

Patología palpebral y de la vía lagrimal en la edad pediátrica

C. Cañete Campos*, M. Molina Pérez**

*Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial de Zamora.

**Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca



Resumen

Las alteraciones palpebrales abarcan un gran número de enfermedades de sus tejidos, del borde libre y de la dinámica palpebral. Las lesiones inflamatorias e infecciosas son motivo de consulta frecuente y habitualmente no exigen derivación. Las alteraciones congénitas del borde libre son la distiquiasis, tricomegalia y poliosis. El nevus melanocítico congénito es infrecuente y raramente maligno. Los trastornos vasculares principales son el hemangioma capilar y la mancha “en vino de Oporto”. Existen asociaciones entre múltiples hemangiomas cutáneos y hemangiomas viscerales. Las lesiones de la órbita pueden producir deformación palpebral. Destacamos el quiste dermoide, el hemangioma capilar profundo, el linfangioma y los tumores. El quiste dermoide es característico de la región temporal-superior y el linfangioma del cuadrante nasal-superior. La proptosis aguda asociada a equimosis sugiere origen neoplásico. La ptosis congénita simple que ocluye el eje visual requiere intervención precoz para prevenir ambliopías. Las malformaciones benignas: epiblefaron y epicantho, se derivarán cuando exista sospecha de alteración de la superficie ocular o estrabismo. La obstrucción del conducto nasolagrimal es la patología de la vía lagrimal más frecuente en el recién nacido y el masaje puede resolverlo en la mayoría de los casos. Si la resolución espontánea no se ha dado sobre los 9-12 meses, se debe derivar.

Abstract

eyelid abnormalities include a great number of diseases of the palpebral tissues, the free border and the palpebral dynamics. Inflammatory and infectious lesions are a frequent reason for consultation and usually do not require referral. Congenital alterations of the free border are distichiasis, trichomegaly and poliosis. Congenital melanocytic nevus is infrequent and rarely malignant. The main vascular disorders are capillary hemangioma and port-wine stain. Associations exist between multiple cutaneous hemangiomas and visceral hemangiomas. Lesions of the orbit can produce palpebral deformity. We highlight the dermoid cyst, deep capillary hemangioma, lymphangioma and tumors. Dermoid cyst is characteristic of the superior temporal region and lymphangioma of the superior nasal quadrant. Acute proptosis associated with ecchymosis suggests neoplastic origin. Simple congenital ptosis occluding the visual axis requires early intervention to prevent amblyopia. Benign malformations: epiblepharon and epicanthus, will be referred when there is suspicion of ocular surface alteration or strabismus. Nasolacrimal duct obstruction is the most frequent lacrimal duct pathology in the newborn and massage can resolve it in most cases. If spontaneous resolution has not occurred by 9-12 months, referral should be made.

Palabras clave: Pediatría; Enfermedades de los párpados; Neoplasias orbitales; Blefaroptosis; Obstrucción del conducto lagrimal.

Key words: Pediatrics; Eyelid diseases; Orbital neoplasms; Blepharoptosis; Lacrimal duct obstruction.

OBJETIVOS

- Exponer la patología palpebral y de la vía lagrimal más frecuente en la edad pediátrica.
- Indicar los principios básicos de diagnóstico y tratamiento de la patología palpebral y del aparato lagrimal en la infancia.
- Establecer los signos y síntomas clave que faciliten el diagnóstico precoz y el seguimiento adecuado de pacientes pediátricos con patología palpebral y de la vía lagrimal.
- Facilitar la colaboración entre especialidades involucradas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes pediátricos con patología palpebral y de la vía lagrimal.

Introducción

Los párpados son estructuras complejas que se pueden dividir en las siguientes capas anatómicas, de exterior a interior: piel y tejido subcutáneo, músculos protractores, septum orbitario, grasa orbitaria, músculos retractores, tarso y conjuntiva. Los músculos protractores son aquellos que cierran los párpados. El principal músculo protractor es el músculo orbicular de los ojos. Los músculos retractores son los que abren los ojos; los retractores del párpado superior son el músculo elevador y el músculo de Müller, y los retractores del párpado inferior incluyen la fascia capsulopalpebral y el músculo tarsal inferior.

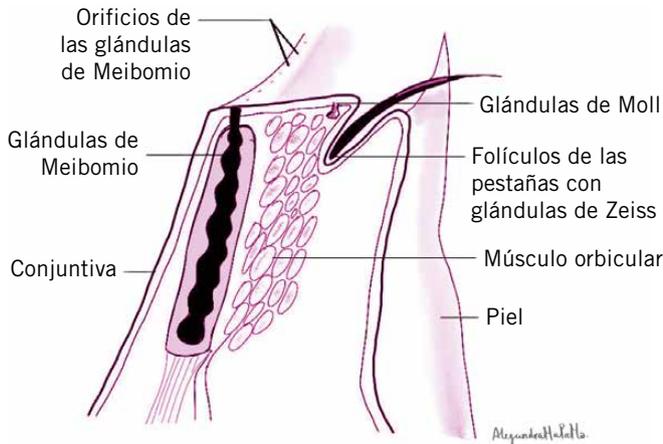


Figura 1. Anatomía del margen palpebral (ilustración de Alejandra María Parra-Morales).

El margen palpebral o borde libre del párpado es la confluencia entre la superficie mucosa de la conjuntiva ocular y la superficie epitelial de la piel. Recorriendo este margen se encuentran, fundamentalmente: las pestañas, las estructuras glandulares (glándulas de Meibomio, Moll y Zeiss) y el músculo orbicular de los ojos (Fig. 1). Los párpados permiten el cierre de la órbita en su porción más anterior. Las órbitas son las cavidades óseas que contienen los globos

oculares, los músculos extraoculares, la grasa y el paquete vasculonervioso. Las órbitas están rodeadas por múltiples estructuras, entre ellas el sistema de drenaje lagrimal⁽¹⁾ (Tabla I).

