

Abordaje inicial del ojo rojo en el niño.

Alicia Fernández *

Resumen

El ojo rojo es un motivo de consulta frecuente en el paciente pediátrico. El color traduce una dilatación de los vasos conjuntivales y habitualmente es secundario a una conjuntivitis de etiología benigna. Sin embargo en algunos casos es una manifestación de una enfermedad más grave, de la conjuntiva, del párpado, la órbita, cornea, esclera, epiesclera o úvea. En su etiología están las causas infecciosas, inflamatorias, alérgicas, traumáticas, autoinmunes e incluso tumorales. Es importante tener en cuenta que aunque puede ser la señal de alerta de gran variedad de enfermedades oculares, deben conocerse los síntomas y signos que acompañan al “ojo rojo” con el objetivo de hacer un diagnóstico adecuado, oportuno e indicar el tratamiento correcto, pensando siempre en no alterar el desarrollo visual del niño, en quienes el examen físico no es siempre fácil de realizar. El objetivo de este artículo es considerar los elementos de la historia clínica y el examen ocular que los pediatras o los médicos de familia podemos realizar, para orientarnos a la causa determinante. La consulta con el oftalmólogo estaría indicada, cuando quedan dudas, existen signos de alerta, el niño es portador de una patología crónica o no hay respuesta al tratamiento inicial.

Palabras claves: ojo rojo, niño, etiología

Abstract

The red eye is a motive of frequent consultation in the paediatric patient. The color is because of a dilatation of the conjunctival blood vessels and habitually it is secondary to conjunctivitis of benign etiology. Nevertheless, in some cases it is a manifestation of a more serious disease, of the conjunctive, of the eyelid, of the orbit, of the cornea, of the esclera, of the epiesclera or of the uvea. In his etiology there are infectious, inflammatory, allergic, traumatic, autoimmune and even tumor reasons. It is important have in mind that, it can be the sign of alert of great variety of ocular diseases, know the symptoms and signs that they accompany on the” red eye “to do a suitable, opportune diagnosis and to indicate the correct treatment, thinking always not altering the visual development of the child, in whom the physical examination is not always easy to realize. The aim of this article is to consider the elements of the clinical history and the ocular examination that the pediatricians or the

family doctors can do, to orientate ourselves to the determinant etiology. The consultation with the ophthalmologist would be indicated, when there are doubts or signs of alert and if the child is a carrier of a chronic pathology or there is no response to the initial treatment.

Key words: red eye, child, etiology

Fecha de recibido: 10 de enero de 2013.

Fecha de aceptado: 15 de febrero de 2013

Correspondencia. Alicia Fernández | amfernandez@um.edu.uy

1. Introducción.

El ojo rojo es un motivo de consulta frecuente en el paciente pediátrico, que puede ser algo banal o la traducción de una patología grave^{1,2}. Traduce la vasodilatación de los vasos sanguíneos oculares, por tanto es un signo y no una enfermedad en sí misma³. La superficie del ojo está expuesta directamente al medio ambiente y a numerosos agentes nocivos⁴. Posee mecanismos defensivos como son: las lágrimas, el epitelio mucoso conjuntival, el tejido linfoide conjuntival y el epitelio estratificado corneal, cada uno de ellos con funciones que le son propias cuyo objetivo es mantener la transparencia de la córnea y proteger al ojo de la agresión externa. Las primeras con función de limpieza y antimicrobiana; la mucina que recubre el epitelio mucoso protege al ojo de la adhesión e invasión de patógenos, así como el tejido linfoide que tiene una función defensiva, al igual que el epitelio estratificado pese a ser avascular, por la descamación del mismo³.

La conjuntiva es la primera barrera defensiva del ojo al poseer IgA, lisozima y abundante tejido linfoide que existe en el estroma conjuntival y por ello la hiperemia conjuntival da el color rojo al ojo⁵. De acuerdo a lo referido por Guerrero Soler³, la localización de la vasodilatación a este nivel permite hablar de:

- Inyección conjuntival, cuando la hiperemia es de los vasos superficiales de la conjuntiva, orientando a la patología de la conjuntiva y de párpados. La utilización de un colirio vasoconstrictor, mejora la misma.
- Inyección ciliar o periquerática, cuando la hiperemia es de los vasos episclerales y conjuntivales profundos, que forman un anillo rodeando la córnea. Traduce patología de esta y de la úvea. La utilización de un colirio vasoconstrictor, no mejora la misma.
- Inyección mixta, es la combinación de las formas anteriores. Puede vincularse con glaucoma.
- Hiposfagma (equimosis o hemorragia subconjuntival),

cuando la colección de sangre es de aparición brusca e indolora, secundaria a la rotura de un vaso conjuntival.

