

OJO ROJO

Celia Martín Villaescusa: Servicio de oftalmología Hospital Universitario Niño Jesús. Clínica Oftalmológica Diez del Corral. Madrid. España.

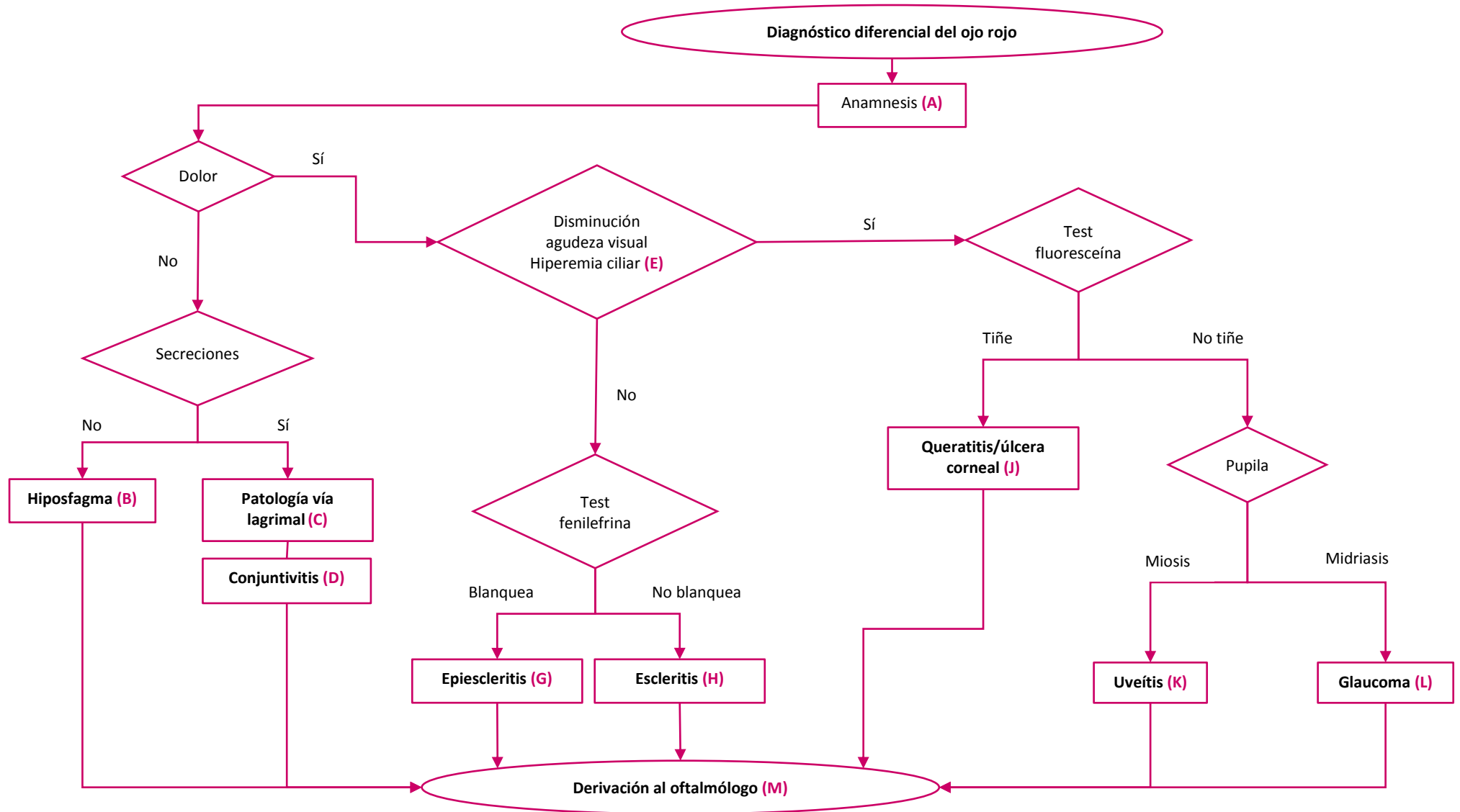
José Manuel Díez del Corral Belda: Clínica Oftalmológica Diez del Corral. Madrid. España.

Correo electrónico: josemanuel@oftalmologosdiezdelcorral.com

Palabras clave: Ojo rojo. Hiperemia. Inyección conjuntival. Diagnóstico diferencial.

Key words: Red eye. Hyperemia Conjunctival injection. Differential diagnosis.

Cómo citar este algoritmo: Martín Villaescusa C, Díez del Corral Belda JM. Ojo rojo. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/79/ojo-rojo>



A. ANAMNESIS

El ojo rojo es uno de los motivos de consulta más habituales, siendo su etiología muy variada e incluso potencialmente grave para la visión en algunos casos. Por ello es fundamental realizar una correcta anamnesis para orientar el diagnóstico¹. Se deben recoger los siguientes datos: forma de inicio y duración del cuadro, uni- o bilateralidad, presencia de dolor, episodios previos, alteración de la visión, trauma previo, uso de lentes de contacto y enfermedades previas.

