

Taller**OFTALMOLOGÍA**

Exploración oftalmológica
en la consulta de Pediatría;
anomalías de la visión, fondo de ojo
y urgencias oftalmológicas

Moderador:

Ramón Ugarte Libano

Pediatra, Centro de Salud Aranzazcarra I,
Vitoria-Gasteiz

Ponente/monitor:

- José López Garrido
Oftalmología, Hospital de Galdakao, Bizkaia

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

López Garrido J. Taller de Oftalmología. Exploración oftalmológica en la consulta de Pediatría; anomalías de la visión, fondo de ojo y urgencias oftalmológicas. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 189-197.

Taller de Oftalmología. Exploración oftalmológica en la consulta de Pediatría; anomalías de la visión, fondo de ojo y urgencias oftalmológicas

José López Garrido

Oftalmología, Hospital de Galdakao, Bizkaia.
josegarrido@inicia.es

RESUMEN

El objetivo de este taller es revisar, desde una perspectiva lo más práctica posible, la exploración oftalmológica del niño en la consulta del pediatra de Atención Primaria. Repasaremos también las urgencias más habituales y la exploración de la retina.

Dispondremos de material visual que servirá de soporte a las explicaciones de algunas de las pruebas que se realizan por ej.: cover test.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA

La exploración estará en función de la edad del niño.

Equipamiento mínimo necesario en la consulta de Pediatría

- Oftalmoscopio (Figura 1).
- Linterna.
- Iluminación adecuada.
- Test de agudeza visual (AV) adaptado a niños.

Figura 1. Oftalmoscopio



Figura 2. Anomalías del globo ocular



Figura 3. Reflejo de la luz en la córnea



Figura 4. Asimetría del reflejo de la luz



Lo fundamental en el examen del recién nacido

- Globos oculares (Figura 2); Forma, tamaño y posición.
- Córnea; tamaño y transparencia.
- Pupilas; posición, forma y color.
- Determinar presencia de signos/síntomas de conjuntivitis del recién nacido.

Al mes de edad

- Determinar presencia de signos/síntomas de conjuntivitis.
- Epífora.
- Reflejo fotomotor.
- Reflejo de la luz en la córnea.

A los seis meses de edad

- Reflejo de fijación.
- Reflejo de seguimiento.
- Reflejo de la luz en la córnea (Figura 3).

A partir de esta edad podemos efectuar una exploración más completa de:

Reflejos corneales

- Linterna a 30 cm: comprobar la simetría de la luz (Figura 4).
- Sirve para iniciar el cover test.
- Medida del grado de desviación.

Estudio de la motilidad ocular

- Exploración de las diferentes posiciones de la mirada.
- Versiones: movimientos paralelos y simétricos.
- Ducciones: excursión de cada ojo por separado. Parálisis, tortícolis y nistagmus.
- Cover test (Figura 5). Diagnóstica la presencia o no de estrabismo. Tipo de estrabismo. Existencia y gravedad de la ambliopía estrábica. Método: nos fijamos en el reflejo corneal, ocluimos un ojo y valoramos el movimiento o no del otro. Si hay estrabismo: estudio de la dominancia ocular. Nos permite valorar la existencia y gravedad de la ambliopía. Segunda parte del cover test; nos fijamos en lo que ocurre al desocluir el ojo fijador.

Exploración de la Agudeza Visual (Figura 6)

- Antes de los dos años y medio: test de preferencia visual. Electrofisiología: descarta ceguera. Si hay estrabismo: Dominancia ocular. No es imprescindible para el pediatra.
- Entre los dos y medio y cuatro años: Toma de la visión: Test de Pigassou (Figura 7). AV: 20/40-20/30. Indica un desarrollo correcto hasta esa edad. Supone entre 50-70% de la capacidad visual. Permite comparar la visión de los dos ojos. Demostrativo para los padres.
- A partir de los cuatro años: E. de Snellen (Figura 8). Entre los cuatro y seis años AV 20/25-20/20. La visión de cerca no tiene interés para el pediatra.
- Método para tomar la visión (Figura 9): Cada ojo por separado. Nunca apretando el ojo.

