

URGENCIAS EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Podemos hacer una primera gran división entre urgencias **traumáticas** y **no traumáticas**.

1- TRAUMATICAS.

Los traumatismos pueden **penetrantes** y **no penetrantes**.

1 a- Penetrantes. Estamos ante un ojo abierto, lo cual implica obviamente referir de inmediato ese paciente a un oftalmólogo.

El diagnóstico de ojo abierto puede hacerse con más facilidad cuando la herida es corneal ya que puede verse a simple vista. Muchas veces se observa el iris herniado en la propia herida corneal.

Cuando la rotura es escleral puede ser más difícil el diagnóstico aun para un oftalmólogo. La presencia de una quemosis conjuntival (edema importante de la conjuntiva) puede hacer sospechar una rotura escleral subyacente.

Que hacer mientras se consulta con el oftalmólogo?

- Iniciar ATBterapia tópica que puede ser preferentemente ciprofloxacina.
- Iniciar ATBterapia sistémica si pensamos que la consulta con el oftalmólogo va a demorarse.
- Oclusión con apósito y escudo plástico.
- Reposo en cama con respaldo algo elevado.
- Analgesia.

Que no hacer?

- No hacer maniobras que impliquen compresión del globo ocular.
- No poner ungüentos ya que dificultan el examen posterior.
- No indicar corticoides tópicos.
- No poner anestésicos tópicos.

1 b- No penetrantes. En los traumatismos contusos también es de orden la consulta inmediata con un oftalmólogo.

Que hacer mientras se consulta con el oftalmólogo?

La semiología que se puede practicar es la siguiente:

- Tomar la agudeza visual si hubiera colaboración.
- Examinar ducciones y versiones (fracturas del piso de orbita pueden producir un atrapamiento con la consiguiente limitación de la elevación del ojo).
- Examen de las pupilas. Trastornos pupilares como una midriasis o una deformación pupilar dan una pauta de la entidad del traumatismo o una eventual lesión del nervio óptico.
- Inspección: edema palpebral, equimosis uni o bilateral, ojo enoftálmico (sospecha de atrapamiento por fractura del piso de orbita) o proptósico (sospecha de hemorragia orbitaria o celulitis), hemorragias subconjuntivales, verificar en lo posible que no haya herida corneal, presencia de **hipema** (sangrado en cámara anterior) **el cual de por si denuncia un traumatismo importante que requiere consulta urgente con oftalmólogo**, forma, tamaño y motilidad pupilar (ya se hablo sobre eso). El resto de la semiología ya es más difícil en un examen previo a la consulta con un oftalmólogo (cristalino luxado o no, transparente o no, hemorragia vítrea, lesiones en el F. de O., etc.).

- Palpación: se puede palpar con cuidado el reborde orbitario en busca de resaltos que denuncien una fractura o buscar hipoestesia periorbitaria.
- Ante la duda sobre traumatismo penetrante iniciar ATBterapia tópica y ocluir.
- Analgesia.

Que no hacer mientras se consulta con el oftalmólogo?

- No hacer maniobras que impliquen comprimir aun suavemente el globo ocular (un aparente traumatismo contuso puede enmascarar una rotura escleral).
- No indicar corticoides ni anestésicos tópicos.
- No retrasar la consulta con oftalmólogo sobre todo si estamos en presencia de disminución de la AV, alteraciones pupilares,hipema y otros signos ya descritos.
- Aun ante un traumatismo ocular aparentemente banal no retrasar demasiado la consulta ya que puede haber lesiones de la periferia de la retina que evolucionen a un desprendimiento de retina.

Traumatismos obstétricos. Pueden dar lugar a:

- Opacidades corneales por rotura de la membrana de Descemet (diag. Diferencial con glaucoma congénito).
- Hemorragias retinales (se ven en el 15% de los RN y se reabsorben en algunas semanas sin dejar secuelas).

Traumatismos químicos. Lesiones con soluciones básicas fuertes producen saponificación y lisis de las membranas celulares, desnaturalización del colágeno, obliteración de los vasos sanguíneos superficiales (conjuntiva marmórea). La evolución final es a la retracción y queratinización de la cornea y conjuntiva. Las soluciones ácidas también pueden tener efectos graves sobre todo por su efecto coagulante sobre la superficie ocular.

Que hacer mientras se consulta con el oftalmólogo?

- Lavado inmediato y abundante con solución isotónica o **agua** (no perder tiempo buscando una solución isotónica).

2- URGENCIAS NO TRAUMATICAS

Ante un cuadro inflamatorio caracterizado por ojo rojo es importante diferencia entre **conjuntivitis, queratitis y uveítis.**

	Conjuntivitis	Queratitis	Uveítis
Agudeza Visual -----	S/P	disminuida	disminuida
Dolor -----	no (arenilla, ardor,c/extr.)	si	si
Fotofobia -----	no siempre	si	si
Inyección conj. -----	gralizada.	perilimbica	perilimbica
Pupila -----	S/P	S/P (s/uveítis)	miotica

2- a. Conjuntivitis.

