

Otros Protocolos

Urgencias pediátricas ORL y oftalmológicas en Atención Primaria

D. SÁNCHEZ DÍAZ*, J.C. SILVA RICO**

*Centro de Salud Parquesol (Valladolid). **Centro de Salud Laguna de Duero (Valladolid)

URGENCIAS ORL

CUERPOS EXTRAÑOS (CE)

Son muy variados. Pueden ser no orgánicos y orgánicos, incluso insectos. Debemos ser muy cautos y sólo intentaremos extraerlos si son fácilmente accesibles, tenemos la experiencia y el material necesarios y contamos con la colaboración del niño o con una buena inmovilización, ya que *maniobras de extracción inadecuadas pueden empujar el cuerpo extraño y producir lesiones e inflamaciones* que dificultan su extracción posterior y pueden ocasionar secuelas. En caso de no reunir las condiciones adecuadas, es preferible derivar al niño de entrada.

Oído

Suelen localizarse en los 2/3 exteriores del conducto auditivo externo (CAE). La mayoría son asintomáticos. Pueden producir hipoacusia (si ocupan toda la luz del conducto), otalgia, otorrea, otorragia, ruidos o chasquidos u otitis externa. Se diagnostican por otoscopia, ante el antecedente de introducción, la clínica o como hallazgo casual. El tratamiento consiste en su extracción. Los CE animados deben ser anestesiados o matados antes de su extracción instilando anestésico o rellenando el conducto con alcohol o aceite templados, para que se suelte; contraindicado si hay perforación timpánica.

La extracción puede hacerse de dos formas:

- Lavado ótico suave, con la jeringa de extracción de tapones o con un angiocatéter del nº 16-18 cortado previamente a 3-4 cm. de la inserción de la aguja, conectada a una jeringa de 50 cc cargada de agua tibia y dirigiendo la irrigación hacia el cuadrante posterosuperior. Si hay erosiones, mejor utilizar suero fisiológico estéril o añadir solución antiséptica (Betadine®). Más idóneo en el caso de CE pequeños duros y de bordes redondeados. Está contraindicado en el caso de otorrea o perforación timpánica y en el caso de CE capaces de hincharse con el agua como semillas, papel, tiza,.... *Si refiere dolor intenso, que le pasa líquido a la garganta, o vértigo, derivar al ORL por probable perforación timpánica.*
- Instrumental, con un ganchito abotonado, sobrepasando el cuerpo extraño por la parte superior y arrastrándolo de dentro a fuera. Sólo utilizaremos pinzas si estamos seguros de poder sujetar el CE y extraerlo (algodón, lana, ...). Si hay lesiones en el conducto, conviene evitar la sobreinfección manteniéndolo seco e incluso aplicando gotas de antibiótico tópico.

Nariz

Suelen localizarse en la zona anterior de la fosa nasal. Pueden ser asintomáticos durante un tiempo o producir una dificultad respiratoria nasal. Posteriormente, debido a la infec-

Correo electrónico: jucasi@telefonica.net

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

ción, pueden producir una rinorrea fétida, mucopurulenta o sanguinolenta. *La secreción fétida unilateral debe hacernos pensar siempre en un cuerpo extraño.* Se diagnostica por visualización directa mediante rinoscopio u otoscopio. Puede requerir una aspiración o limpieza previa de las secreciones. Ante la sospecha clínica y la ausencia de visualización es recomendable una valoración especializada. En ocasiones, en una radiografía lateral puede visualizarse un CE radiopaco.

A veces, puede expulsarse pidiéndole al niño que se suene fuerte. No se debe empujar el cuerpo extraño hacia atrás por riesgo de aspiración a vía aérea. Se extrae por vía anterior con ganchito abotonado, pasándolo por encima del cuerpo extraño y traccionando hacia fuera. Sólo se utilizarán pinzas si el CE permite hacer una fuerte presa (trozo de esponja, algodón,...)

Tras la extracción puede producirse una leve hemorragia que cede espontáneamente o con una mecha de agua oxigenada. Reexaminaremos la nariz por si quedaran restos, que habría que extraer, o lesiones. En caso de lesiones o infección puede prescribirse pomada antibiótica y lavados con suero fisiológico.

Faringe

La localización más frecuente son las amígdalas palatinas. Suelen ser espinas de pescado. Puede haber disfagia, dolor de garganta, sensación de cuerpo extraño y aumento de la salivación.

Se extraen con pinzas rectas previa visualización directa con iluminación y ayuda de un depresor. Hay que realizarla precozmente por riesgo de necrosis y abscesos. Ante la exploración negativa y persistencia de los síntomas, el paciente debe ser valorado de urgencias por el especialista por el riesgo de graves complicaciones.