Patología palpebral

Alteraciones congénitas del borde libre

Las alteraciones congénitas del borde libre son la distiquiasis, tricomelia y poliosis. Son alteraciones poco frecuentes y solo precisan tratamiento si producen lesiones en la superficie ocular.

La **distiquiasis congénita** es una alteración infrecuente, que se caracteriza por la presencia de una segunda fila de pestañas a partir de los orificios de las glándulas de Meibomio. Pueden ser asintomáticas hasta los 5 años, pero si rozan el segmento anterior del ojo producen síntomas de ojo rojo. El tratamiento puede ir desde la depilación y la electrolisis, hasta la cirugía. Hemos de diferenciar la distiquiasis de la triquiasis. La triquiasis es la desviación de las pestañas de folículos de anatomía normal, que aparece normalmente en la edad adulta. La **tricomelia** es un crecimiento excesivo de las pestañas y se puede dar en el contexto de síndromes congénitos, como el de Oliver-

McFarlane, Cornelia de Lange, Goldstein-Hutt o de Hermansky-Pudlak. La **poliosis** se define como el blanqueamiento prematuro del pelo de pestañas y cejas, y en la edad pediátrica puede aparecer asociado a: vitiligo, síndrome de Waardenburg, síndrome de Marfan o esclerosis tuberosa (Tabla II)⁽¹⁾.

Trastornos pigmentados

El nevus melanocítico congénito es infrecuente y no precisa tratamiento. La transformación maligna no es habitual.

Los **nevus melanocíticos congénitos** son poco frecuentes. Generalmente son pequeños y de color uniforme; aunque, en ocasiones, pueden cubrir una zona grande. Las lesiones grandes pueden experimentar una transformación maligna hasta en el 15 % de los casos. Si es necesario, el tratamiento se basa en la resección quirúrgica. Existe una variante, denominada "nevus en beso", cuando la lesión afecta a los párpados superior e inferior.

Trastornos infecciosos

El molusco contagioso es una infección viral cuyas lesiones en la mayoría de los casos desaparecen por sí solas sin tratamiento. La pediculosis palpebral exige la eliminación mecánica de los piojos con pinzas.

En este punto, solo abordaremos las patologías infecciosas palpebrales crónicas. Nos centraremos en dos entidades poco frecuentes, pero características de la infancia. En primer lugar, el **molusco contagioso** es una infección viral cutánea causada por un poxvirus, que se transmite por contacto y autoinoculación. Se presenta como un nódulo único o múltiple pálido, céreo y, generalmente, umbilicado. El diagnóstico suele ser clínico, pero su confirmación definitiva se realiza histopatológicamente, donde aparecen los característicos cuerpos de inclusión

Tabla I. Lesiones palpebrales más frecuentes en la infancia

Alteraciones congénitas del borde libre

- Distiquiasis congénita
- Tricomelia
- Poliosis

Lesiones pigmentarias

- Nevus melanocítico congénito

Trastornos infecciosos

- Molusco contagioso
- Pediculosis palpebral

Trastornos inflamatorios

- Chalazión
- Dermatitis atópica

Trastornos vasculares

- Hemangioma capilar superficial
- Mancha "en vino de Oporto"

Lesiones orbitarias

- Neurofibroma plexiforme
- Quiste dermoide y epidermoide
- Hemangioma capilar profundo y linfangioma

Trastornos de la dinámica palpebral

- Ptosis congénita simple

Malformaciones congénitas palpebrales

- Epibléfaron
- Epicanto
- Telecanto
- Coloboma

Tabla II. Resumen de causas congénitas de alteraciones de las pestañas en la edad pediátrica

Causas de tricomelia

- Síndrome de Oliver-McFarlane
- Síndrome de Cornelia de Lange
- Síndrome de Goldstein-Hutt
- Síndrome de Hermansky-Pudlak

Causas de poliosis

- Vitiligo
- Síndrome de Waardenburg
- Síndrome de Marfan
- Esclerosis tuberosa

de Henderson-Patterson. En la mayoría de los casos, las lesiones desaparecen por sí solas sin necesidad de tratamiento. En caso de lesiones persistentes o múltiples, se derivará a Oftalmología para valorar opciones quirúrgicas que incluyen: resección por rasurado, cauterización, crioterapia o láser⁽²⁾. En segundo lugar, la **pediculosis palpebral** es una infestación de las pestañas por piojos, produciendo irritación crónica y picor de párpados. La eliminación mecánica de los parásitos con una pinza fina es la primera opción de tratamiento; pero, en ocasiones, puede ser necesario el uso de vaselina u otros ungüentos oftalmológicos que facilitan el desprendimiento y la extracción de los piojos⁽³⁾.

Trastornos inflamatorios

El chalazión es una lesión inflamatoria estéril, por lo que la base del tratamiento es el manejo no antibiótico. En la mayoría de los casos, se produce una resolución espontánea de la lesión. La dermatitis atópica palpebral en la infancia se puede asociar a conjuntivitis vernal, que precisa tratamiento oftalmológico tópico.

El **chalazión** es una lesión inflamatoria granulomatosa crónica y estéril, causada por una secreción sebácea retenida en las glándulas de Meibomio (Fig. 2). Puede presentarse a cualquier edad y se presenta como un nódulo indoloro gradualmente creciente. En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente. La base del tratamiento es el manejo no antibiótico de la lesión. Se aplicarán compresas templadas (durante 5-10 minutos, 3 o 4 veces al día) y toallitas específicas de higiene palpebral o champú neutro (1 vez al día), y el uso razonable de pomadas con corticoides. Las lesiones persistentes pueden requerir derivación a Oftalmología para inyección de corticoides o resección quirúrgica.