El edema también puede estar presente, a nivel de los párpados, la córnea y también la conjuntiva. A nivel de los primeros puede ser indoloro y difuso o doloroso y localizado. Si compromete la córnea provoca afectación de la visión y cuando se presenta en la conjuntiva recibe el nombre de quémosis⁵.

Las secreciones, serán diferentes de acuerdo a la etiología del proceso. Las mucopurulentas, son amarillas, pegajosas, adherentes a la pestañas dificultando la apertura ocular sobre todo al despertar y se ven en las infecciones fundamentalmente bacterianas inespecíficas. En el caso de las gonocócicas suelen ser de aspecto "cremoso" y muy

*Pediatra. Coordinadora General del Centro de Ciencias Biomédicas Universidad de Montevideo. Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

abundante. Las acuosas, que son secreciones líquidas que se manifiestan como lagrimeo importante, acompañado a veces por secreciones pero no pegajoso se ven en las etiologías virales y alérgicas. Finalmente, las secreciones mucosas, que son blanquecinas, filamentosas (como moco), pero no pegajosas, se ven en las etiologías alérgicas⁵. En los casos en que se produce condensación proteica de las secreciones se pueden formar membranas y pseudomembrana, que se depositan en el epitelio tarsal (parte del párpado donde están las pestañas), diferenciándose una de otra porque en el caso de las primeras cuando se retira se produce sangrado de la conjuntiva a la que está adherida.

El dolor, es variable en su intensidad y depende del umbral del paciente en una escala que va de leve o casi inexistente, pasando por una sensación de cuerpo extraño a muy intenso como se ve en las lesiones corneales⁵.

2. Causas de ojo rojo

Conjuntivitis aguda, definida como la inflamación de la conjuntiva es la causa más frecuente. En su etiología pueden encontrarse agentes virales, bacterianos, parasitarios, químicos o tóxicos. Las manifestaciones clínicas son fundamentalmente prurito, ardor y secreciones que varían de acuerdo al agente causal. Puede acompañarse de sensación de cuerpo extraño, foto-

fobia, dolor e incluso disminución de la visión⁵.

Cuando la etiología es bacteriana, las secreciones son mucopurulentas, los párpados están pegados al despertar, se inicia por un ojo y a las 48 horas se compromete el otro. Los patógenos bacterianos más comúnmente implicados son *Estafilococo áureus* en sus dos formas (meticilino sensible y meticilino resistente), *Estafilococo epidermidis*, *Streptococo pneumoniae*, *Haemophilus influenza* (poco frecuente en los países donde se ha implementado la inmunización como el nuestro) y *Haemophilus sp.* En estos casos se sugiere, previa limpieza de cada ojo individualmente con algodón y suero de fuera hacia adentro para retirar las secreciones, la colocación local de colirios que contienen antibióticos durante por lo menos 1 semana administrándolos cada 6 horas (no fácil en los niños que rechazan el tratamiento por la molestia que le provoca) siendo apropiado utilizar una pomada antibiótica en la noche. No es rutina la toma de cultivos ni el tratamiento antibiótico sistémico, el que dependerá de otros síntomas asociados⁵.

Cuando la etiología es viral, suelen presentarse durante o pasada una infección respiratoria alta. Es habitual el compromiso de ambos ojos. Se pueden ver en el curso de cualquier infección viral, pero es importante mencionar las causadas por *Adenovirus* que determinan queratocon-

juntivitis con secreción acuosa, ardor, edema y formación de pseudomembranas. Tanto en las conjuntivitis bacterianas como en las virales, es fundamental la correcta higiene de manos del niño, porque frecuentemente se restriegan por la molestia que les genera y también las del cuidador. Las virales son más contagiosas que las bacterianas y por tanto no deben concurrir a jardines de infantes, guarderías o a la escuela hasta pasados en el caso de las primeras por lo menos 1 semana con mejoría clínica clara, pudiendo en el caso de las segundas reintegrarse luego de 3 días de tratamiento. Sin duda, dentro del grupo de las virales la queratoconjuntivitis herpética es la forma más grave y el agente en juego es el herpes simple tipo 1. Habitualmente la presencia de vesículas en el párpado y el intenso dolor orientan al diagnóstico. El ojo se presentará rojo, con fotofobia y lagrimeo importante^{5,6}. En estos casos se recomienda el uso de colirios al igual que en las bacterianas, para evitar las sobreinfecciones que son frecuentes. También se puede emplear colirios vasoconstrictores y de antiinflamatorios no esteroideos, así como compresas frías⁵.