HEMORRAGIAS

Ante cualquier hemorragia importante hay que valorar el estado hemodinámico del paciente y administrar expansores plasmáticos, como suero salino fisiológico por vía intravenosa, en caso de signos de hipovolemia (hipotensión, taquicardia, ...).

Epistaxis

Es todo sangrado originado en las fosas nasales. La zona más frecuente de sangrado es la parte baja y anterior del tabique nasal (plexo de Kiesselbach). Generalmente es un

proceso benigno, aunque a veces puede ser grave. Puede deberse a causas locales (irritación mecánica, rinitis seca anterior, rinitis bacterianas, víricas o alérgicas) o causas sistémicas (infecciones sistémicas, hipertensión arterial, enfermedades vasculares, alteraciones hemáticas y de la coagulación, fármacos).

La mayoría de las epistaxis en los niños ceden espontáneamente o con medidas simples. El uso de procoagulantes sistémicos o tópicos no ha demostrado su eficacia. Hay que intentar siempre el procedimiento menos traumático y pasar al siguiente si no cede la hemorragia, en el orden que se describe a continuación:

- a. Mantener la parte superior del tronco erguido y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante para evitar que la sangre se vaya hacia atrás. Limpiar la fosa nasal de restos de sangre y coágulos (que se suene). Compresión externa, presionando suave y firmemente con los dedos el ala de la nariz sobre el tabique durante 5-10 minutos.
- b. Colocar una mecha de algodón impregnada en agua oxigenada en la parte anterior de la fosa y presionar el ala de la nariz sobre el algodón durante 5-10 minutos, retirándolo en 1-2 horas.
- c. Taponamiento anterior con esponja precomprimida como Merocel. Se recorta, si es preciso, según el tamaño de la fosa nasal, se recubre con abundante pomada antibiótica, se introduce y se irriga con suero fisiológico para que se expanda y rellene la fosa. Si no se dispone de esta esponja o no cede la hemorragia, puede hacerse el taponamiento con gasa orillada bien impregnada en pomada antibiótica. Se deja el extremo inicial asomando por la narina para evitar que caiga hacia faringe, se introduce ayudándonos por unas pinzas de bayoneta y se va plegando la gasa de abajo hacia arriba asegurándonos de que con la gasa cubrimos toda la fosa. El taponamiento se retirará a las 48 horas. Si precisa taponamiento más de 48 horas, deberá administrarse profilaxis antibiótica general para evitar sobreinfecciones.
- d. Si con las medidas anteriores no ha cedido la epistaxis, deberá ser derivado al hospital. En caso de hemorragia incoercible que ponga en peligro la vida del niño, y mientras se efectúa el traslado, puede utilizarse una sonda urinaria de Foley que se introduce por la nariz hasta verla aparecer por detrás de la úvula, se rellena el balón con suero fisiológico, y se tira de la sonda hasta enca-

jarla en la coana y se fija con una pinza; el resto de la fosa se rellena igual que en un taponamiento anterior.

Otorragia

Es la aparición de sangre por el conducto auditivo externo. En la mayoría de los casos se debe a una otitis aguda. Otras posibles causas son traumatismos del oído, de la base del cráneo, fracturas del hueso temporal o por impactación mandibular, infecciones, tumores o alteraciones de la coagulación.

Rara vez supone la existencia de un problema grave, y casi nunca requiere maniobras destinadas a controlar la pérdida de sangre, pues suele ser un proceso autolimitado. Si sangra mucho se puede hacer un taponamiento estéril con gasa orillada seca. Se tratará el proceso causal. *En caso de otoliquorrea evitar manipulación y derivar.*

Faríngeas

Son raras y en general benignas debidas a amigdalitis. También pueden deberse a traumatismos, tumores, discrasias sanguíneas. Sólo suelen requerir el tratamiento del proceso causal. *En el caso de las hemorragias tras amigdalectomía y adenoidectomía, se derivarán de urgencias para ser valoradas por el otorrinolaringólogo, ya que a veces pueden comprometer la vida del paciente.*

TRAUMATISMOS

Nasales

Suelen ser traumatismos directos laterales o frontales por caídas, golpes, accidentes de tráfico o deportivos. Pueden cursar con epistaxis, dolor, tumefacción, hematoma, obstrucción, deformidad o movilidad nasales.