La **dermatitis atópica** es una enfermedad inflamatoria y crónica muy frecuente, que produce engrosamiento y aparición de costras y fisuras en los párpados y que se puede asociar a blefaritis estafilocócica. El tratamiento se realiza con emolientes hidratantes y con el uso prudente de corticoides tópicos, inhibidores tópicos de la calcineurina, inhibidores tópicos de PDE4 (fosfodiesterasa 4) y, en casos más severos, se pueden usar inmunosupresores sistémicos orales como el dupilumab. Se asocia



Figura 2. Chalazión en tercio medio de párpado inferior (fotografía de Mireia Molina Pérez).

de forma frecuente con la conjuntivitis vernal en los niños, que es una inflamación de la conjuntiva que se caracteriza por la presencia de papilas hipertróficas en la conjuntiva tarsal superior, dando una apariencia característica “en empedrado” y por la presencia de nódulos blanquecinos en la unión esclero-corneal. El tratamiento con colirios de corticoides tópicos en periodos cortos suele ser suficiente⁽⁴⁾.

Trastornos vasculares

El hemangioma capilar superficial se caracteriza por presentar un color rojo brillante y blanquear con la presión. En cambio, la mancha “en vino de Oporto” no blanquea con la presión. Múltiples hemangiomas capilares cutáneos se asocian a hemangiomas viscerales. La mancha “en vino de Oporto” se asocia a glaucoma.

Entre las lesiones vasculares, destacamos por su frecuencia en la infancia, el **hemangioma capilar superficial** o “**nevus en fresa**”. Se presenta poco después del nacimiento, la lesión es de color rojo brillante y blanquea con la presión. El TAC puede ser necesario para comprobar la afectación profunda y descartar lesiones orbitarias. Es importante conocer que existen asociaciones entre múltiples hemangiomas capilares cutáneos y los hemangiomas viscerales.

Existen varias modalidades terapéuticas: láser, inyección de corticoides sistémicos o intralesionales, B-bloqueantes sistémicos y resección local.

La **mancha “en vino de Oporto”** es una lesión subcutánea infrecuente formada por vasos ectásicos de calibres diferentes que aparece en la cara, incluyendo los párpados. A diferencia del hemangioma capilar, no blanquea con la presión.

La mancha “en vino de Oporto” está asociada al glaucoma, por lo que es recomendable la derivación a Oftalmología para la detección precoz.

Lesiones orbitarias que producen deformación palpebral

Las lesiones de la órbita pueden producir deformación palpebral. Destacamos: quiste dermoide, hemangioma capilar profundo, linfangioma y tumores. El quiste dermoide es característico de la región temporal-superior y el linfangioma del cuadrante nasal-superior. La proptosis aguda asociada a equimosis sugiere origen neoplásico.

El **linfangioma** es una malformación vascular benigna que aparece en la primera infancia. La lesión puede presentarse en forma de masas blandas azuladas en el cuadrante nasal superior palpebral, o bien, como proptosis lentamente progresiva si son posteriores. Cuando ocurre una hemorragia intralesional se denomina “quiste de chocolate”. El tratamiento implica la extirpación quirúrgica.

El **quiste dermoide** orbitario es un tumor benigno de origen embrionario, producido por el desplazamiento del ectodermo a una localización subcutánea. Aparecen con una incidencia de aproximadamente 1 cada 650 recién nacidos vivos. Aunque pueden darse en cualquier parte del cuerpo, más del 80 % se localiza en la región periorcular superotemporal, correspondiendo con la línea de sutura frontocigomática. Se suelen diagnosticar alrededor del año de vida. Solo los quistes dermoides superficiales localizados por delante del tabique orbitario desplazan el párpado (ptosis, deformidad estética y proptosis). Se presenta en lactantes, como un nódulo indoloro, móvil y localizado, en la mayor parte de los casos en la región temporal superior de la órbita. Los quistes dermoides profundos producen protrusión gradual del ojo en la adolescencia o edad adulta. Las pruebas de imagen no son imprescindibles, pero se recomiendan especialmente cuando la localización es distinta a la superotemporal. Ante la sospecha de un quiste debe derivarse a Oftalmología; ya que, aunque las alteraciones de la función visual son raras, se recomienda una exploración oftalmológica completa para descartar defectos de refracción y ambliopías. El seguimiento

de las lesiones pequeñas puede ser conservador. Sin embargo, se puede producir la rotura del quiste con un traumatismo, provocando una intensa reacción inflamatoria granulomatosa, por lo que en la mayoría de las lesiones está indicada la resección quirúrgica íntegra. Son raras las recurrencias⁽⁵⁾.

Otro quiste palpebral similar es el **quiste epidermoide**, que es poco frecuente y generalmente congénito, que se localiza medialmente en las líneas de cierre embrionario.

El **neurofibroma plexiforme** es un tumor nervioso que se observa casi exclusivamente en pacientes con neurofibromatosis tipo 1. Suele presentarse en la primera infancia como una tumefacción periorbitaria indolora y unilateral, que causa una ptosis mecánica y una deformidad característica en forma de "S". Aunque el neurofibroma plexiforme es común en la cabeza y el cuello, el neurofibroma plexiforme orbitario es raro y se confunde fácilmente con otros tumores orbitarios. No hay consenso con respecto a la estrategia terapéutica. El tratamiento actual sigue siendo en gran parte quirúrgico, pero presenta una alta tasa de recurrencia después de la extirpación parcial. En la actualidad, la terapia molecular dirigida, aún se encuentra en etapa de investigación clínica, pero los fármacos indicados para inhibir las moléculas efectoras de la vía de la señal RAS (mesilato de imatinib, el interferón pegilado α -2b y, el inhibidor de MEK, Mirdametinib) parecen tener cierta eficacia clínica⁽⁶⁾.