Figura 5. Cover test



Figura 6. Exploración de la gudeza visual



Figura 7. Test de Pigassou



Figura 8. Test de Snellen



Figura 9. Método para medir la visión: forma incorrecta



Figura 10. Observación de la transparencia de los medios oculares

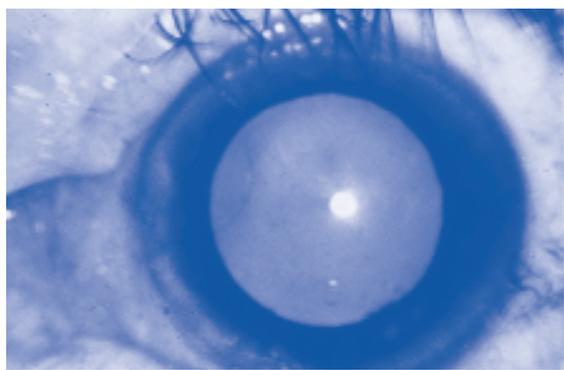
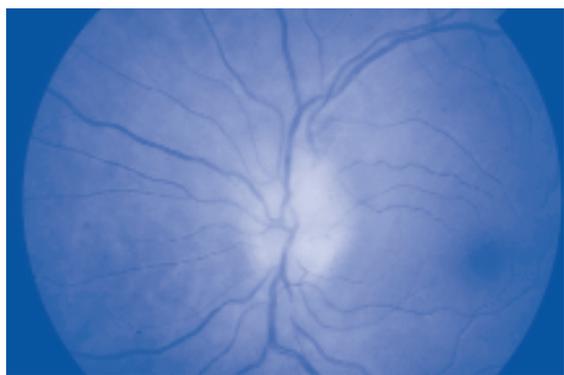


Figura 11. Fondo de ojo



Diafanoscopia

- Dilatamos la pupila.
- Estudio del reflejo rojizo de FO.
- Valora la transparencia de los medios oculares (Figura 10).

Fondo de ojo

- Valorar fundamentalmente papila y mácula (Figura 11).
- Imprescindible si el estrabismo ha sido de aparición brusca.

Sistemática general de la exploración oftalmológica

- Reflejos corneales.
- Motilidad ocular.
- Exploración de la AV.
- Si las tres anteriores son normales, fin de la exploración.
- Si hay alguna alteración: dilatar la pupila (Figuras 12 y 13).
- Diafanoscopia.
- FO.

URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

- Infección e inflamación.
- Traumatismos, heridas y contusiones.

Infección/Inflamación de párpados y sistema lacrimal (Figura 14)

- Orzuelo.
- Chalazión.
- Obstrucción de la vía lagrimal.
- Dacriocistitis.

Celulitis orbitaria (Figuras 15 y 16)

- Etiología:
 - Sinusitis, traumatismo palpebral, cirugía previa.
 - *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*.
- Síntomas: Edema, eritema palpebral, ojo rojo.
- Tipos:
 - *Preseptal*. No hay limitación de los movimientos oculares. No hay proptosis.
 - *Postseptal*. Mal estado general. Sí hay limitación de los movimientos oculares. Presencia de proptosis.
- Test diagnóstico: Cultivos en sangre y exudado conjuntival. Rx senos y TAC.
- Tratamiento:
 - *Preseptal*. Ambulatorio. Antibióticos locales y generales.
 - *Postseptal*. Ingreso hospitalario. Antibióticos IV. Drenaje senos/órbita.

Figura 12. Exploración tras la dilatación de la pupila

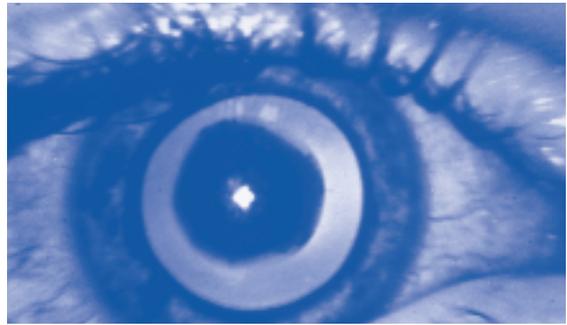


Figura 13. Exploración tras la dilatación de la pupila

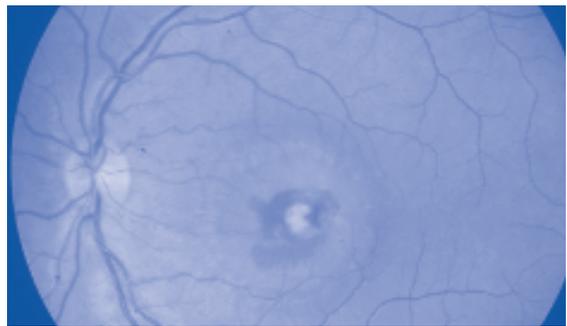


Figura 14. Patología de los párpados

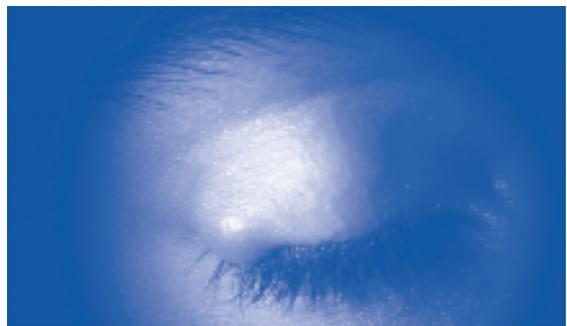


Figura 15. Celulitis postseptal



Conjuntivitis (Figura 17) (Tabla I).