Debe sospecharse una fractura siempre que haya una historia de traumatismo y hemorragia nasal. Se hará una exploración cuidadosa de la pirámide nasal buscando asimetrías o hundimiento del dorso nasal (muchas veces difíciles de ver en el niño por las pequeñas dimensiones y el edema) o crepitación; se explorará la movilidad nasal colocando el dedo índice y el pulgar a cada lado de los huesos propios e intentando movilizar la pirámide. Se explorarán las fosas nasales; puede verse una coloración hemorrágica de la mucosa nasal (a veces la única evidencia clínica de la lesión) o un abombamiento fluctuante en la parte anterior del tabique que nos hace pensar en un hematoma del tabique (a veces se desa-

rolla a lo largo de los días y es muy sugestivo un dolor intenso que no cede, junto con obstrucción nasal). El estudio radiológico es de dudosa utilidad en los niños.

Se controlará la epistaxis como explicamos en el apartado correspondiente. Ante la sospecha de fractura, debe remitirse al otorrinolaringólogo de urgencias para su reducción y estabilización precoz y así minimizar las posibles secuelas. Cuando haya mucho edema, puede ser necesario esperar 2-3 días hasta que este baje (pueden ayudar el frío local, los antiinflamatorios y dormir con la cabeza elevada).

El hematoma de tabique debe ser evacuado para evitar la necrosis del cartílago septal (nariz en silla de montar). *Es recomendable reevaluar al niño a los 2-3 días porque puede verse una deformidad que no se apreciaba antes por el edema o un hematoma de tabique de aparición más tardía.*

Óticos

Pabellón auricular

Los traumatismos cerrados pueden producir otohematoma que debe ser derivado al otorrinolaringólogo de urgencias, ya que al formarse entre el pericondrio y el cartílago, si no es tratado adecuadamente y precozmente, puede producir como secuela una necrosis del cartílago (oreja en coliflor).

Las heridas abiertas que no afecten al cartílago se tratarán con desbridamiento y sutura. En caso de afectación cartilaginosa deberá añadirse profilaxis antibiótica. Si hay amputación, se derivará para reimplantación lo antes posible, conservándolo en suero fisiológico que se mantiene frío con hielo, sin que se congele.

Conducto auditivo externo y medio

Las lesiones más frecuentes son las producidas por manipulación con objetos punzantes o bastoncillos, pudiendo ocasionar laceración del epitelio del CAE y perforación de la membrana timpánica, en raras ocasiones se lesiona la cadena osicular. También puede haber lesiones por explosiones, bofetadas, barotraumatismos (vuelos, buceo). Cursan con otalgia leve, otorragia escasa e hipoacusia de transmisión. Se diagnostican por otoscopia.

Si hay lesiones importantes o perforación timpánica será valorado por el especialista. Las perforaciones de pequeño tamaño suelen cerrar espontáneamente en el plazo de 6 semanas a 6 meses. Se evitará la entrada de agua.

Fracturas del hueso temporal

Suelen producirse en traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tráfico, agresiones o caídas accidentales. Puede cursar con otorragia u otoliquorrea, parálisis facial, hemotímpano, desgarro timpánico, escalón en CAE, hipoacusia, vértigo, nistagmo. *En ocasiones, el hemotímpano es el único signo de una fractura de peñasco.*

Tras la estabilización inicial, deberá ser enviado al hospital.

Bucofaríngeos

Los desgarros simples del velo del paladar y pared posterior de la faringe (por lápices, caramelos de palo) no suelen precisar sutura, gracias a la tendencia espontánea a la buena y rápida cicatrización de la zona. Los empalmientos que afectan a la pared lateral o posterior de la faringe pueden ser causa de graves complicaciones. Si se produce hematoma que obstruye la vía aérea hay que drenarlo.

PARÁLISIS FACIAL

Es el déficit motor de la musculatura de un lado de la cara, por lesión del nervio facial o VII par craneal. Puede ser periférica (se afecta toda la hemicara) o central (sólo se afecta la parte inferior conservándose la motilidad de la frente con posibilidad de elevar la ceja)

Etiología

1. Congénitas: principalmente por lesiones durante el parto.
2. Adquiridas:
 - Parálisis facial periférica idiopática o de Bell. Es la más frecuente. La etiología se desconoce, pero cada vez hay más datos que apuntan a los virus del herpes simple o zoster como responsables de una neuritis con comprensión isquémica del nervio y/o una alteración autoinmune desmielinizante. La instauración es aguda, aunque suele estar precedida de pródromos de infección viral inespecífica, predominando los síntomas catarrales. La evolución es generalmente favorable con inicio de la recuperación en 2-4 semanas y recuperación completa en 3-12 meses; son poco frecuentes los déficits parciales permanentes.
 - Traumatismos: faciales o del hueso temporal
 - Infecciones: otitis, herpes zoster ótico (Ramsay-Hunt), meningitis, encefalitis, varicela, sarampión, enferme-

dad de Lyme (eritema migratorio, artritis, carditis y alteraciones neurológicas)