Las proptosis de comienzo repentino, a veces, bilaterales, que pueden asociarse con equimosis y edema palpebral, pueden ser debidas a lesiones tumorales. Hemos de sospechar en primer lugar un **rabdomiosarcoma orbitario** o metástasis de **neuroblastoma**, **sarcoma mielóide** o **histiocitosis de células de Langerhans**⁽¹⁾.

Alteraciones de la dinámica palpebral

La ptosis es una posición caída del párpado superior que abarca un amplio rango de manifestaciones con relación a la oclusión o no del eje visual, lo que determina si la actitud en el tratamiento debe ser expectante o indicar cirugía precoz.

La ptosis se refiere a la posición anormalmente baja de uno o ambos párpados superiores, probablemente por un fallo de la migración o desarrollo neuronal que provoca una ptosis de origen miógeno por mala función del músculo elevador del párpado. Provoca un estrechamiento de la hendidura palpebral. La ptosis congénita está presente al nacer o en el primer año de vida, suele ser bilateral, aunque asimétrica. El grado de severidad lo determina el nivel de oclusión del eje visual. Rara vez, se presentan casos hereditarios⁽¹⁾.

Signos y síntomas

- Ausencia del pliegue palpebral superior y mala función elevadora.
- En la mirada hacia abajo, el párpado ptótico está ligeramente más elevado que el párpado sano y, a menudo, los niños adoptan una posición de elevación compensatoria del mentón para poder ver.
- Alteraciones del desarrollo y la función visuales: defectos de refracción (siendo la miopía el más frecuente), ambliopía y estrabismo están presentes en un porcentaje mucho mayor en pacientes con ptosis congénita que en la población general⁽⁷⁾.

Diagnóstico diferencial

- **Miastenia *gravis***: tan solo el 15 % de los casos de miastenia *gravis* se diagnostican en menores de 16 años. Las determinaciones de anticuerpos antirreceptor de la acetilcolina y las pruebas clínicas de piridostigmina y la prueba del hielo son fundamentales para su diagnóstico⁽⁸⁾.
- **Sincinesia palpebromandibular de Marcus Gunn**: consiste en una retracción del párpado conjugada con los músculos encargados de masticar, abrir la boca o sorber (parpadeo mandibular). De etiología desconocida, se sospecha que es una rama mandibular del V par craneal que se desvía hacia el párpado.
- **Síndrome de Horner**: parálisis oculosimpática. A la ptosis leve se añaden otros síntomas como: anisocoria con miosis ipsilateral, heterocromía del iris y anhidrosis.
- **Síndrome de blefarofimosis**: trastorno congénito raro con ptosis moderada o grave, telecanto, epican-

canto inverso, ectropión lateral de los párpados y puente nasal poco desarrollado⁽¹⁾.

Tratamiento

El diagnóstico y tratamiento precoz pueden prevenir la aparición de problemas funcionales como la ambliopía y el estrabismo; sin embargo, se aconseja demorar la cirugía hasta la etapa preescolar, cuando las mediciones son más precisas. Existen distintas técnicas quirúrgicas dependiendo del grado de función del músculo elevador: con una buena función del elevador (mayor de 4 mm) se realiza avance de la aponeurosis del elevador; con una función media (3-4 mm) se recomienda añadir resección del músculo elevador; y con una mala función (por debajo de 3 mm) se aconseja suspensión del párpado al músculo frontal^(9,10).

Malformaciones congénitas palpebrales

Las malformaciones congénitas palpebrales pueden ser asintomáticas y de resolución espontánea, como el epibléfaron y el epicantero. Otras como el telecanto y el coloboma necesitan descartar asociaciones con síndromes sistémicos.

- **Epibléfaron**: es un pliegue redundante de piel pretarsal y del músculo orbicular del párpado inferior que provoca la rotación vertical de las pestañas haciendo que estas rocen con el globo ocular, sobre todo en la parte medial del párpado y en la mirada inferior. Se diferencia del entropión congénito (malformación mucho más infrecuente) en que en



Figura 3. Epibléfaron (fotografía de Cristina Cañete Campos).



Figura 4.
Epicanto
(fotografía de Mireia Molina Pérez).

el epibléfaron, el borde palpebral está en posición correcta respecto al globo, siendo solo las pestañas las que están rotadas. Muy habitual en personas de raza oriental. En los afectados que son de raza blanca suele ser asintomático y no requerir tratamiento, pues se resuelve espontáneamente con el crecimiento. Si existe queratitis leve, se recomienda uso de gotas lubricantes (Fig. 3)⁽¹¹⁾.

- **Epicanto:** una de las malformaciones palpebrales más habituales. Son pliegues cutáneos verticales, los más habituales se extienden desde el párpado superior al inferior y discurren por el canto medial dando lugar a un pseudostrabismo, con apariencia de endotropía. Son más habituales en raza asiática y en algunos síndromes como Down, Turner o blefarofimosis. A medida que crecen las estructuras óseas de la cara, los pliegues van disminuyendo y la apariencia de pseudostrabismo disminuye también. Es importante hacer una exploración de motilidad ocular para descartar un auténtico estrabismo enmascarado. Rara vez necesitan tratamiento, que sería una plastia quirúrgica (Fig. 4)^(1,12).
- **Telecanto:** anomalía infrecuente en la que unos tendones cantales mediales anormalmente largos provocan un aumento de distancia entre los cantos internos. En ocasiones, asociada a blefarofimosis y otros síndromes sistémicos. Hay que hacer diagnóstico diferencial con el hipertelorismo, que es mucho más frecuente y que consiste en una separación ósea entre las órbitas.
- **Coloboma:** malformación infrecuente que consiste en la ausencia total o parcial del espesor del párpado uni o bilateralmente, bien por alteraciones en la migración del ectodermo o por fuerzas mecánicas como bandas amnióticas. En ocasio-

nes, asociado a colobomas de otras estructuras oculares y a anomalías sistémicas, como el síndrome de Goldenhar o el síndrome de Treacher Collins⁽⁴⁾.

