



Pedro y el lobo

Miguel Bermejo Pastor (Pediatra Centro de Salud Valdepasillas)

Cristina Salas de Miguel (residente 2º año de pediatría)

Índice.

- ▶ **Introducción.**
- ▶ Caso clínico nº1: estrabismo.
- ▶ Caso clínico nº2: pérdida de visión y dolor.
- ▶ Caso clínico nº3: pérdida de visión.
- ▶ Ideas claves.
- ▶ Bibliografía.

Introducción.

Pedro era un pastor que un día, preso del aburrimiento decide gastar una broma a sus vecinos. “ ¡Socorro, el lobo! ¡Viene el lobo!, los vecinos corrieron a ayudarlo encontrándose a su llegada únicamente las risas de Pedro.

Al día siguiente repitió la broma y todos los vecinos volvieron a correr en su ayuda quedando muy enfadados al ver que nuevamente Pedro mentía.

A la mañana siguiente, Pedro estaba tan entretenido pensando en sus vecinos que no vio acercarse al lobo. Para cuando lo vio, este estaba muy cerca. Gritó y pidió auxilio, pero ya nadie lo creía y el lobo se comió todas sus ovejas.

Índice.

- ▶ Introducción.
- ▶ **Caso clínico nº1: estrabismo.**
- ▶ Caso clínico nº2: pérdida de visión y dolor.
- ▶ Caso clínico nº3: pérdida de visión.
- ▶ Ideas claves.
- ▶ Bibliografía.

Caso N°1: “mi hija mete un ojo”

- ▶ Lactante de 15 meses que es traída por su madre porque le impresiona que “mete el ojo derecho”



Estrabismo.

- ▶ Desviación del eje ocular en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro fija a un objeto.
- ▶ 2-5% de la población escolar.
- ▶ La mayoría idiopáticas, acomodativas o por debilidad muscular. Menos frecuentes: lesiones corneales, cataratas, vítreo primario, lesiones musculares o del nervio óptico, tumores, trastornos neurológicos, infecciones virales...

Estrabismo.



¿Estrabismo o pseudoestrabismo?


Test de Hirschberg



Pseudoestrabismo



Estrabismo


1mm = 7° en el eje visual


¿Estrabismo o pseudoestrabismo?

Test de Hirschberg



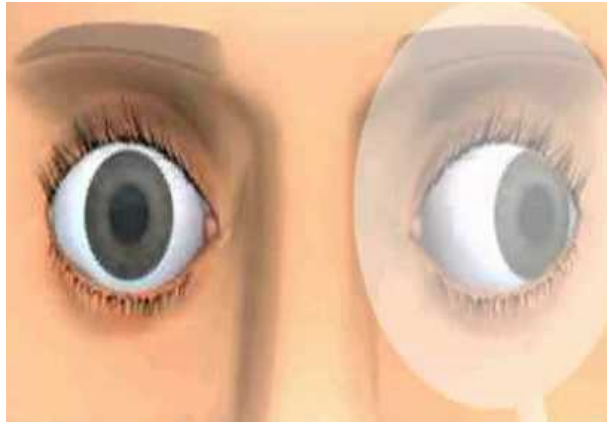
Pseudoestrabismo

Estrabismo


1mm = 7° en el eje visual

Estrabismo. Diagnóstico de forias.

- ▶ Test de Cover



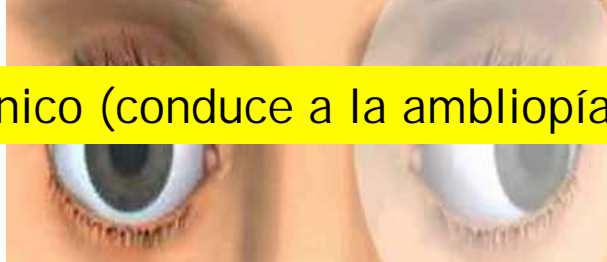
Estrabismo Diagnóstico de

La importancia del diagnóstico y tratamiento precoz radica en:

► Test de Cover

Pronóstico vital (puede ser secundario a patología de compromiso vital)

Pronóstico orgánico (conduce a la ambliopía).



Sólo se considera normal el estrabismo del menor de 3 meses siempre que no sea constante (inestabilidad oculomotora del recién nacido)

Caso N°1.

- ▶ Test de Hirschberg



- ▶ Nuestra paciente, efectivamente tiene estrabismo. No "mete" sino "saca el ojo". Es una exotropía.
- ▶ ¿Diagnóstico?

Caso N°1.