- Iatrogénica: cirugía otológica o parotídea
- Tumores: cerebral, neurinoma, colesteatoma, rabdomiosarcoma
- Síndrome de Melkersson-Rosenthal (triada parálisis facial periférica y edema facial recurrentes y lengua escrotal)
- Otras: miastenia gravis, Guillain-Barré, distrofias musculares, Kawasaki

Clínica

Síntomas de paresia facial siempre: imposibilidad de cerrar el ojo afecto, signo de Bell (al intentar cerrar los párpados, en el lado afecto el ojo se desplaza hacia arriba), desaparición del surco nasogeniano, comisura bucal desviada al lado sano al intentar enseñar los dientes.

Según la topografía de la lesión, puede añadirse: disminución de la secreción lagrimal con visión borrosa o lagrimeo unilateral, disminución del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua, disestesias o dolor facial o retroauricular, hipoacusia.

Diagnóstico

Por anamnesis, exploración física (del nervio facial, del resto de los pares craneales y neurológica básica y general y ORL básica) y exploraciones complementarias que no suelen ser necesarias si existe una parálisis facial unilateral periférica aislada sin otros síntomas neurológicos, generales o de afectación de oído o mastoides.

Si la parálisis progresa o no ha mejorado en 3 semanas, se pueden hacer estudios neurofisiológicos del nervio afectado, comparándolos con el lado sano; pueden cuantificar el grado de lesión neuronal y son el indicador pronóstico más preciso.

Se hará serología de borrelia burgdorferi para descartar enfermedad de Lyme (a veces la parálisis facial es la única manifestación de la enfermedad).

Tratamiento

Se remitirá al especialista para su evaluación. Si existe una parálisis facial central o déficit asociado de otros pares craneales se remitirá al neurólogo de urgencia. Si hay afec-

tación de oído o mastoides se remitirá al otorrinolaringólogo de urgencia. Lo fundamental del tratamiento son los cuidados oculares (lágrimas artificiales durante el día las veces que precise para no notar molestias y pomadas y oclusión del ojo por la noche). Se pautarán analgésicos si tiene dolor. La eficacia de los corticoides es dudosa; pueden darse a dosis de 1-2 mg/Kg/día de 3 a 7 días y luego disminución progresiva. El aciclovir se usa en el herpes; no se ha demostrado su eficacia en la parálisis de Bell. Las secundarias a infecciones bacterianas se tratarán con antibióticos, y en el caso de otitis media serosa puede requerir drenaje trans-timpánico. Puede ser necesaria la descompresión quirúrgica del nervio facial en tumores o traumatismos.

URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

QUEMADURAS

Algunos productos químicos pueden originar lesiones cáusticas entre leves y graves dependiendo de la concentración y el tiempo de contacto. Los álcalis originan lesiones más profundas que los ácidos y tienen peor pronóstico. Constituyen una urgencia absoluta. *Lo más importante es irrigar con suero fisiológico o agua corriente lo más rápido posible y durante 15-20 minutos.* Después se puede instilar un colirio anestésico, sedar al enfermo y remitir al oftalmólogo cubriendo el ojo con un apósito estéril sin aplicar pomadas.

La radiación ultravioleta por exposición a la luz solar sin protección en la playa o la nieve o por el arco voltaico puede originar una queratoconjuntivitis actínica. Hay un dolor intenso y la tinción con fluoresceína muestra un patrón característico con múltiples puntos difusos en la superficie corneal. Se trata con un vasoconstrictor asociado a un corticoide. Si en 48 horas no mejora se debe remitir al oftalmólogo.

CUERPOS EXTRAÑOS

Los CE en la conjuntiva o la córnea requieren una exploración de toda la conjuntiva, incluyendo la eversión del párpado para visualizar la conjuntiva tarsal superior. Si está muy superficial puede intentarse su eliminación sin necesidad de anestésico, lavando con suero fisiológico a presión. Si está incrustado puede aplicarse un colirio anestésico e

intentar remover con una torunda de algodón; si no se consigue y se tiene habilidad, con el niño tranquilo, puede extraerse con una lanceta o aguja de 20G. Si está localizado en el eje visual debe remitirse al oftalmólogo. *Después de extraer el cuerpo extraño hay que evaluar la pérdida de epitelio con fluoresceína y lámpara de Wood.* A continuación se aplica un antibiótico tópico, añadiendo un midriático si afecta la córnea, y se ocluye durante 24-48 horas. Si persisten las molestias tras este período debe ser valorado por un oftalmólogo.