Patología de la vía lagrimal

La obstrucción del conducto nasolagrimal es la patología de la vía lagrimal más frecuente en el recién nacido. Un manejo conservador precoz con la realización de un buen masaje puede resolverlo en la mayoría de los casos, sin necesidad de tener que recurrir a técnicas invasivas.

Anatomía del aparato lagrimal

Existen dos puntos lagrimales, el superior y el inferior, que se yuxtaponen cuando hay oclusión palpebral. Se continúan con dos canaliculos lagrimales con un primer trayecto vertical y luego horizontal de 7 a 10 mm de longitud, uniéndose y formando un canaliculo común que desemboca en el saco lagrimal a través de la válvula de Rosenmüller. El saco es un conducto cilíndrico que se abre al conducto nasolagrimal

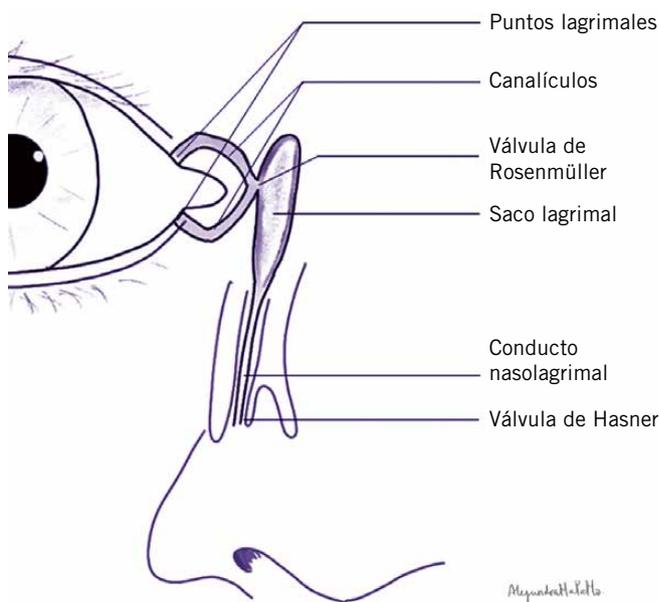


Figura 5.
Anatomía del sistema de drenaje lagrimal (ilustración de Alejandra María Parra-Morales).

extendiéndose hasta el meato inferior de las fosas nasales. El orificio inferior está limitado por su cara interna por un pliegue mucoso llamado válvula de Hasner o plica *lagrimalis* (Fig. 5). El proceso de permeabilización comienza simultáneamente en todo el aparato lagrimal, completándose hacia el cuarto mes de vida de gestación. La porción más inferior del conducto nasolagrimal, donde el epitelio de este se une con la mucosa nasal, es el sitio más frecuente de canalización incompleta, provocando al niño un lagrimeo constante o epífora^(10,13).

Exploración del niño con epífora

- Inspeccionar los márgenes palpebrales, observando la permeabilidad de los puntos lagrimales.
- Comprobar si existe reflujo por los puntos lagrimales, presionando sobre el saco lagrimal.
- Test de desaparición de fluoresceína. Es un test sencillo e indoloro que no necesita instrumental. Con el niño sentado y con la cabeza en posición vertical, se aplica una gota de fluoresceína al 2 % en el fondo de saco inferior y tras 5 minutos exploramos con luz azul cobalto la película lagrimal. Cualquier rastro de fluoresceína tras pasado este tiempo (sin frotar los ojos o haber limpiado la película lagrimal) indica una obstrucción de la vía lagrimal. Para conocer la localización de la obstrucción es necesario otras técnicas más invasivas, como el sondaje o la irrigación⁽¹³⁾.

Obstrucción congénita del conducto nasolagrimal

Es la causa más frecuente de la epífora del recién nacido. El 30 % de los recién nacidos a término presentan una válvula de Hasner imperforada al nacimiento. La respiración, el llanto o la succión que crean presiones negativas dentro de la nariz provocan la ruptura de esa membrana, aproximadamente a las 6 semanas en la mayoría de los casos, persistiendo la obstrucción entre un 6-10 % de los recién nacidos. La clínica no aparecerá hasta la primera o segunda semana tras el nacimiento, porque antes la secreción de lágrimas es mínima. Los síntomas típicos son la epífora o lagrimeo, la secreción mucosa y la dermatitis secundaria. Si existe sobreinfección de las secreciones, aparecen las conjuntivitis e incluso la celulitis preseptal y dacriocistitis. Otros signos son el aumento del menisco lagrimal o la regurgitación de secreciones a la presión sobre el saco lagrimal. El diagnóstico es principalmente clínico, en casos seleccionados puede necesitarse una dacriocistografía. En el diagnóstico diferencial hay que tener especial consideración con el glaucoma congénito, que también puede aparecer en las primeras semanas de vida con la tríada clásica de epífora, fotofobia y blefaroespasma, y que compromete seriamente el desarrollo visual si no es detectado a tiempo (Tabla III).