En el caso de las infecciones herpéticas, el tratamiento antiviral con Aciclovir es imprescindible en forma tópica por un período no inferior a 10 días, 4 a 5 veces por día, asociado a tratamiento sistémico con el mismo fármaco antiviral. Es importante recordarle al paciente, la po-

sibilidad de reactivación ante situaciones de stress o baja de defensas, porque este virus puede quedar alojado en el ganglio trigeminal^{5,6}. En esta etiología los corticoides están contraindicados⁴ y siempre se recomienda la consulta con un oftalmólogo.

Un comentario breve merece la conjuntivitis que se presenta en los neonatos o recién nacidos. En este caso puede estar vinculada al nitrato de plata que se utiliza en forma obligatoria como prevención de la infección gonocócica, que es propiamente de origen químico y que se hace evidente luego de las primeras 6 horas del nacimiento momento en que se colocan las gotas conteniendo dicho producto. Se resuelve espontáneamente y no suele requerir ningún tratamiento. Pero la conjuntivitis neonatal puede tener una causa infecciosa, la más frecuente la *Chlamydia trachomatis*, patógeno del canal del parto, que provoca síntomas luego de la primera semana de vida, caracterizándose por escasa secreción mucopurulenta con formación de pseudomembranas y edema palpebral. Otros agentes implicados pueden ser *estreptococos*, *estafilococos*, *Herpes virus tipo 2* y *Pseudomona aeruginosa*. El tratamiento consiste en la limpieza de los ojos con suero fisiológico como en las otras formas de conjuntivitis analizadas, antibióticos locales recomendándose los ungüentos con antibióticos locales y el tratamiento sistémicos con macrólidos por vía oral^{5,7}. En algunos lugares se ha sustituido el nitrato de plata por

una solución de povidona yodada al 2,5% que es igual de eficaz frente a *Staphylococcus aureus* y *Neisseria gonorrhoeae* y también frente a *Chlamydia trachomatis*⁷.

Otra forma de conjuntivitis es la de etiología alérgica, que se caracteriza por presentarse fundamentalmente en primavera sola o acompañando a otros síntomas alérgicos, en niños con antecedentes de alergias previas o sin ellos. Su inicio es brusco, bilateral, secreción acuosa (lagrimeo), prurito intenso, ardor, fotofobia y por el edema que puede presentar la conjuntiva, sensación de cuerpo extraño. El prurito determina que se lleven las manos a los ojos para restregarlos y eso favorece la sobreinfección bacteriana. Se clasifican en diferentes tipos que exceden la razón de este artículo. En cuanto al tratamiento, por supuesto que evitar el alérgeno es fundamental, las compresas frías sobre los párpados alivian los síntomas. Se recomiendan colirios anti-histamínicos 2 veces al día por lo menos durante 15 días o colirios antiinflamatorios no esteroideos o corticoides por períodos breves durante la etapa aguda.

Las enfermedades de los párpados, también son capaces secundariamente de causar "ojo rojo" y por esa razón vamos a tratarlas en este artículo. Los párpados, como ya mencionamos tienen una función defensiva protegiendo al globo ocular.

Blefaritis, definida como la inflamación del borde del párpado

y de la que se presentan 2 tipos, la anterior que habitualmente es de causa infecciosa y de etiología estafilocócica. Y la posterior que está relacionada con la disfunción de la glándula de meibomio².

Se manifiesta clínicamente por eritema o enrojecimiento del borde del párpado, no siendo infrecuente que se asocie con conjuntivitis y queratitis². La descamación es frecuente. El tratamiento es higiénico con el objetivo de retirar el acúmulo de grasa. No es sistemático el uso de antibióticos tópicos y se reserva para las blefaritis anteriores^{2,5}.

Orzuelo, es la infección bacteriana y aguda de las glándulas del borde del párpado. Clínicamente se traduce por una tumefacción subcutánea, dolorosa sobre todo a la palpación. Generalmente se resuelve espontáneamente, cuando drena la mencionada colección al exterior. Nuevamente la higiene forma parte del tratamiento, agregándose ungüentos con antibióticos 2 veces por día. El calor seco local puede aliviar el dolor^{2,5}.

Chalazión, se define como la inflamación crónica de las glándulas del párpado. El acné, la seborrea y la blefaritis son factores predisponentes. La inflamación mantenida puede deformar los párpados, provocar granulomas piógenos y celulitis preseptal². Clínicamente se manifiesta como uno o varios nódulos, indolores y lo habitual es la resolu-

ción espontánea. El tratamiento incluye compresas tibias y ungüentos con antibióticos si hay signos de infección. El uso de corticoides como la triamcinolona localmente ayuda al retroceso de la lesión. Sethuraman (2009) refiere un trabajo realizado en niños comparando la eficacia y seguridad de la administración de tres procedimientos independientemente la administración de corticoides, la incisión y el curetaje y la combinación de ambos. Concluyendo que los tres tratamientos son efectivos y seguros. De todos modos, la mayoría recomienda el tratamiento mencionado y solo en casos persistentes, crónicos o que comprometen la estética la inyección de corticoides o la cirugía⁵.