Se debe sospechar un CE intraocular cuando nos encontramos una zona localizada de inyección conjuntival, hifema, catarata localizada o lesión del iris. Derivar urgente para confirmación radiológica y extracción con reconstrucción quirúrgica por el oftalmólogo.

TRAUMATISMOS

Dependiendo del objeto, la fuerza y la incidencia del golpe podemos encontrar lesiones aisladas o combinadas que afecten a diferentes estructuras oculares. *Los hallazgos que sugieren una lesión importante son: disminución de la agudeza visual, irregularidad pupilar con respuesta foto motora alterada, aplanamiento en la cámara anterior, hifema, enoftalmos o exoftalmos, hipotonía del globo ocular, sensación de secreción líquida caliente tras el traumatismo.*

Párpados: En los hematomas, aplicar compresas heladas durante 48 horas. En las abrasiones limpiar con suero fisiológico y aplicar una pomada antibiótica profiláctica. En las heridas, limpieza cuidadosa con antiséptico y sutura si la herida es vertical. Si afecta al aparato lagrimal, al músculo elevador del párpado superior, hay pérdida extensa de tejido o afectación del borde palpebral la sutura debe realizarla el oftalmólogo.

Órbita: La fractura se manifiesta por una limitación de la mirada hacia arriba con diplopía, enoftalmos y enfisma subcutáneo. Requiere confirmación radiológica. El tratamiento inicial es conservador con analgésicos-antiinflamatorios, hielo local, y profilaxis antibiótica. La intervención quirúrgica está indicada cuando la fractura es grande, persiste la diplopía o el enoftalmos.

Conjuntiva: La hemorragia conjuntival se localiza en la conjuntiva bulbar, tiene un color rojo intenso homogéneo, no se identifican los vasos, los bordes están bien definidos y es indolora. En el periodo neonatal puede estar relacionada con el trauma obstétrico. A otras edades hay que des-

carta un cuerpo extraño o una perforación ocular. En ausencia de otras lesiones no requiere tratamiento y se resuelve de forma espontánea en unas semanas. Si hay hiperemia conjuntival y dolor descartar la existencia de un cuerpo extraño y teñir con fluoresceína. Si existen pequeñas heridas se tratan con pomada antibiótica durante 5-7 días y las de mayor tamaño deben ser suturadas por el oftalmólogo.

Órnea: Las erosiones o heridas originan un intenso dolor acompañado de epifora fotofobia, blefarospasmo y disminución de la agudeza visual. La tinción con fluoresceína detecta la lesión. Se aplica un antibiótico tópico y se ocluye durante 24 horas. En todos los casos debe ser valorado posteriormente por el oftalmólogo.

Iris: En la lesión del músculo esfínter del iris hay anisocoria con respuesta fotomotora lenta. Se acompaña de dolor, inyección ciliar, fotofobia, y disminución de la visión. Los desgarros en la superficie anterior del cuerpo ciliar producen una hemorragia en la cámara anterior (hifema). Si no hay traumatismo previo se debe descartar maltrato, retinoblastoma, leucemia, hemofilia. Siempre requiere la valoración del oftalmólogo.

Cristalino: La luxación traumática, origina pérdida de visión y requiere cirugía cuando ocasiona glaucoma por bloqueo pupilar, contacto corneal o disminución de la agudeza visual no corregible por otros métodos. Las lesiones perforantes o penetrantes que lesionan el cristalino pueden causar una catarata o la desintegración del cristalino con material floculento en la cámara anterior. Derivación urgente al oftalmólogo.

Rotura del globo ocular: Puede aparecer hemorragia conjuntival de 360°, hifema, limitación de la motilidad ocular, hipotonía y pérdida de la cámara anterior, salida del contenido ocular con irregularidad pupilar y sensación de secreción líquida caliente tras el traumatismo. Nunca se debe presionar directamente sobre el ojo. Se remite con urgencia al oftalmólogo cubriendo el ojo con un apósito estéril que no presione el ojo y sin aplicar fluoresceína, pomada ni colirio. Puede administrarse un antibiótico sistémico, profilaxis antitetánica y analgésicos. *Cuando después de un traumatismo aparece ceguera o disminución de la agudeza visual tras un periodo asintomático, se puede deber a una contusión del nervio óptico o si se acompaña de destellos y objetos flotantes a un desprendimiento de retina. Ambas situaciones requieren derivación urgente al oftalmólogo.*

OJO ROJO

Hay que diferenciar si es por inyección conjuntival o ciliar y los signos acompañantes:

- **Inyección conjuntival:** Aumenta en los fondos de saco conjuntivales y disminuye en la unión de la córnea y la esclera. Al mover el párpado inferior se movilizan los vasos dilatados y palidecen al instilar una gota de epinefrina.
- **Inyección ciliar:** Predomina en el limbo formando un anillo hiperémico periquératico alrededor de la córnea. No se movilizan los vasos ni palidece al instilar epinefrina.
- **Edema:** La conjuntiva edematizada sobresale del plano normal (quemosis). En el edema de córnea hay una pérdida de transparencia que se acompaña de disminución en la agudeza visual.
- **Secreción:** Característico de las conjuntivitis. Puede ser mucopurulenta o acuosa con secreción blanquecina en el canto interno del ojo.
- **Epifora:** Relacionado con obstrucción del conducto nasolagrimal, o ser una manifestación de conjuntivitis, cuerpo extraño, queratitis, iritis, glaucoma, anomalías de los párpados o las pestañas y parálisis del VII par.
- **Dolor:** Debe diferenciarse de la sensación de cuerpo extraño característica de la conjuntivitis.
- **Disminución de la agudeza visual:** Debe diferenciarse de la visión borrosa debida a las secreciones, que desaparece al parpadear, y que puede ocurrir en las conjuntivitis.
- **Alteraciones pupilares:** Miosis o midriasis con respuesta foto motora lenta o irregular.
- **Triada defensiva:** Blefarospasmo, lagrimeo y fotofobia. *El dolor, la disminución de la agudeza visual, las alteraciones pupilares, la triada defensiva y la falta de respuesta al tratamiento pasadas 48 horas son indicadores de gravedad que aconsejan derivación al oftalmólogo.*

Blefarconjuntivitis

Existe inyección conjuntival y una inflamación crónica difusa del borde palpebral que puede afectar a la base de las pestañas (blefaritis anterior) o a las glándulas de Meibomio (blefaritis posterior). Puede asociarse con una dermatitis seborreica o ser de causa infecciosa en relación con el estafilococo áureo o epidermidis. El tratamiento se basa

en una correcta higiene con jabón neutro y pomada antibiótica.

El orzuelo de etiología estafilocócica puede evolucionar formando un absceso doloroso, que si no drena de forma espontánea requiere evacuación quirúrgica. El chalazión es un nódulo duro e indoloro debido a la inflamación granulomatosa crónica de la glándula de Meibomio, con retención de secreciones, que si no involuciona de forma espontánea debe remitirse al oftalmólogo para inyección local de triamcinoilona o extirpación quirúrgica.

Obstrucción del conducto lagrimal

Entre un 5% de los recién nacidos a término y un 10% de los pretérmino puede persistir una obstrucción congénita del conducto lagrimal, debida generalmente a una membrana en la válvula de Hasner, situada en la desembocadura del meato inferior. El síntoma principal es la epífora continua, asociada con mayor riesgo de conjuntivitis e inflamación del saco lagrimal, originando una dacriocistitis. El tratamiento inicial es expectante aconsejando realizar un masaje hidrostático mediante 10 compresiones sobre el saco lagrimal 2-3 veces al día, asociando un colirio y pomada antibiótica en la dacriocistitis. En el 95% de los casos la recanalización es espontánea en los primeros 12 meses. En caso contrario se remite al oftalmólogo para sondaje del conducto lagrimal.

Celulitis

La infección de los tejidos orbitarios de etiología bacteriana (estreptococo, estafilococo y haemophilus) puede afectar a los párpados (celulitis peri orbitaria) o a los tejidos situados por detrás del tabique orbitario (celulitis orbitaria).

La celulitis peri orbitaria o preseptal produce una tumefacción que apenas permite ver el globo ocular. El ojo conserva todos sus movimientos, no existe proptosis y la agudeza visual y los reflejos pupilares no se encuentra afectados. Por lo general, puede tratarse en Atención Primaria con antibióticos sistémicos que cubran los gérmenes implicados.

La celulitis orbitaria produce proptosis, limitación de los movimientos visuales y alteraciones visuales. Requiere ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico parenteral y realización de TAC que descarte un absceso orbitario

Conjuntivitis

Neonatal

Según la OMS, se trata de cualquier conjuntivitis que aparece en los primeros 28 días de vida. El tiempo que tardan en aparecer los síntomas y los antecedentes de infección materna son datos útiles para el diagnóstico. La confirmación requiere tinción de gram y cultivo del exudado ocular.

La conjuntivitis química, se manifiesta en las primeras 24-36 horas de vida y es iatrogénica, como reacción a los colirios utilizados en la profilaxis neonatal.

La conjuntivitis gonocócica aparece del 2º al 4º día y cursa de forma aguda con gran quemosis, tumefacción de los párpados y secreción purulenta. Se puede lesionar la córnea y producir ceguera precozmente, por lo que requiere tratamiento inmediato con penicilina tópica y ceftriaxona sistémica.