Conjuntivitis del recién nacido

- Prevención; pomada de aureomicina.
- Químicas; Nitrato de plata. Se manifiesta a las pocas horas del parto.
- Gonocócicas; Puede producir úlcera y perforación ocular. Se manifiesta a los cuatro días. Tratamiento con antibióticos tópicos y sistémicos.
- *Chlamydia*. Complicaciones corneales y palpebrales. Neumonía, otitis. Se manifiesta entre los días 5-15 tras el parto. Tratamiento con antibióticos tópicos y sistémicos.
- Bacteriana (Figura 18); *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*. Se manifiesta entre el 4.º y 5.º día. Tratamiento: colirios antibióticos tópicos.
- Herpes; HV tipo2. Entre los días 4.º y 7.º. Blefaro-conjuntivitis. Puede ocasionar queratitis. Tratamiento con aciclovir tópico y sistémico.

Iridociclitis

- Síntoma y signos; Dolor, lagrimeo, fotofobia, hiperemia perilímbica, miosis.
- Descartar participación sistémica.
- Examen FO.
- Tratamiento con midriáticos y corticoides.

Figura 16. Celulitis preseptal



Figura 17. Conjuntivitis alérgica

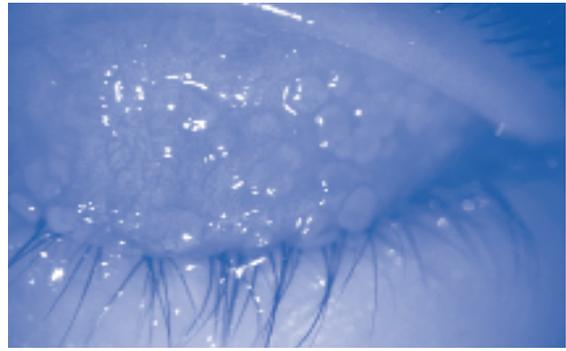


Figura 18. Conjuntivitis aguda bacteriana

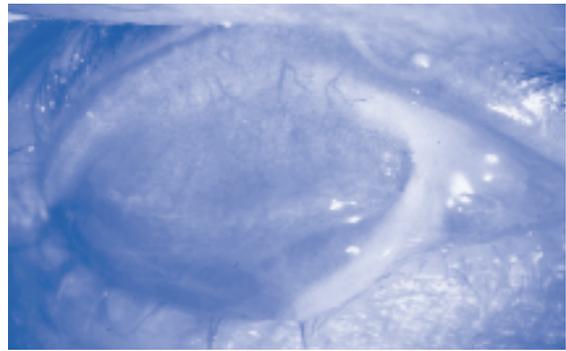


Tabla I. Conjuntivitis aguda. Diagnóstico diferencial según etiología

	Secreción	Lagrimeo	Hiperemia	Picor
Vírica	+/-	+++	++	+
Bacteriana	+++	+	++	+
Alérgica	+/-	+	++	+++

Figura 19. Úlcera dendrítica

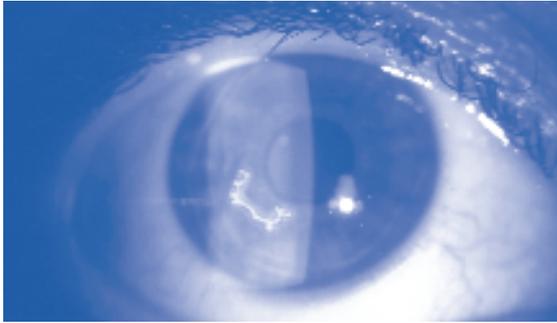


Figura 20. Cuerpo extraño

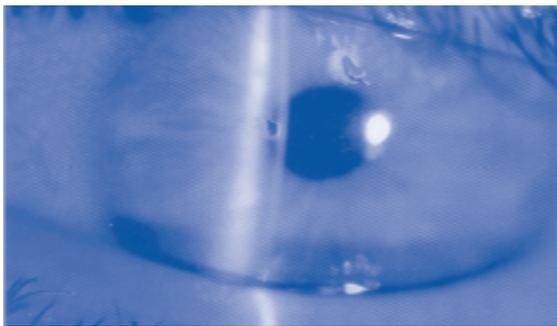


Figura 21. Erosión corneal

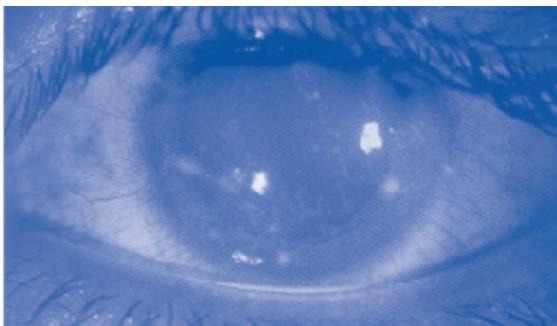
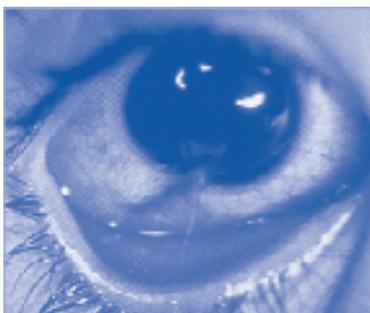