Enfermedades de la córnea. Dentro de estas nos referiremos únicamente a las ulceraciones

de la misma de causa traumática, que son frecuentes y que pueden producirse por un cuerpo extraño o espontáneamente. Es importante tener en cuenta, que estas lesiones pueden comprometer todas las capas del epitelio o respetar la estroma, en el primer caso se denominan erosiones y en el segundo, úlceras propiamente dichas. Se nos presentaron en la consulta clínicamente como ojo rojo, sin supuración, con dolor que puede ser intenso, sensación de cuerpo extraño y fotofobia, con el antecedente de cuerpo extraño, entre los que se incluyen los lentes de contacto o sin él. De acuerdo con la revisión publicada por Barrera y colaboradores⁷, deberá descartarse la presencia de un cuerpo extraño, considerar que la causa puede ser infecciosa, iniciar colirios con antibióticos y no

occluir el ojo. De todos modos, creemos que ante la presencia de un signo de alarma como es el dolor, el paciente debe ser derivado al especialista.

Finalmente queremos mencionar que el "ojo rojo" puede ser un signo de enfermedades sistémicas como ocurre en el niño con el Kawasaki, cuya etiología se desconoce. El diagnóstico de esta entidad es clínico y dentro de los signos en los que nos basamos para hacer el diagnóstico están: fiebre de más de 5 días de duración que no puede faltar a lo que deben agregarse cuatro de cinco criterios principales entre los que se encuentran la afectación ocular (ojos rojos bilateralmente), compromiso de labios y boca, erupción cutánea, cambios en las extremidades y adenopatía en cuello. ■

Conclusiones

Ante la frecuencia que tiene tanto para el pediatra, como para los médicos de familia o quienes asisten al niño en el primer nivel de atención o en la urgencia, la consulta por "ojo rojo", nos pareció importante abordar este tema. Por un lado porque si bien la mayoría de los procesos son banales, estamos obligados a valorar la existencia de signos de alerta como la disminución de la visión, el dolor ocular, la opacidad corneal, las anomalías en el tamaño y la forma pupilar, la proptosis, que nos estén traduciendo afecciones potencialmente graves. Si bien la mayoría de los casos de ojo rojo pueden ser manejados por el pediatra, debemos tener en cuenta que cuando hay historia de trauma ocular por cuerpo extraño, presenta alguno de los signos de alarma ya mencionados o no mejora luego de 48 horas de tratamiento, se trata de un paciente inmunocomprometido o usa lentes de contacto, debe ser derivado en forma urgente al oftalmólogo para su evaluación.

Bibliografía

1. SAUERA, SPEEG-SCHATZ C, BOURCIER T. Rev Prat 2008; 58 (4):353-7.
2. SETHURAMAN U, KAMAT D. The Red Eye: Evaluation and Management. Clinical Pediatrics 2009; 48 (6): 588-600
3. GUERRERO SOLER M, MÍGUEZ NAVARRO C. Patología oftalmológica más frecuente en la infancia. Sociedad Española de Urgencias en Pediatría. Programa de Formación Continuada de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria. Disponible en: <http://pediawiki.wikispaces.com/file/view/Patologia+oftalmologica.pdf> (Revisado, febrero 2013)
4. TEUS MA, ARRANZ-MÁRQUEZ E. Aproximación diagnóstica en el niño con ojo rojo. An Pediatr Contin 2006; 4 (6):396-400
5. PEÑA RUIZ G, FERNÁNDEZ FISCER P. El ojo rojo en pediatría. Pediatr Integral 2005; IX (6):409-414.
6. CARRILLO-ARROYO I, GUTIÉRREZ-DÍAZ E, MENCÍA-GUTIÉRREZ E, GÓMEZ-PÉREZ P, MONTERO-RODRÍGUEZ M. Endotelitis y trabeculitis herpética con afectación corneal tardía. Arch Soc Esp Oftalmol 2012; 87 (2): 47-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912012000200004&script=sci_arttext&tlng=es (Revisado, febrero 2013)
7. BARRERA GARCEL B, TORRES ARAFET A, SOMOZA MOGRABE JA, MARRERO RODRÍGUEZ E, SÁNCHEZ VEGA O. Algunas consideraciones actuales sobre las úlceras corneales. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_11_12/san161112.htm (Revisado, febrero 2013)
8. PREGO PETIT J. Enfermedad de Kawassaki. Arch Pediatr Urug 2003; 74(2): 99-113