▶ Test de Hirschberg



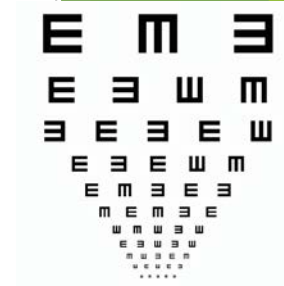
▶ Nuestra paciente, efectivamente tiene estr
"mete" sin "saca" ojo es una exotropía

▶ ¿Diagnóstico?

Retinoblastoma



Caso N° 1. Estrabismo:



- ▶ A María se le realiza una enucleación y se le sigue semestralmente en el Hospital de la Paz.
- ▶ **9 años después...** María es traída a su consulta porque desde que comenzó el curso no ve. Última revisión hace 2 meses, normal.
- ▶ Se le realizan prueba de agudeza visual con la escala de E de Snellen. Agudeza visual de 0.5
- ▶ Se deriva a oftalmología por **pérdida aguda de visión**

Caso N° 1. Estr

¿Diagnóstico?

- ▶ A María se le realiza una enucleación y se le sigue semestralmente en el Hospital de la Paz.
- ▶ **9 años después...** María es traída a su consulta porque desde que comenzó el curso no ve. Última revisión hace 2 meses, normal.

... de agudeza visual con la escala de
za visual de 5
logía per

Simula



Índice.

- ▶ Introducción.
- ▶ Caso clínico nº1: estrabismo.
- ▶ **Caso clínico nº2: pérdida de visión y dolor.**
- ▶ Caso clínico nº3: pérdida de visión.
- ▶ Ideas claves.
- ▶ Bibliografía.

Caso N°2. Pérdida de visión y dolor

- ▶ Niña de 7 años que acude por pérdida de visión progresiva de horas de evolución y dolor ocular. Refiere que sólo ve bultos por el ojo derecho.
- ▶ AP: ingresada la semana anterior por cuadro de pérdida de visión y dolor retroocular.
 - ▶ Se le había realizado TC y **RMN normales**.
 - ▶ OCT de difícil interpretación que no permite descartar patología. Resto de exploración oftalmológica normal (No DPAR, PIO, fondo de ojo). Con la sospecha inicial de neuritis óptica retrobulbar se ingresó para estudio
 - ▶ Ante la persistencia de la clínica se decide, a pesar de la discordancia ente pruebas complementarias y clínica, tratar con metilprednisolona (20mg/kg/dosis durante 5 días). **Recuperación rápida**. Al alta AV normal.
 - ▶ Diagnóstico: **Disminución súbita de agudeza visual de origen desconocido**.

Neuritis óptica.

- ▶ La neuritis óptica supone la inflamación del nervio óptico. Existen dos tipos:
 - ▶ Papilitis o neuritis anterior: la afectación es en la parte anterior del nervio. En el fondo de ojo la papila presenta un aspecto edematoso.
 - ▶ Neuritis óptica posterior o retrobulbar: el fondo de ojo es normal.
- ▶ Puede ocurrir en uno o ambos ojos.
- ▶ Etiología:
 - ▶ Idiopática
 - ▶ Infecciosa. Secundaria a infecciones orbitarias y sinusales, víricas
 - ▶ Enfermedades desmielinizantes.
- ▶ Clínica: **pérdida aguda y severa** de la visión o alteraciones en la misma. **Dolor** retroocular y **cefalea**. Pueden presentar síntomas catarrales...
- ▶ Tratamiento: Megadosis de corticoides IV.
- ▶ La **recuperación comienza generalmente a las pocas semanas**, y puede continuar durante varios meses

Caso N°2. Pérdida de visión y dolor

- ▶ Ante la reaparición de la clínica derivamos a Urgencias de oftalmología.

¿Diagnóstico?

Simula

Simulación

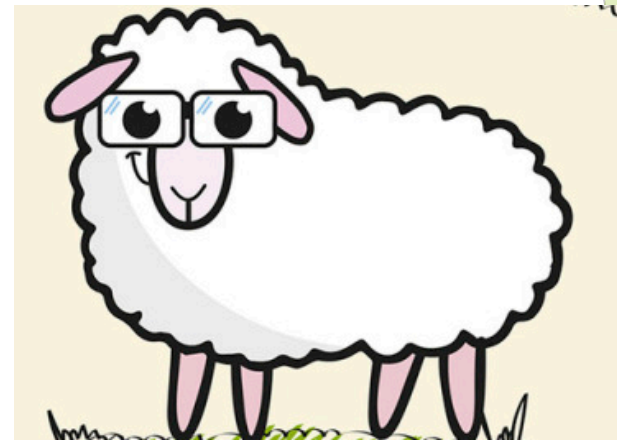
- ▶ La pérdida visual no orgánica o simulación en oftalmología es la presencia de sintomatología ocular **sin una base orgánica** que la justifique.
- ▶ **5% de la consulta de oftalmología ambulatoria**. Suelen ser niñas entre 9 y 11 años, en el primer trimestre escolar.
- ▶ **Diagnóstico de exclusión.**
- ▶ **Pronóstico: bueno.** Hasta el 40% querían gafas. En el 30% de los casos hay una psicopatología asociada como hiperactividad, ansiedad o déficit de atención

Índice.

