteraciones del segmento anterior que cursan con ojo rojo se encontraría la uveítis o inflamación de la úvea.

Esta patología es rara en la infancia pero requiere de un estudio interdisciplinario exhaustivo. Pocas veces cursan con el cuadro típico de uveítis anteriores del adulto: ojo rojo, dolor, pérdida de agudeza visual o miosis. En general, cursan con un ojo blanco y son asintomáticas hasta que surgen las complicaciones, como la catarata, el glaucoma o el edema macular quístico. La causa de hasta el 80% de estas uveítis anteriores pediátricas es la artritis idiopática juvenil⁽¹⁰⁾. Debido a las complicaciones oculares que asocia sin tratamiento, se han establecido unos programas de *screening* para reducirlas en la medida de lo posible. Además de autoinmunes, las uveítis pueden ser de origen traumático, infeccioso o tumoral. Es más, por debajo de 5-6 años, si el niño presenta ojo rojo y uveítis, conviene descartar que se trate de un problema en el segmento posterior, como en las panuveítis (inflamación generalizada del ojo) que pueden ser de etiología inflamatoria (Behçet, sarcoidosis), infecciosa (tuberculosis, toxoplasma, toxocara, Lyme o familia herpes virus, VIH) o tumoral (retinoblastoma, melanoma o leucemia con el mal pronóstico que conlleva)⁽¹¹⁾.

Otra patología que afecta a la cámara anterior es el hifema o sangrado en cámara anterior, que suele ser traumático, aunque raramente es secundario a tumores o coagulopatías. Suelen asociar náuseas y vómitos y puede producir glaucoma a largo plazo. Debe ser tratado por el oftalmólogo.

Por último, mencionar en este apartado el glaucoma por ángulo cerrado (oclusión del ángulo camerular) que cursa con hiperemia mixta o periquerática, edema corneal, dolor, pérdida de visión y presión elevada del globo. Es muy raro en la infancia. Suele ser secundario a una persistencia del vítreo primario⁽¹²⁾ o a un tumor como el retinoblastoma en fase avanzada o a una luxación de lente (como en el Marfan).



Figura 3. Inyección conjuntival.

Finalizaremos con la etiología, comentando la **patología orbitaria**⁽¹³⁾ y de anejos que puede asociar ojo rojo. Entre las causas, se incluyen las **celulitis**, la **dacriocistitis aguda** (inflamación a nivel del saco lagrimal que necesita de antibioterapia sistémica y, a veces, de **dacriocistorrinostomía**) y **rara vez patología tumoral**, como **sarcomas**, **hemangiomas**, **teratomas** o **metástasis**.

Este tipo de patología, en general, requiere de pruebas de imagen y de colaboración interdisciplinar.

Tan sólo, hablar brevemente de las **celulitis preseptales**, aquellas que cursan con inflamación palpebral pero sin alteración ni de la visión, ni de los movimientos perioculares, ni de los reflejos oculares, ni cursan con proptosis. Es más frecuente que la orbitaria y más común en niños menores de 5 años. Normalmente, es secundaria a infecciones palpebrales y cutáneas, del tracto respiratorio superior o a traumatismos palpebrales. En general, se tratan de manera ambulatoria con antibióticos vía oral o i.m., aunque en algunos recién nacidos y aquellos pacientes mayores con **dacriocistitis aguda**, a veces, hay que administrar antibioterapia i.v. De no encontrarse ninguna causa de celulitis, se debe pedir una TAC para descartar sinusitis.

Por último, comentar que, ante un traumatismo palpebral con herida inciso contusa, hay que verificar que no se hayan dañado los conductos lagrimales, puesto que deben ser reparados en las primeras 24-48 h, de lo contrario quedarían lesionados permanentemente, con la consecuente epífora crónica.

Aunque la etiología es extensa, para orientar el diagnóstico basta con simple interrogatorio y exploración de los 3 tipos de enrojecimiento ocular: difuso, localizado o periquerático.

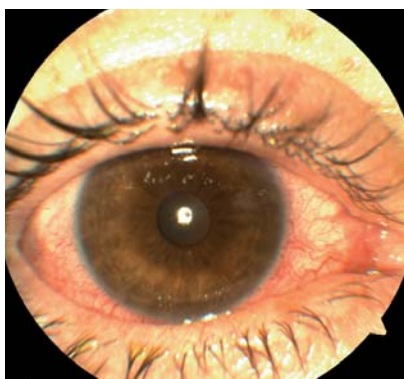


Figura 4. Inyección ciliar.

Se trata de intentar localizar la causa del ojo rojo y ver qué puede ser potencialmente grave y qué, por lo tanto, habrá de ser remitido.