La conjuntivitis por neumococo o estafilococo se manifiesta entre el 3º y el 10º día y la secreción es mucopurulenta. Requiere tratamiento tópico con eritromicina o aureomicina.

La conjuntivitis por Chlamydia es la causa más frecuente de oftalmía neonatorum en los países occidentales. Aparece entre el 7º y 14º día y se reconoce por la hiperplasia papilar con secreción mucopurulenta. El 15% desarrolla una neumonía intersticial por lo que al tratamiento con tetraciclina tópica hay que añadir eritromicina por vía sistémica.

La conjuntivitis herpética se manifiesta entre el 6º y 14º día, como un ojo rojo brillante unilateral con una secreción acuosa y vesículas en el párpado o la piel circundante. Requiere un tratamiento con aciclovir y siempre debe ser valorada por el oftalmólogo.

Infeciosa

En las conjuntivitis agudas bacterianas la secreción es mucopurulenta. El estreptococo, el estafilococo y el Haemophilus influenzae, que se caracteriza por producir una conjuntivitis hemorrágica asociada a menudo a otitis media, son los gérmenes más frecuentes. El tratamiento se basa en hacer una limpieza de las secreciones con suero fisiológico y aplicar un antibiótico tópico en forma de colirio durante el día cada 2-3 horas y pomada por la noche durante 7 días o hasta 72 horas después de la desaparición de los síntomas. Si en 48 horas no se produce mejoría debe ser valorado por el oftalmólogo.

La conjuntivitis vírica se caracteriza por una secreción escasa mucosa y abundantes folículos blanco grisáceos en la conjuntiva palpebral. El adenovirus es el patógeno más común. Los serotipos 8 y 19 son responsables de la queratoconjuntivitis epidémica que se caracteriza por la presencia de hemorragias subconjuntivales y en los casos severos cursa con fotofobia y queratitis. Los serotipos 3 y 7 son responsables de la fiebre faringoconjuntival que cursa con fiebre, faringitis, queratoconjuntivitis y adenopatía preauricular dolorosa. No existe un tratamiento específico y dura dos semanas. Puede utilizarse un antiinflamatorio no esteroideo tópico si hay mucha inflamación tras la fase aguda y antibióticos tópicos si se sospecha sobreinfección bacteriana.

Immune

La conjuntivitis alérgica se caracteriza por prurito ocular, lagrimeo, quemosis y papilas rojizas en la conjuntiva tarsal. Son la respuesta a un mecanismo de hipersensibilidad tipo I desencadenado frente a alérgenos estacionales como los pólenes o perennes como los ácaros o epitelios de animales, y se suelen acompañar de otras manifestaciones alérgicas, sobre todo, rinitis. El tratamiento se realiza con antihistamínicos tópicos en la fase aguda. En casos severos se pueden utilizar estabilizadores de los mastocitos y corticoides tópicos. Como profilaxis estacional, junto con las medidas de control ambiental, puede ser útil el cromoglicato o el nedocromil tópicos.

La conjuntivitis vernal es bilateral y de carácter estacional, con brotes recurrentes en primavera y verano. Afecta sobre todo a varones con atopia de entre 8-10 años, con tendencia a remitir en la pubertad. Se caracteriza por prurito, lagrimeo, fotofobia, secreción seromucosa blanquecina y papilas en la conjuntiva tarsal en forma de empedrado. Puede complicarse afectando la córnea. El tratamiento es igual que en las conjuntivitis alérgicas pero si existen úlceras debe añadirse un antibiótico tópico y derivar al oftalmólogo.

Queratitis

La afectación de la córnea, independientemente de su etiología, se manifiesta por inyección ciliar, sensación de cuerpo extraño, dolor, fotofobia, lagrimeo y visión borrosa por pérdida de transparencia corneal. La tinción con fluoresceína nos permite valorar si hay afectación del epitelio corneal y determinar la morfología de la úlcera corneal. Toda

lesión corneal debe ser valorada por el oftalmólogo. En atención primaria, se debe ocluir el ojo durante 24 horas, salvo si se sospecha etiología infecciosa, aplicar midriáticos para dilatar la pupila, antibiótico tópico y nunca corticoides.

