



**FAPap**

Formación  
Activa  
en Pediatría  
de Atención  
Primaria



# Oftalmología para el pediatra de Atención Primaria

---

José Manuel Díez del Corral Belda  
Cristina Álvarez Alonso

Septiembre 2013

# Exploración oftalmológica pediátrica: agudeza visual

---

## Exploración de la agudeza visual

- Cada ojo por separado (ocluidor con la palma o con un ocluidor, nunca con el dedo).
- Para lejos: optotipos estándar 4/5/6 metros.
- Para cerca: 30-40 cm.
- Se afina más empleando el optotipo más complejo que permita la alfabetización del paciente (letras > números > E > dibujos).

# Exploración oftalmológica pediátrica: agudeza visual

---

## Truco importante

Al reexplorar a un niño, **empezar** tomándole la agudeza visual **por el** ojo **que peor vio** en la anterior ocasión.

# Exploración oftalmológica pediátrica: agudeza visual

---

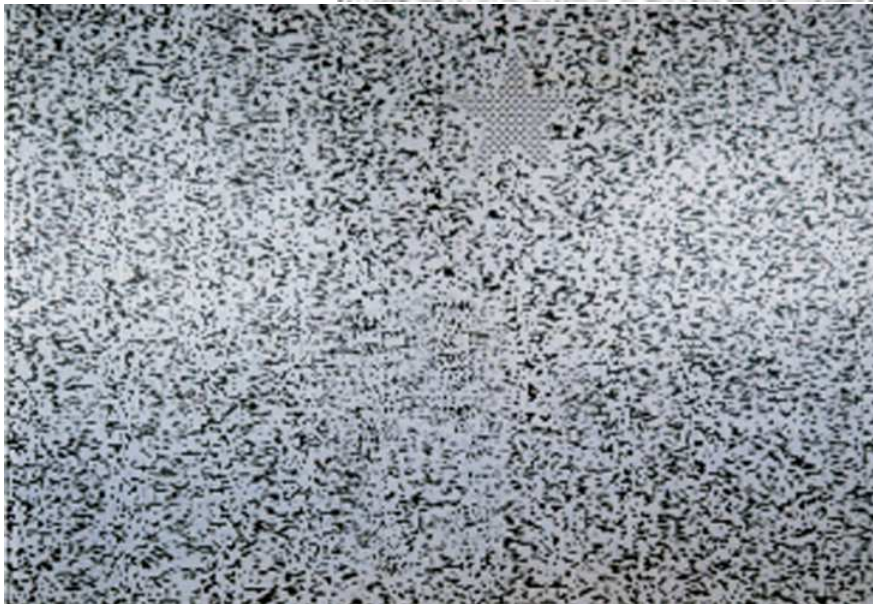
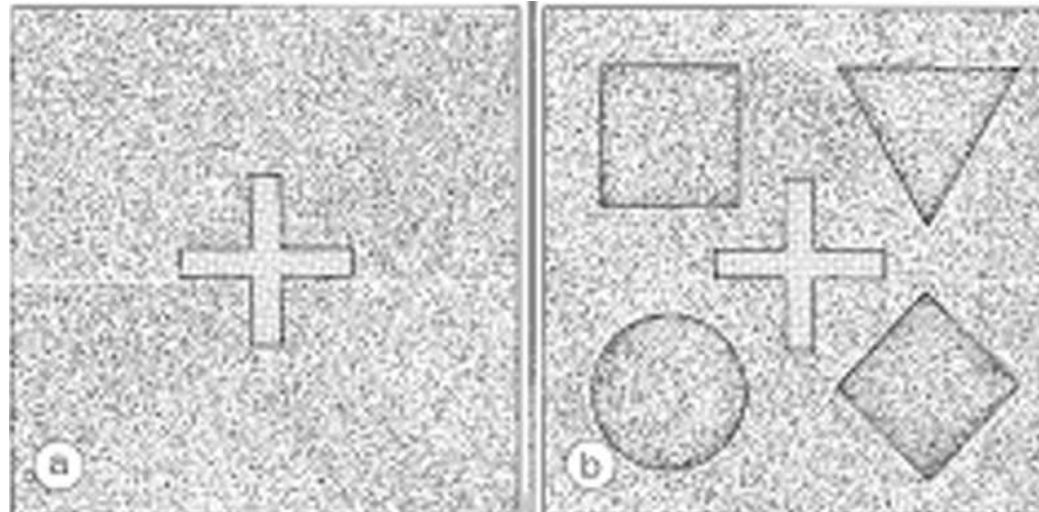
## Exploración de la agudeza visual

- AV con agujero estenopeico:
  - ✓ Con ocluser con agujero estenopeico, o con cualquier papel perforado.
  - ✓ Solo para lejos.
  - ✓ Mejora la AV en los **defectos de refracción y las opacidades de medios** pero **no en la ambliopía**.