Para ello, en la anamnesis⁽¹⁴⁾ incluiremos el **inicio** y **duración**, si es un proceso agudo (<3 semanas), hipera-gudo (<12 h) o crónico (>3 semanas); la **lateralidad** y los síntomas.

Entre los **síntomas** cabe destacar la aparición de **secreción**, que suele acompañar a las conjuntivitis. Una secreción purulenta, matutina, de aparición aguda orienta hacia un problema de tipo infeccioso (bacteriano/chlamidias); una secreción más acuosa nos hace pensar en una patología viral y, si es mucosa, en una conjuntivitis vernal o alérgica. Entre los síntomas acompañantes, cabe destacar la coexistencia de una infección de vías respiratorias altas en la conjuntivitis por adenovirus y de la atopia e historia de alergia previa en la alérgica o vernal.

Tanto el **dolor moderado-intenso** y la **pérdida de visión** nos van a orientar hacia causas más graves de ojo rojo: **patología corneal**, de **cámara anterior** (uveítis, glaucoma), de **cámara posterior** (endofalmitis: infección generalizada del ojo) u **orbitaria**. Una conjuntivitis en principio no se acompaña de dolor.

Conviene también preguntar por los factores de riesgo, antecedentes médicos, quirúrgicos. Hacer una revisión sistemática. Documentar traumatismos, uso de lentes de contacto y las condiciones sociales del niño. Cerciorarse del **tratamiento recibido**, anterior y presente.

Posteriormente, **examinar** al paciente. Empezaremos por examinar al paciente en su conjunto (fenotipo, piel



Figura 5. Inyección mixta.

y manos por posibles enfermedades sistémicas) y ver si tiene o no adenopatía preauricular (típica de las conjuntivitis víricas o por *Chlamydia*). Posteriormente, haremos una exploración del globo y anejos de fuera a dentro. Conviene examinar los párpados por fuera y después evertirlos por si hubiere un cuerpo extraño. También, hay que buscar en los márgenes palpebrales signos de blefaritis (descamación, collarettes alrededor del folículo), explorar el sistema lagrimal (puntos lagrimales, ver si supura el saco al exprimirlo). Podremos observar si hay secreción y como está la conjuntiva. Definiremos si la hiperemia es reactiva (cuando los vasos están dilatados en respuesta a un insulto como en la conjuntivitis), pasiva (dilatación de los vasos secundaria a estasis venosa o hipercoagulabilidad) o si se trata de una equimosis (sangre subconjuntival). Un signo clave a este nivel que nos va a orientar hacia la gravedad o no del cuadro es el tipo de inyección⁽¹⁵⁾: la **inyección conjuntival** (Fig. 3), que aumenta hacia los fórnices y disminuye hacia el limbo, está asociada a procesos banales; **la ciliar** (Fig. 4), que se debe a una dilatación de los vasos más profundos y es más intensa hacia el limbo se asocia a afecciones más graves (queratitis, iridociclitis, glaucoma agudo) y **la mixta** (Fig. 5), con dilatación de ambos tipos de vasos, también asociada a procesos de mayor gravedad. Exploraremos la córnea, veremos si hay opacidades, si tiñe con la luz azul cobalto tras la instilación de fluoresceína. Con una simple linterna comprobaremos la motilidad ocular extrínseca y la intrínseca y veremos si la pupila es redonda o no lo es.

A veces, dada la colaboración del niño, no es posible más que una exploración somera. Aquí resulta de utilidad la clasificación del paciente⁽¹⁶⁾ en **niño con ojo rojo y legaña** (conjuntivitis); **niño con ojo rojo indoloro** (hiposfagmas, hemangiomas infantiles o anomalías orbitarias venosas pueden aparecer de manera primaria en la conjuntiva); **niño con ojo rojo lloroso** (alteraciones corneales) y **niño con fotofobia o blefarospasmo y ojo rojo** (glaucoma agudo o en afecciones del polo posterior retinoblastoma avanzado o endoftalmitis endógena).

Por último, debemos saber cuándo remitir al paciente al especialista.

El niño será remitido al oftalmólogo en caso de sospecha de causas potencialmente graves, como: queratitis, uveítis, glaucomas agudos, patología orbitaria o del polo posterior. Y siempre en caso de duda diagnóstica o si no hay respuesta al tratamiento en el caso de las conjuntivitis o si la patología es recidivante.

Para concluir, recordar que el ojo rojo es la manifestación clínica de un amplio grupo de enfermedades.