Uveítis

Puede ser anterior incluyendo el iris y el cuerpo ciliar (iridociclitis), o posterior (coriorretinitis). Se caracteriza por la presencia de hiperemia ciliar, dolor, fotofobia, lagrimeo, miosis con respuesta lenta e irregular y disminución de la agudeza visual. Hay exudado en la cámara anterior formado por el paso de proteínas, fibrina y células al humor acuoso que pueden formar un nivel blanquecino en la zona inferior de la cámara anterior (hipopion) y verse con lámpara de hendidura (fenómeno de Tyndall). El diagnóstico debe ser siempre confirmado por el oftalmólogo. Desde el punto de vista etiológico, *si no es de origen traumático, antes de catalogarla como idiopática deben descartarse otras causas como la espondilitis, la artritis reumatoide juvenil, la tuberculosis, la toxoplasmosis y la sarcoidosis*. El tratamiento genérico se realiza con midriáticos y corticoides tópicos

Glaucoma

En un ojo rojo sin secreción ocular en el período neonatal, la tríada clásica de lagrimeo, fotofobia y blefarospasmo son signos de alarma de glaucoma congénito por aumento en la presión intraocular. Afecta a 1 de cada 15000 nacidos y es bilateral en el 75% de los casos. *La pupila está midriática y la córnea aparece sin brillo, de aspecto turbio y con un aumento del diámetro superior a 12 mm*. Se produce por una anomalía en el desarrollo angular que origina alteraciones morfológicas del globo y afectación del nervio óptico, con ceguera irreversible. Puede ser primitivo o asociado con anomalías oculares (aniridia, microftalmos,...) o sistémicas (Síndromes de Marfan, Sturge Weber, metabopatías, cromosopatías,...) y secundario (embriopatía rubeólica, retinopatía del prematuro,...). Es prioritaria la derivación al oftalmólogo para tratamiento quirúrgico precoz, aunque el pronóstico suele ser bastante malo.

LEUCOCORIA

Es un signo que se manifiesta por la presencia de un reflejo blanquecino en el área pupilar. Puede deberse a diversos procesos, entre los que destacan:

- Catarata congénita. Opacidad del cristalino que puede ser hereditaria o aparecer como una manifestación de embriopatías (TORCH), enfermedades metabólicas (diabetes, galactosemia, hipoparatiroidismo), cromosopatías (Down, Turner,..), radiaciones ionizantes o tóxicos.
- Retinoblastoma. Tumor intraocular maligno. Un 94% son esporádicos y el 6% restante se heredan de forma autosómica dominante con una penetrancia del 80%. Antes de los 3 años aparece el 90% y es extremadamente raro después de los 7 años. Aproximadamente, un 20% son bilaterales. Los hijos y hermanos de personas afectadas deben realizar exámenes periódicos oftalmológicos durante los dos primeros años de vida.
- Hiperplasia persistente del vítreo primario. Malformación congénita, no hereditaria y unilateral en el 90% de los casos, debida a una falta de regresión del sistema vascular hialoideo. Puede originar glaucoma, hemorragias y desprendimiento de retina.
- Retinopatía del prematuro. Alteración en el proceso de vascularización retiniana que puede llegar a ocasionar un desprendimiento de retina.
El pediatra de atención primaria debe comprobar en los exámenes de salud la transparencia de medios con el oftalmoscopio y derivar al oftalmólogo siempre que encuentre una leucocoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez JA, Jiménez L, Alvarez G (eds). Patología aguda ORL en pediatría. GlaxoSmithKline, 2004.
2. Tomás M, García-Polo J, Til G (eds). Manual de urgencias en Otorrinolaringología. Barcelona: Edika Med; 2001.
3. Ruiz JA, Montero R, Hernández N, Guerrero J, Galán J, Romero A et al (eds). Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Madrid: Publimed; 2003.
4. García-Sicilia J, Almaraz ME, Ares S, Muñoz ME, Parra MI, Ramos E et al (eds). Manual práctico de pediatría en atención primaria. Madrid: Publimed; 2001.
5. Freijo C. Urgencias oftalmológicas en pediatría. En: Benito J, Luaces G, Mintegui S, Pou J (eds). Tratado de urgencias pediátricas. Madrid: Ergón; 2005, pp. 808-817.
6. Bartolomé RJ, Martínez R. Examen con fluoresceína y luz de cobalto. En: Benito J, Luaces G, Mintegui S, Pou J (eds). Tratado de urgencias pediátricas. Madrid: Ergón; 2005, pp. 98-100.
7. Pastor JC. Guiones de oftalmología. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1999.
8. Pomeranz AJ, Buses SL, Sabnis S, Behrman R, Kliegman R. Estrategias diagnósticas en pediatría. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002.
9. Liñan M, López C, Escriba M, Gallego JA, Ortega N, Candel J. Ojo rojo. Diagnóstico diferencial desde atención primaria. Medicina de Familia (And) 2003; 4:191-194.
10. Puertas D, Acebes MM. Urgencias oftalmológicas en pediatría. Rev Pediatr Aten Primaria 2001;11:59-72.