B. HIPOSFAGMA

También denominado hemorragia subconjuntival. Se trata del acúmulo de sangre, de manera brusca e indolora, por la rotura de un vaso conjuntival¹. Puede ser espontáneo, asociado a enfermedades sistémicas (por ejemplo, discrasias sanguíneas o coagulopatías) o a traumatismos (en este caso descartar siempre herida penetrante). Es un cuadro unilateral y autolimitado (1-2 semanas) que no requiere tratamiento (si asociado a enfermedades sistémicas tratar la causa), ni derivación al oftalmólogo salvo que asocie herida penetrante.

C. PATOLOGÍA VÍA LAGRIMAL

Las obstrucciones congénitas de la vía lagrimal se caracterizan por presentar epífora y secreciones mucosas (se observa reflujos mucosos por el punto lagrimal a la presión del saco lagrimal). Aunque en muchos casos se presentan con ojo blanco, pueden asociar conjuntivitis de repetición o dacriocistitis aguda (infección aguda del saco lagrimal). El tratamiento consiste en masajes del saco lagrimal y si existe sobreinfección asociar colirios antibióticos. La mayoría de los casos (90%) se resuelven de manera espontánea, por lo que se derivará al oftalmólogo si persiste la patología a partir de los 6-12 meses de edad².

D. CONJUNTIVITIS

Se presentan como hiperemia conjuntival y secreciones asociado a sensación de cuerpo extraño, pero sin dolor ni pérdida de visión. La afectación generalmente es bilateral, pero en algunos casos asimétrica. Según el tipo de secreción podemos orientar el tipo de conjuntivitis^{2,3}. Las **bacterianas** presentan secreciones purulentas. Las **víricas** (que son las más frecuentes) son acuosas, pudiendo asociar adenopatía preauricular y síntomas de vías respiratorias altas. Las **alérgicas** tienen secreciones mucosas, su síntoma principal es el picor y asocian con frecuencia atopia. Las **irritativas** se asocian a exposición solar y cloro de piscinas en período estival; y otros irritantes como ambientes contaminados o con humo o la presencia de ojo seco. Son frecuentes, autolimitadas, leves y presentan secreción acuosa. Pueden ser focales en lugar de afectar a toda la conjuntiva y carecen de reacción folículo-papilar en la conjuntiva tarsal, a diferencia de lo que sucede en las demás conjuntivitis. Mención especial merecen las conjuntivitis **neonatales** (aquellas que se producen en el primer mes de vida) por su etiología relacionada con patógenos potencialmente agresivos, como el gonococo, que se presenta con abundantes secreciones; o la *Chlamydia*, con menor secreción y formación de pseudomembranas. El tratamiento en las conjuntivitis bacterianas

y víricas consiste en lavados frecuentes con suero fisiológico. La mayoría de estas conjuntivitis son autolimitadas, pero el uso de antibioterapia (colirio antibiótico de amplio espectro cada 6-8 h) limita la duración y gravedad⁴ y en las víricas evita las sobreinfecciones. Si no responden al tratamiento en 7-10 días o bien presentan membranas en tarsos o alteraciones corneales se deben derivar al oftalmólogo. En las conjuntivitis alérgicas se administra colirio antihistamínico 2 veces al día y en casos más severos o no respondedores derivar al oftalmólogo para tratamiento con corticoides o inmunosupresores.

E. HIPEREMIA CILIAR

También denominada periquerática. Es la hiperemia de los vasos episclerales y conjuntivales profundos formando un anillo alrededor de la córnea.

F. TEST DE FENILEFRINA

Consiste en la instilación de 1 gota de colirio de fenilefrina (vasoconstrictor tópico) y valorar al paciente a los 5-10 minutos para ver si se ha producido el blanqueamiento o no de la hiperemia conjuntival que presentaba. Es de utilidad realizarlo en casos recidivantes o refractarios al tratamiento y en aquellos pacientes donde se dude el diagnóstico diferencial con la escleritis, que es una patología de mayor gravedad.

G. EPIESCLERITIS

Es la inflamación de los vasos episclerales superficiales. Se presenta con dolor leve sin secreciones ni alteración de la visión. Puede ser sectorial o difusa. En la mayoría de los casos es un cuadro autolimitado (2-3 semanas). Hasta en un 30% de los casos puede estar asociado a enfermedades sistémicas y procesos inflamatorios¹, por lo que si se repite el episodio o se prolonga su clínica en el tiempo se debe derivar al oftalmólogo.

H. ESCLERITIS

Es la inflamación de los vasos episclerales profundos y de los de la esclera. Se trata de un cuadro grave extremadamente raro en la infancia. A diferencia de la epiescleritis se presenta como un ojo rojo azulado o violáceo, que no blanquea con la fenilefrina, muy doloroso y que además puede asociar alteración de la visión o de los movimientos oculares entre otros síntomas si también se afecta el polo posterior⁵. Se debe derivar siempre al oftalmólogo.