# Exploración oftalmológica pediátrica: estereopsis

---

- Estereopsis: explorar con 2-4 años. Tarea visual compleja, cuya presencia indica un buen desarrollo visual:
  - ✓ Lang stereotest.
  - ✓ Titmus test.
  - ✓ TNO.



# Exploración oftalmológica pediátrica: estrabismo

---

- Test de Hirschberg: observa el centrado del reflejo corneal de una linterna en la pupila:
  - ✓ Reflejo más nasal que centro pupilar → ojo en exo.
  - ✓ Reflejo más temporal que centro → ojo en endo.
- Test de Brückner: compara el fulgor pupilar de uno y otro ojo. Si es desigual, puede ser opacidad de medios o estrabismo.
- *Cover test*: más complejo y preciso.

## Desarrollo ocular y visual

---

### Ambliopía ("ojo vago")

- La asimetría entre AO es más ambliogénica que el defecto bilateral y simétrico (el cerebro “prefiere” un ojo mejor y “desprecia” otro peor).
- La precocidad en la aparición del desencadenante implica mayor gravedad (catarata congénita > miopía a los seis años).
- La precocidad en el tratamiento implica mejor pronóstico. Siempre <6 años si es posible.
- Causa más frecuente de disminución de visión en niños.



# Desarrollo ocular y visual

---

## Ambliopía ("ojo vago")

- Etiología → supresión del ojo:
  - ✓ Estrabismo: más si fija solo un ojo.
  - ✓ Ametropías: astigmatismo > hipermetropía > miopía.  
Si es anisométrico, mucho más.
  - ✓ Nistagmo.
  - ✓ Deprivación visual: ptosis, catarata, oclusión.

# Desarrollo ocular y visual

---

## Ambliopía ("ojo vago"): etiología

- Miopía:
  - ✓ Ojo más largo de lo normal.
  - ✓ Aparece más tarde (en general >6 años).
  - ✓ Aumenta a lo largo de la vida.
  - ✓ Genera poco ojo vago (por AVC y edad).
  - ✓ **Tiende al empeoramiento con los años.**

# Desarrollo ocular y visual

---

## Ambliopía ("ojo vago"): etiología

- Hipermetropía:
  - ✓ Ojo más corto de lo normal.
  - ✓ Fisiológica al nacimiento.
  - ✓ Puede aumentar hasta los siete años.
  - ✓ Disminuye desde entonces hasta la adolescencia.
  - ✓ Genera moderadamente ojo vago (por mala AVL y C y precocidad).
  - ✓ **Tiende a la mejoría con los años.**

## Desarrollo ocular y visual

---

### Ambliopía ("ojo vago"): etiología

- Astigmatismo:
  - ✓ Ojo "achatado" horizontal o verticalmente.
  - ✓ Aparece precozmente.
  - ✓ Poco cambiante a lo largo de la vida (salvo astigmatismo asociado a otra patología).
  - ✓ Genera severamente ojo vago.

## Desarrollo ocular y visual

---

### Ambliopía ("ojo vago"): tratamiento

- Lo más precoz posible.
- Corregir el predominio ocular: oclusión.
- Lograr imagen retiniana nítida: gafas.
- Corregir la causa: cirugía (estrabismo, ptosis), toxina botulínica (estrabismo, nistagmo)...

## Desarrollo ocular y visual

---

### Ambliopía ("ojo vago"): tratamiento

- Oclusión:
  - ✓ Tapar el ojo sano para que “trabaje” el “malo”.
  - ✓ Emplear parche adhesivo a la piel.
  - ✓ A tiempo completo: más eficaz. Usado si hay estrabismo además de ojo vago; si no, responder a pauta horaria, casos graves.
  - ✓ Horarias: de dos a seis horas al día. Usado en menores de un año, mantenimiento y leves.

## Desarrollo ocular y visual

---

### ¿Hay que ponerse las gafas obligatoriamente?

- “Obligatorias” en el niño → ambliopía.
- Son una “ayuda” en >12 años → uso opcional. No influye en el desarrollo de más miopía o hipermetropía... ni tampoco a la inversa (mitos). Influencia de hábitos.
- Edad para el comienzo del uso de lentes de contacto (si mejor aceptación que gafas): según magnitud de defecto, simetría, patología asociada, **responsabilidad**.

## Estrabismo

---

- Como respuesta adaptativa, el niño estrábico suprime un ojo para evitar la diplopía.
- La supresión acaba provocando ignorancia cerebral del ojo desviado → **ambliopía**.
- Mayor ambliopía si domina claramente un ojo (es decir, siempre fija uno y desvía el otro).



# Estrabismo

---

## Exploración del estrabismo

- Epicantus → simula endotropia. Muy frecuente en orientales.
- Distancia interpupilar anormal: si es pequeña parece endotropia, si es grande parece exotropia.
- Descentrado de la mácula: Hirschberg anormal, pero *cover* test normal.