- El tratamiento inicial es conservador y consiste en la realización de masaje sobre el recorrido de la vía lagrimal. La idea es aumentar la presión hidrostática dentro del conducto nasolagrimal para que se rompa la membrana que obstruye a nivel de la válvula de Hasner. Es importante enseñar a los padres a realizar un buen masaje. El masaje comienza poniendo el dedo sobre el canto interno presionando con firmeza y deslizando el dedo hacia abajo, repitiendo 10 veces por sesión 3 o 4 veces al día. Si existe sobreinfección se recomiendan antibióticos tópicos como: eritromicina, acitromicina, tobramicina y gentamicina.
- El tratamiento quirúrgico si fracasa el conservador, se recomienda reali-

Tabla III. Diagnóstico diferencial de la obstrucción congénita del conducto nasolagrimal

Otras afectaciones de la vía lagrimal	<ul style="list-style-type: none"> – Agenesia de puntos lagrimales – Atresia de canaliculos – Fístula lagrimal – Dacriocistocele
Alteraciones palpebrales y de pestañas	<ul style="list-style-type: none"> – Epibléfaron – Entropión congénito – Triquiasis – Distiquiasis
Alteraciones sobre el globo ocular	<ul style="list-style-type: none"> – Glaucoma congénito – Úlceras corneales – Cuerpos extraños – Conjuntivitis – Uveítis

zar entre los 9 y 12 meses de edad, pues en muchos casos la obstrucción se resuelve espontáneamente. Si existen dacriocistitis de repetición se puede adelantar a los 6 meses de edad.

- *Sondaje de la vía lagrimal:* bajo anestesia general se usa un dilataador del punto lagrimal romo, para posteriormente introducir una sonda metálica de Bowman, se dirige vertical por el punto lagrimal para después girar 90° horizontal hacia el canto interno, llegando al saco lagrimal donde se notará un tope óseo, en esa posición se retrocede ligeramente y se vuelve a girar 90° hacia abajo en dirección a la nariz, notando en muchas ocasiones cómo se perfora la membrana que obstruye la válvula de Hasner. Se prefiere el sondaje por el punto lagrimal superior por ser menos traumático. Se comprueba la permeabilización de la vía, irrigando por el punto lagrimal suero y observando si aparece por las fosas nasales.



Figura 6. Dacriocistitis aguda (fotografía de Mireia Molina Pérez).

- *Intubación con silicona:* cuando fracasa el sondaje, se puede volver a repetir, pero si aun así persiste la obstrucción, se recomienda intubación con tubo de silicona, bien monocanalicular inferior (más sencillo) o bicanalicular. La retirada del tubo se puede realizar a partir de los 3 meses, pero se suele recomendar, al menos, 6 meses.
- *Otras técnicas:* dacrioplastia con catéter con balón y dacriocistorrinostomía endoscópica o externa⁽¹³⁾.

Dacriocistitis

Las dacriocistitis en edad pediátrica se manifiesta especialmente en el contexto de obstrucción del conducto nasolagrimal. Suelen responder bien a tratamiento antibiótico y, rara vez, cronican.

- **Agudas:** se observa generalmente en niños en los que no se ha solucionado una obstrucción congénita del conducto nasolagrimal (Fig. 6). Consisten en una inflamación dolorosa difusa entre el lado lateral de la nariz y el canto medial que puede hacer colecciones de pus. Entre las bacterias aisladas más frecuentes hay predominio de Gram positivos, sobre todo *Streptococcus pneumoniae*, y entre los Gram negativos el *Haemophilus* sp. El tratamiento empírico con antibioterapia sistémica se basa en el uso de la amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de segunda o tercera generación durante 10 días; si no hay mejoría, considerar cefalosporina de tercera generación intravenosa, más clindamicina o vancomicina si se sospecha estafilococo resistente a meticilina.
- **Crónicas:** raras en niños, causadas por estenosis de la vía, secundario a trauma facial con fractura del conducto óseo del conducto nasolagrimal o por rinosporoidosis en áreas endémicas. Consiste en una inflamación difusa e indolora bajo el tendón cantal medial y reflujo de pus canalicular a la presión sobre el saco.

Otras anomalías de la vía lagrimal

Los quistes de la vía lagrimal conforman un grupo heterogéneo de casos que deben ser valorados por el potencial compromiso de la vía respiratoria.

- **Dacriocistocele congénito:** cuando a la obstrucción a nivel de la válvula de Hanser se añade otra obstrucción funcional a nivel de la válvula de Rosenmüller, se produce una dilatación del saco lagrimal que se manifiesta como una masa azulada inferior al tendón cantal medial. Una complicación potencialmente peligrosa ocurre cuando existe un gran componente intranasal del quiste que puede llegar a comprometer la función respiratoria, por lo que se aconseja endoscopia endonasal rutinaria a todos los dacriocistoceles.
- **Amniotocele:** es un tipo concreto e infrecuente de dacriocistocele, en la que el líquido amniótico y el fluido conjuntival queda atrapado en el saco lagrimal.
- **Fístula lagrimal:** es un conducto que comunica alguna porción de la vía lagrimal con la piel. Suelen tener un patrón autosómico dominante. Puede estar o no asociado a obstrucción del conducto nasolagrimal^(10,13).

Función del pediatra de Atención Primaria

Conocer y saber evaluar las alteraciones palpebrales y de la vía lagrimal que pueden comprometer el normal desarrollo de la agudeza visual.

- Las lesiones inflamatorias e infecciosas son el motivo de consulta más frecuente en la patología oftalmológica pediátrica y, habitualmente, no exigen derivación a Oftalmología. La base del tratamiento del chalazión es el manejo no antibiótico y suelen ser autolimitados.
- El nevus melanocítico congénito es poco frecuente y, raramente, maligno.
- Es importante conocer que existen asociaciones entre múltiples hemangiomas capilares cutáneos y los hemangiomas viscerales.
- Las lesiones localizadas en la órbita pueden producir deformación palpe-

bral y son, fundamentalmente: quiste dermoide, hemangioma capilar profundo, linfangioma y lesiones tumorales. El quiste dermoide se localiza, característicamente, en la región temporal-superior, mientras que el linfangioma aparece en el cuadrante nasal-superior. Las proptosis agudas asociadas a equimosis sugieren una lesión grave de origen neoplásico.