Es muy frecuente en la práctica habitual e incluye tanto patología banal como alteraciones dañinas para la visión y más teniendo en cuenta que el ojo del niño está en pleno desarrollo visual. En caso de duda, en patología potencialmente grave, recidivante o resistente al tratamiento, conviene recurrir al oftalmólogo.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- Gonzalvo FJ, Izaguirre L, Honrubia FM. Embriología, Anatomía y fisiología de la visión. En: Honrubia FM, ed. *Oftalmología General*. Zaragoza: EbroLibro, S.L. p. 11-39.
- Cotallo JL, Clement F. Anatomía y fisiología del globo ocular. Vía óptica. Motilidad ocular. En: Clement F, ed. *Oftalmología*. Madrid: Luzán 5, S.A, de Ediciones; 1994. p. 13-27.
- Cotallo JL, Clement F. Anatomía de los anejos oculares. Filogenia y embriología del aparato visual. En: Clement F, ed. *Oftalmología*. Madrid: Luzán 5, S.A. de Ediciones; 1994. p. 27-40.
- ** Sauer A, Speeg-Schatz C, Bourcier T. L'oeil rouge chez l'enfant. *La Revue du Practicien*. 2003; 58: 353-7.
- Tuft S. External eye disease and the oculo-cutaneous disorders. En: Hoyt CS, Taylor D, eds. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 105-31.
- Clement A. Curso de Oftalmología Pediátrica del "Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, UCL institute of Child Health y Moorfields Eye Hospital NHS Trust". *Acta Estrabológica*. 2012; XLI(2): 273-81.
- Viswalingam M, Rauz S, Morlet N, Dart JKG. Blepharconjunctivitis in children: diagnosis and treatment. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89: 400-3.
- Rutar T. Neonatal conjunctivitis (ophthalmia neonatorum). En: Hoyt CS, Taylor D, eds. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 85-8.
- Alves M, Dias AC, Rocha EM. Dry Eye in Childhood: epidemiological and clinical aspects. *The Ocular Surface*. 2008; 6(1): 44-51.

- Foster CS. Diagnosis and treatment of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2003; 14: 395-8.
- Ben Ezra. Uveitis in children and adolescents. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89: 444-8.
- Clarke MP. Red eye in infancy. En: Hoyt CS, Taylor D, eds. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. Philadelphia: Elsevier; 2005. p. 1015-7.
- Greenberg MF, Pollard JF. The red eye in childhood. *Pediatr Clin N Am*. 2003; 50: 105-24.
- Shapiro MB, Croasdale CR. The Red Eye. En: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, eds. *Cornea*. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 385-92.
- ** Jiménez Parras R, Macías Molinero L. Diagnóstico diferencial del ojo rojo y de la disminución de la Visión. En: Clement F, ed. *Oftalmología*. Madrid: Luzán 5, S.A. de Ediciones; 1994. p. 411-23.
- Elder J. My baby's got red eye, doctor! En: Hoyt CS, Taylor D, eds. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 948-50.

Bibliografía recomendada

- Sauer A, Speeg-Schatz C, Bourcier T. L'oeil rouge chez l'enfant. *La Revue du Practicien*. 2003; 58: 353-7.

Se trata de un resumen práctico sobre la semiología del ojo rojo pediátrico. Presenta unos algoritmos del diagnóstico diferencial de gran utilidad en la práctica general. Establece qué casos hay que remitir al oftalmólogo.

- Jiménez Parras R, Macías Molinero L. Diagnóstico diferencial del ojo rojo y de la disminución de la visión. En: Clement F, ed. *Oftalmología*. Madrid: Luzán 5, S.A. de Ediciones; 1994. p. 411-23.

Define los tipos de hiperemia reactiva, pasiva y equimosis y presenta unos esquemas muy ilustrativos de los tipos de inyección conjuntival, periquerática y mixta. Clasifica de manera muy práctica las patologías según el tipo de hiperemia, de sintomatología y de inyección.

Caso clínico

Paciente varón de 8 años que acude a urgencias con sensación de cuerpo extraño en su ojo derecho y ojo rojo desde hace 2 días. No refiere secreción ni pérdida de visión, pero sí un cuadro respiratorio de vías altas de varios días de evolución. Sin antecedentes personales de interés. Su compañero de clase tuvo ambos ojos rojos hace una semana. A

la exploración, presenta edema palpebral del ojo derecho, una hiperemia conjuntival y una secreción más bien acuosa. Al evertir el párpado se observan petequias y membranas a nivel de la conjuntiva palpebral. Además, a nivel preauricular ipsilateral se palpa una adenopatía. El ojo izquierdo, en principio no presenta alteraciones.