Figura 22. Herida ocular



Infecciones corneales

- Herpéticas. HV tipo I. Punteado epitelial. Úlcera dendrítica. Tratamiento con Aciclovir.
- Bacterianas; Estafilococo/estreptococo/pseudomonas. Infiltración blanca en la córnea. Hipopion (pus en cámara anterior)(Figura 19). Endoftalmi- tis. Tratamiento con antibióticos tópicos y sub- conjuntivales.

Traumatismos

- Traumatismos, heridas y contusiones.
- Es muy importante la historia clínica.
- Al explorar no presionar el globo ocular por la posibilidad de la existencia de una perforación.

Cuerpo extraño corneal (Figura 20)

- Dolor, lagrimeo, ojo rojo.
- Tratamiento: Anestésico, extracción, pomada anti- biótica. Oclusión compresiva.

Erosión corneal (Figura 21)

- Historia compatible con cuerpo extraño o le- sión con uña, papel, etc.
- Dolor, lagrimeo, ojo rojo.
- Comprobación: tinción con fluoresceína.
- Imprescindible descartar la existencia de cuerpo extraño conjuntival: evertir el párpado.
- Tratamiento: Si hay cuerpo extraño: instilar anestésico, extracción con torunda o con esqui- na de cartulina. Oclusión compresiva. Pomada de Ab.

Figura 23. Herida palpebral

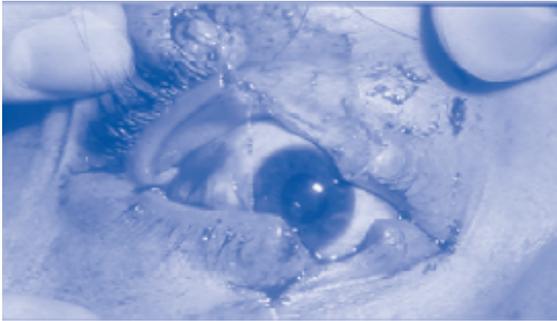


Figura 24. Contusión ocular



Figura 25. Hipema (sangre en CA)



Figura 26. Alteración de la motilidad ocular



Herida ocular perforante (Figura 22)

- Sospecharla por la historia clínica: dardo, tijeras, cristales, perdigones.
- Si puede existir una perforación, no hacer presión, no instilar colirios ni pomadas.
- Implica siempre una lesión ocular muy grave.
- Si es un objeto con velocidad existirán lesiones profundas en vítreo y retina.
- Clínica: poco dolor, pérdida visual variable.
- Tratamiento: oclusión no compresiva, antibióticos sistémicos, cirugía urgente.

Herida palpebral (Figura 23)

- Lesión de los canálculos lagrimales.
- Si hay pérdida de sustancia o sección del borde libre, una cicatrización incorrecta puede producir:
 - Entropion.
 - Ectropion.
 - Dificultad oclusión palpebral.
 - Dificultad lubricación corneal.
 - Erosión corneal por las pestañas.
- Lesión del músculo elevador del párpado: ptosis.

Contusión ocular (Figura 24)

- Objeto grande: Hematoma palpebral que impide la exploración del globo.
- Objeto pequeño: Si afecta al reborde orbitario es más peligroso para el globo ocular.

- Midriasis; Anisocoria traumática (Figura 25). Pupila afecta mayor que la pupila sana. Si hay rotura del esfínter persistirá. Parálisis del III par:
 - Lesiones coroideas.
 - Lesiones del nervio óptico.
- Hemorragia subconjuntival: Buen pronóstico.
- Hipema: Sangre en cámara anterior. Pérdida de visión. Obliga a examen oftalmológico completo (lesión de cristalino, glaucoma, retina). Tratamiento reposo y control de la presión intraocular.
- Lesiones posteriores no visibles externamente:
 - Hemorragia retiniana y/o vítrea. Pérdida de visión importante.
 - Desprendimiento de retina.
 - Edema de retina: Pérdida de visión, con frecuencia buena recuperación.
- Alteración de la motilidad ocular (Figura 26).
 - Parálisis.
 - Restricción.
 - Síntoma: Diplopia.

Quemadura

- Químicas: Peor pronóstico con los álcalis que con ácidos.
- Quemadura por calor; tratamiento con lavado urgente con abundante agua.