- **Ptosis congénita:** es importante saber distinguir una ptosis congénita leve, cuyo mayor problema es estético, de una ptosis que ocluye el eje visual y requiere de una intervención precoz para prevenir ambliopías.
- **Malformaciones congénitas palpebrales:**
 - El epibléfaron y el epicanto son malformaciones benignas que pueden manejarse desde Atención Primaria. Cuando exista sospecha de alteración de la superficie ocular o de un estrabismo real, hay que derivar al especialista en Oftalmología.
 - El telecanto y el coloboma requieren descartar síndromes sistémicos.
- **Patología de la vía lagrimal:** la obstrucción del conducto nasolagrimal:
 - El pediatra debe conocer la forma correcta de realizar el masaje (siempre en dirección vertical y hacia abajo) para poder educar a los padres.
 - Si la resolución espontánea no se ha dado en torno a los 9-12 meses, se debe derivar a Oftalmología.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio de las autoras.

- 1.*** Kanski JJ, Bowling B. Kanski, Oftalmología clínica: un enfoque sistemático. Elsevier España. 2016.
2. Rosner M, Zloto O. Periocular molluscum contagiosum: six different clinical presentations. Acta ophthalmologica. 2018; 96: e600-e605.
3. Anane S, Malek I, Kamoun R, Chtourou O. Phthiriasis palpebrarum: diagnosis and treatment. J Fr Ophthalmol. 2013; 36: 815-9. DOI: 10.1016/j.jfo.2013.03.018.

4. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I [corrección aparece publicada en J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019; 33: 1436]. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32: 657-82. DOI: 10.1111/jdv.14891.
5. Bajric J, Griepentrog GJ, Mohny BG. Pediatric periocular dermoid cysts: incidence, clinical characteristics, and surgical outcomes. Ophthalmic epidemiology. 2019; 26: 117-20.
6. Peng M, Zhang Y, Zhou Q. A case report of a 4-year-old girl with neurofibromatosis type 1. Cancer Treat Res Commun. 2022; 32: 100582. DOI: 10.1016/j.ctarc.2022.100582.
7. Wang Y, Xu Y, Liu X, Lou L, Ye J. Amblyopia, strabismus and refractive errors in congenital ptosis: a systematic review and meta-analysis. Scientific reports. 2018; 8: 1-9.
8. Bothun ED, Mansukhani SA, Hodge DO, Diehl NN, Mohny BG. Incidence and clinical features of pediatric myasthenia gravis. Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (JAAPOS). 2018; 22: e33.
9. Nerad J. Cirugía oculoplástica: los requisitos en oftalmología; 2002. p. 162-3.
- 10.*** Lawand T. Patología congénita de la vía lagrimal y patología palpebral. Pediatr Integral. 2013; XVII: 463-76.
11. Gold DH, Lewis RA. Oftalmología de bolsillo. Marbán. 2006.
12. Macías Franco S, Rozas Reyes P. Patología congénita ocular. Pediatr Integral. 2018; 12: 6-15.
- 13.*** Abalo-Lojo JM, González F, España C. La vía lagrimal en el niño. Actualización en Otorrinolaringología pediátrica; 2017. p. 97-106.

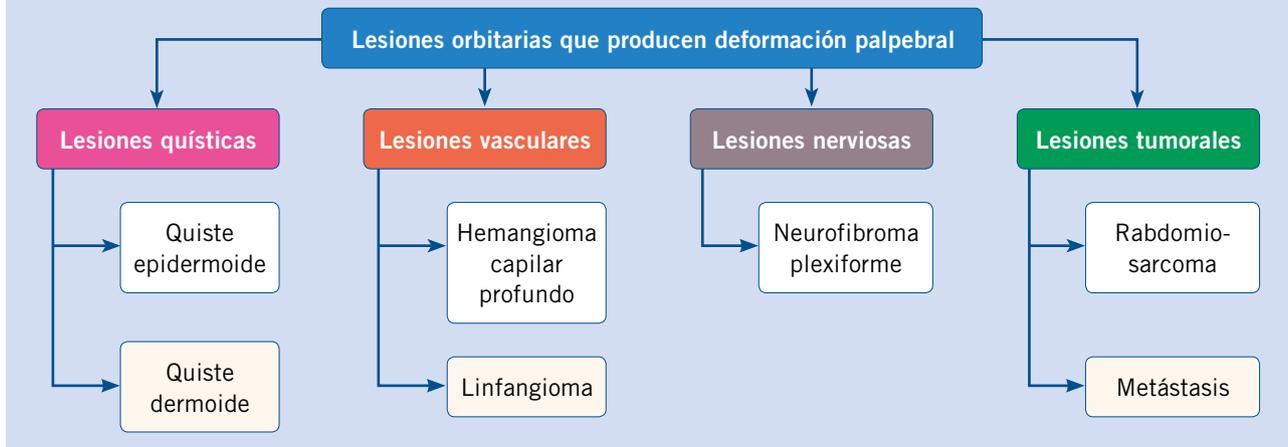
Bibliografía recomendada

- Kanski JJ, Bowling B. Kanski, Oftalmología clínica: un enfoque sistemático. Elsevier España. 2016.
Texto clásico de la especialidad, perfecto para que los residentes adquieran los fundamentos de la Oftalmología y los médicos experimentados cuenten con un valioso recurso de consulta.
- Lawand T. Patología congénita de la vía lagrimal y patología palpebral. Pediatr Integral. 2013; XVII: 463-76.
Revisión completa y detallada de toda la patología palpebral y vía lagrimal.
- Abalo-Lojo JM, González F, España C. La vía lagrimal en el niño. Actualización en Otorrinolaringología pediátrica; 2017. p. 97-106.
Actualización de la patología de la vía lagrimal más frecuente en la infancia, con un enfoque multidisciplinar.