**Epicanthus**

**Hipertelorismo**



# Estrabismo

---

## Tipos de estrabismo

- Endotropias (esotropias):
  - ✓ Congénita.
  - ✓ Acomodativa.
- Exotropias:
  - ✓ Intermitente.
  - ✓ Por insuficiencia de convergencia.
- Verticales:
  - ✓ Síndromes en A o V.

# Estrabismo

---

## Nota importante

En muchos estrabismos, el primer paso diagnóstico (y frecuentemente también el primer paso terapéutico) es comprobar la refracción del niño y prescribirla. A veces incluso son la única (o la principal) causa y la mejoría es llamativa y precoz.

## Ojo rojo

---

### ¿Qué debe alarmarnos?

- Dolor franco ( $\neq$  “me molesta mucho”).
- Disminución de visión (real, no momentánea).
- Turbidez corneal, aspecto mate o lechoso.
- Inyección ciliar predominante (orienta a patología corneal o intraocular  $\rightarrow$  uveítis).

## Ojo rojo

### Conjuntivitis pediátrica: etiología

- Bacteriana: 50%:
  - ✓ *Haemophilus*.
  - ✓ *Streptococcus*.
  - ✓ *Staphylococcus*.
  - ✓ *Moraxella*.
- Vírica: 20% (adenovirus –más graves– y otros).
- Estéril (alérgica sobre todo): 30%.

## Ojo rojo

---

### Conjuntivitis pediátrica: rasgos habituales

- Víricas:
  - ✓ Epífora (más que legaña pegajosa).
  - ✓ Brote familiar.
- Bacterianas:
  - ✓ Legañas pegajosas, purulentas.
  - ✓ Brote escolar.
- Alérgicas:
  - ✓ Gran prurito.
  - ✓ Legaña mucoide.
  - ✓ Quémosis.

## Ojo rojo

### Conjuntivitis: tratamiento

- Víricas y bacterianas: son parecidas, clínica solapada, tratamiento similar:
  - ✓ Lavado frecuente con suero frío dos días, y si no mejora...
  - ✓ Antibiótico colirio 3-5 veces al día durante 5-7 días.
  - ✓ +/- AINE o corticoide si graves.
  - ✓ Pomada nocturna opcional.
- Alérgicas: antihistamínico colirio dos veces/día +/- corticoide en casos graves, en la menor pauta posible.



## Ojo rojo

### Notas sobre tratamiento

- Si coinciden colirios y pomadas, poner primero el colirio (la pomada no deja absorber bien la gota).
- Si hay que poner varios tratamientos coincidentes (colirio y colirio; o colirio y pomada), esperar diez minutos entre uno y otro (previene el efecto lavado).
- **Gotas:** tirar del párpado inferior, inclinar la cabeza atrás e instilar una gota (no se precisan más) en fórnix inferior. No contactar frasco con párpado.
- **Pomadas:** tirar del párpado inferior (aunque el problema sea arriba) y aplicar un chorro de lado a lado en fórnix.

## Vía lagrimal

---

### Dacriocistitis congénita

- Epífora presente desde el nacimiento o poco después.
- Ocurre en el 6% de lactantes.
- El 90% mejora espontáneamente.
- Conjuntivitis de repetición.
- Legaña adherente crónica.
- Reflujo mucopurulento al masajear el saco.

## Vía lagrimal

---

### Dacriocistitis congénita: tratamiento

- <12 meses: masaje de saco lagrimal diario antes o después del baño → ¡¡¡Explicar!!!
- >12 meses: sondaje y siringación de vía lagrimal en quirófano bajo anestesia general o en consulta.
- Multirrecidivantes: intubación temporal de vía lagrimal.

# Patología traumática

---

## Secuencia de actuación

- Valorar AV (aproximada).
- Inspección de globo y anejos.
- Palpación de reborde orbitario.
- MOE → paresias por fractura orbitaria.
- MOI → buscar midriasis traumática.
- Tinción con fluoresceína.
- Examen de fondo de ojo.

# Patología traumática

---

## Causticación ocular: tratamiento

- Tras el lavado muy profuso:
  - ✓ Oclusión compresiva → analgesia “mecánica”.
  - ✓ Analgesia oral.
  - ✓ Analgesia tópica → ciclopléjico colirio 1 g/12 horas.
  - ✓ Antibiótico tópico en pomada 1 aplicación/8 horas, durante cinco días.

## Leucocoria

---

- Es la presencia de una pupila blanca.
- Consecuencia de proceso patológico retropupilar.
- Todos suponen alto riesgo para el desarrollo visual del niño e incluso algunos para la vida.
- Descartar antes del alta a todo neonato mediante inspección y test de Brückner. ¡¡¡Ser minuciosos!!!
- Precisan derivación **preferente** siempre (aunque no urgente).

# Leucocoria

---

## Etiologías más frecuentes

- Catarata congénita.
- Retinoblastoma.
- Persistencia de vítreo primario hiperplásico.
- Retinopatía de la prematuridad.
- Toxocariasis
- Enfermedad de Coats.