I. TEST DE LA FLUORESCÉINA

Consiste en la instilación de colirio de fluoresceína y la posterior valoración con luz azul cobalto observando si presenta tinción en caso de defecto epitelial; o si por el contrario no tiñe, lo que indica que no hay tal defecto epitelial.

J. QUERATITIS/ÚLCERA CORNEAL

Inflamación corneal caracterizada por dolor, fotofobia, lagrimeo, blefaroespasmos e hiperemia ciliar^{1,5}. Muy importante en estos casos preguntar por posible trauma asociado y si son usuarios de lentes de contacto. A la exploración observamos tinción con fluoresceína de la zona de la lesión y habrá que descartar la presencia de cuerpos extraños, incluyendo para ello la eversión de tarsos (**Figura 1**). Estos pacientes deben ser remitidos al oftalmólogo, salvo en caso de una leve erosión corneal que inicialmente puede tratar y seguir el pediatra aplicando pomada antibiótica 3 veces al día.

Figura 1. Tinción con fluoresceína.



K. UVEÍTIS

Inflamación del tracto uveal. Según que estructuras se afecten pueden clasificarse en uveítis anteriores (inflamación del iris o cuerpo ciliar), intermedias (la localización primaria de la inflamación está a nivel del cuerpo ciliar), posteriores (puede afectar a la coroides, retina y cuerpo vítreo) o panuveítis (afecta a toda la úvea). La etiología puede ser inflamatoria, traumática, infecciosa o tumoral. Se caracterizan por hiperemia ciliar, fotofobia consensuada (fotofobia en el ojo patológico al iluminar el ojo sano) con miosis o irregularidad pupilar, dolor y en ocasiones visión borrosa². Se trata de una patología rara en la infancia y que pocas veces cursa con el cuadro clínico anteriormente descrito. Así, las uveítis anteriores pediátricas, cuya principal causa es la artritis idiopática juvenil⁶, cursan generalmente con ojo blanco y son asintomáticas hasta que desarrollan complicaciones oftalmológicas. En la infancia la presencia de ojo rojo y uveítis debe orientar más hacia una uveítis posterior o panuveítis. Se debe derivar siempre al oftalmólogo.

L. GLAUCOMA

Se trata de una enfermedad poco frecuente en la infancia. La mayoría de los glaucomas pediátricos son congénitos primarios y se presentan con la triada clásica⁷: epífora, fotofobia y blefaroespasma (de ahí que los casos leves puedan diagnosticarse erróneamente como una obstrucción de la vía lagrimal). Si no son diagnosticados, el estiramiento corneal conduce a su edematización y aumento del diámetro corneal. Sin embargo, los glaucomas secundarios cuya etiología puede ser muy diversa (traumática, inflamatoria, farmacológica, asociada a enfermedades sistémicas, tumoral...) pueden manifestarse con un cierre angular y presentar un ojo rojo doloroso con midriasis arreactiva. En todos los casos se deben derivar al oftalmólogo.

M. DERIVACIÓN AL OFTALMÓLOGO

El ojo rojo es un motivo de consulta habitual y aunque en su mayoría se tratan de casos benignos y autolimitados, algunos pueden asociar patologías más graves y comprometer la visión y el globo ocular. Se deben considerar los siguientes signos de alarma para derivar al oftalmólogo²: disminución o alteración de la agudeza visual, dolor ocular, anomalías pupilares, alteración de la transparencia corneal, fotofobia y falta de respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero Soler MM, Miguez Navarro C. Patología Oftalmológica más frecuente en la infancia. Programa de Formación Continuada de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria. En: Junta de Andalucía [en línea] [consultado el 24/06/2021]. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/pediatria/documentacion/Formaci%C3%B3n/Formaci%C3%B3n%20pediatras%20AP/Curso%20Urgencias%20PediaticasAP/Oftalmologia.pdf>
2. Díez del Corral Belda JM, Álvarez Alonso C. Oftalmología pediátrica para todos los días. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 643-655.

3. Clement Corral A, Dureau P, Clement Corral S, Valls Ferrán I, Andrés Domingo ML. El ojo rojo en Pediatría. [Pediatr Integral. 2018;XXII:16-23.](#)
4. Guía de uso de antimicrobianos en niños con tratamiento ambulatorio. En: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud [en línea] [consultado el 24/06/2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020261.pdf>
5. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 6.ª edición. Barcelona: Elsevier; 2009.
6. Yago Ugarte I, Mesa del Castillo Bermejo P, Marín Sánchez JM, Lorente Sánchez MJ. Actualización en uveítis asociada a artritis idiopática juvenil (AIJ). En: Laboratorios Thea [en línea] [consultado el 24/06/2021]. Disponible en: https://www.laboratoriosthea.com/medias/thea_informacion_76.pdf
7. Benítez del Castillo JM, Burgos Blasco B, García Caride S, Hernández Ruiz S. Basic and Clinical Science Course. Módulo 3: Glaucoma. Barcelona: IDEMM FARM, S.L; 2020.