Oftalmia del recién nacido. Conjuntivitis que se presenta durante el primer mes de vida.

Química. Producida por las gotas de Nitrato de Plata instiladas al nacer. Este compuesto es toxico y provoca una conjuntivitis que suele ser autolimitada.

Bacteriana. Los agentes mas frecuentes: **estafilococo, neumococo, pseudomona y gonococo.** Esta ultima es la forma mas grave. Comienza a las 24-48 horas de nacer, se acompaña de edema y quemosis palpebral, intensa exudación purulenta. La cornea puede ulcerarse en cuestión de horas. **Ante toda conjuntivitis purulenta de un recién nacido debemos pensar en la etiología gonocócica.** El cultivo y el estudio del frotis hace el diagnostico en las conjuntivitis bacterianas.

El tratamiento de la conjuntivitis gonocócica consiste en penicilina G parenteral y en colirio. Ante la aparición de resistencias a la penicilina se usan cefalosporinas como la ceftriaxona o alternativamente la cefotaxima. En las otras etiologías el exudado conjuntival con ATBgrama orientara el tratamiento.

Clamidias. Se presenta una exudación acuosa, luego purulenta. Importante edema palpebral y conjuntival. Puede evolucionar hacia la cicatrización y retracción. Esta indicado el tratamiento tópico con tetraciclina, sulfacetamida o eritromicina.

Viral. Herpes Simple. La forma mas frecuente se adquiere al nacer. Aparece dentro de las dos primeras semanas del parto. Se aprecian lesiones cutáneas vesiculosas, conjuntivitis y queratitis cuya forma más típica es la dendrítica. Pueden desarrollarse coriorretinitis y neuritis óptica.

El tratamiento consiste en antiherpeticos tópicos. Cuando la forma es intraocular o diseminada se agrega aciclovir por vía general. No utilizar corticoides tópicos (**en cualquier conjuntivitis evitarlos ya que podemos estar ante una etiología herpética**).

Conjuntivitis en el niño.

Blefarconjuntivitis estafilococcica. Enrojecimiento y edema del reborde palpebral, orzuelos y chalazion son las manifestaciones aisladas o asociadas de esta frecuente entidad. También podemos apreciar una conjuntivitis y/o “piqueteado” corneal debido al efecto de las exotoxinas sobre el epitelio d la cornea.

El tratamiento tópico se hará orientado por el exudado blefaro conjuntival con ATBgrama (aunque una vez hecha la toma para el mismo se puede iniciar ciprofloxacina tópica mientras se espera el resultado si pensamos que el mismo pueda retrazarse). Como medida higiénica es de valor un lavado del reborde palpebral con un cotonette embebido en champú Johnson's para niños.

Conjuntivitis alérgicas. Son producida por reacciones de hipersensibilidad inmediata mediadas por IgE con degranulacion de mastocitos.

Rinoconjuntivitis alérgica. Rinitis alérgica acompañada con secreción acuosa y mucosa y prurito ocular. Tratamiento: vasoconstrictores tópicos, antihistamínicos, antialérgicos tópicos. A veces pueden ser de utilidad corticoides tópicos.

Conjuntivitis primaveral. Aparece en primavera y verano y se caracteriza por congestión conjuntival, prurito, secreción mucinosa, reacción papilar en la conjuntiva tarsal superior constituyendo un “empedrado” y excrecencias limbares (manchas de Trantas). Puede haber toque corneal en forma de escudo. Tratamiento: corticoides tópicos.

2-b. Celulitis periorbitarias. Se presenta con un importante edema palpebral, motilidad ocular conservada, no hay proptosis y la AV no esta afectada. La etiología

más frecuente es el estafilococo o estreptococo. Tratamiento: antibióticos tópicos y parenterales.

Celulitis orbitaria. Es producida por una infección por detrás del septum orbitario. Habitualmente secundaria a una infección de una estructura contigua, frecuentemente sinusitis. Se presenta con proptosis ocular, quemosis conjuntival, limitación de los movimientos oculares y posible compromiso de la AV. Tratamiento: tratar el foco inicial, antibióticos tópicos y parenterales.

2-c. Uveítis. Es una inflamación del tejido uveal. En la artritis reumatoidea juvenil y en la Espondilitis Anquilosante vemos una iridociclitis. La toxoplasmosis puede dar una uveítis granulomatosa y sobre todo una coriorretinitis.

3- OTRAS “URGENCIAS”

Leucocoria (pupila blanca). Sospechar retinoblastoma, catarata congénita, DR, retinopatía de la prematuridad, persistencia del vítreo primario, Enfermedad de Coats, etc.

Glaucoma congénito. Se presenta como buphalmo (diagnóstico diferencial con megalocornea), fotofobia, lagrimeo y opacidad corneal (diagnóstico diferencial con opacidad corneal por traumatismo obstétrico).

Dr. Oswaldo Borrás