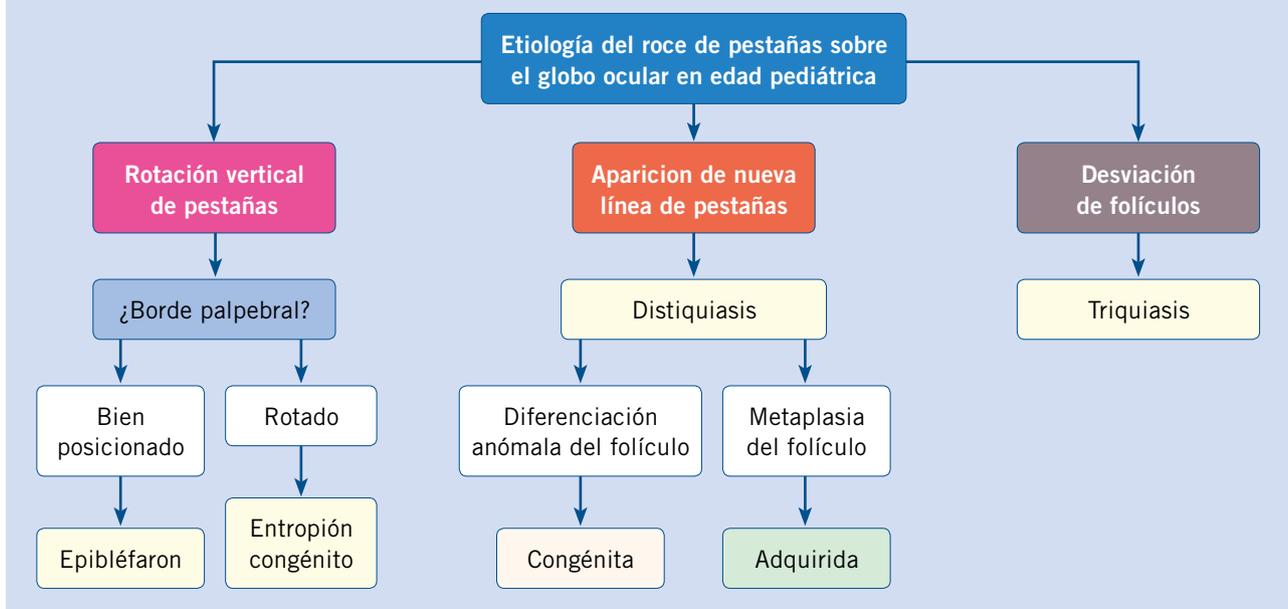
Caso clínico

Lactante de 7 meses de edad que presenta conjuntivitis de repetición en ojo derecho desde el mes de vida, que responde bien al tratamiento tópico con antibióticos. Los padres comentan que siempre está lagrimeando de ese ojo y la piel periorcular ha desarrollado una dermatitis por estar siempre húmeda. Los síntomas son especialmente intensos en el contexto de infecciones respiratorias del tracto superior.

Algoritmo 1



Algoritmo 2



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatricaintegral.es. Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



Questionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Patología palpebral y de la vía lagrimal en la edad pediátrica

41. En la ptosis congénita simple, señale la respuesta CORRECTA:
- Existe una hiperfunción del músculo elevador del párpado.
 - Uno de sus signos característicos es la aparición de un doble pliegue palpebral.
 - Los niños adoptan una posición compensatoria con mentón elevado para poder ver.
 - Se manifiesta bilateral y simétricamente.
 - Todas son correctas.
42. Lactante de 14 meses que presenta una tumoración lisa, redondeada e indolora en el ángulo superotemporal de la órbita izquierda que induce una leve ptosis del párpado. Masa no fluctuante ni pulsátil y que no se modifica con el llanto ni con la presión, ¿qué diagnóstico parece el MÁS PROBABLE?
- Quiste dermoide.
 - Dacriocistocele.
 - Hemangioma capilar.
 - Entropión congénito.
 - Obstrucción del conducto nasolagrimal.
43. ¿Cuál es el mejor MANEJO ante un chalazión de 1,5 cm en el tercio externo de párpado inferior de 2 meses de evolución en un niño de 7 años?
- Derivar a Oftalmología para extirpación quirúrgica.
 - Aplicar pomada de tobramicina cada 8 horas durante 7 días.
 - Realizar masajes e higiene palpebral y aplicar calor local varias veces al día.
 - Aplicar colirio de ciprofloxacino cada 4 horas durante 7 días.
 - Aplicar pomada de dexametasona cada 8 horas durante, al menos, 1 mes.
44. ¿Qué malformación congénita de los párpados puede SIMULAR un estrabismo convergente?
- Epicanto.
 - Epibléfaron.
 - Coloboma.
 - Quiste dermoide.
 - Telecanto.
45. En relación con las lesiones vasculares palpebrales, ¿qué lesión BLANQUEA con la presión?
- Mancha "en vino de Oporto".
 - Nevus melanocítico congénito.
 - Hemangioma capilar superficial.
 - Hemangioma plano.
 - Mancha en hoja de fresno.
- Caso clínico**
46. ¿Qué patología NO entraría dentro del diagnóstico diferencial de la epífora o lagrimeo?
- Glaucoma congénito.
 - Retinopatía del prematuro.
 - Obstrucción del conducto nasolagrimal.
 - Epibléfaron.
 - Distiquiasis.
47. ¿Qué TRATAMIENTO conservador recomendaría en este caso?
- Masaje en círculos sobre el saco lagrimal.
 - Irrigaciones de antibióticos por la vía lagrimal.
 - Sondaje con balón.
 - Masaje vertical en dirección inferior.
 - Todas son verdaderas.
48. ¿Cuál es la LOCALIZACIÓN más frecuente de la obstrucción de la vía lagrimal congénita?
- Saco lagrimal.
 - Válvula de Hasner.
 - Válvula de Rosenmüller.
 - Punto lagrimal.
 - Canalículo común.



Questionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web:

www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".