- ▶ Introducción.
- ▶ Caso clínico nº1: estrabismo.
- ▶ Caso clínico nº2: pérdida de visión y dolor.
- ▶ **Caso clínico nº3: pérdida de visión.**
- ▶ Ideas claves.
- ▶ Bibliografía.

Caso N°3. Pérdida de visión.

- ▶ Niña de 7 años que acude a su Centro de Salud porque refiere que no ve bien.
- ▶ Se realizan optotipos. Determinando una visión adecuada.
- ▶ La madre refiere que a varias amigas les han puesto gafas y a ella también le gustaría.



Caso N°3. Pérdida de visión.

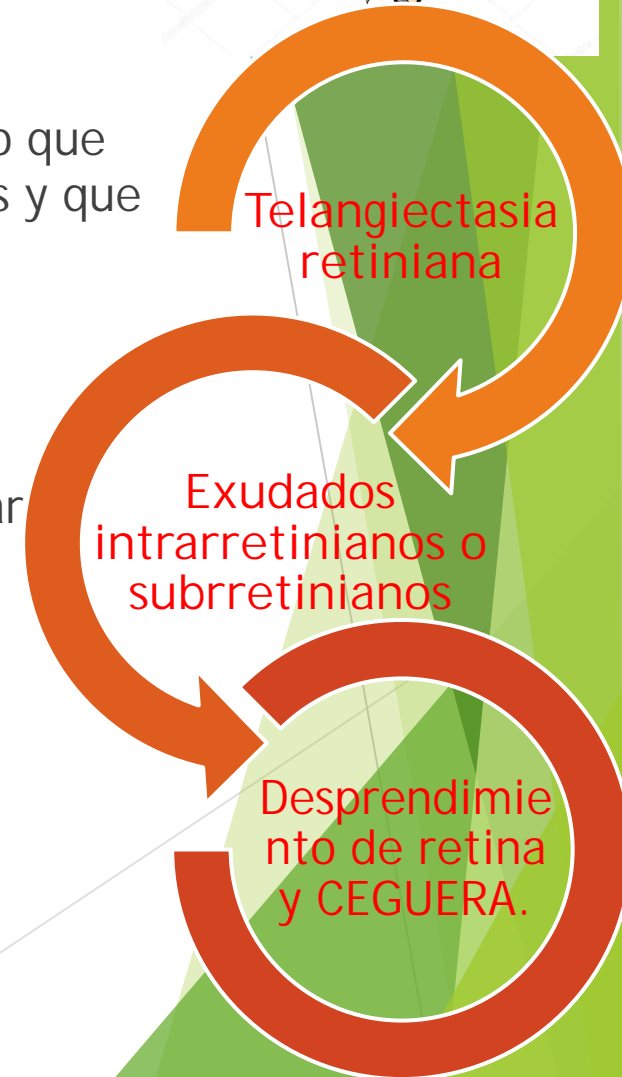
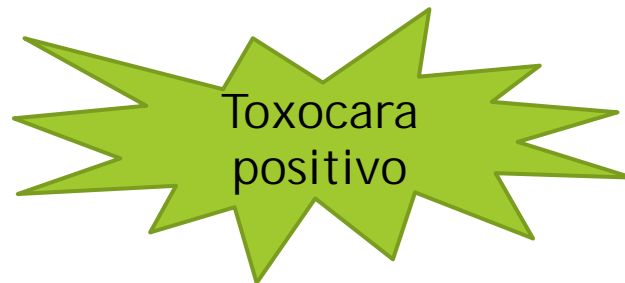
- ▶ Ocho meses después Alma reacude a la consulta.
- ▶ La madre refiere que en estos meses se ha quejado en varias ocasiones de la vista, pero que en la última semana está quejándose demasiado. “Yo no la quería traer pero se ha empeñado” .
- ▶ Se realiza optotipos. Pérdida de agudeza visual severa.
- ▶ Derivación a Oftalmología.
- ▶ Se realiza fondo de ojo y OCT con desprendimiento de retina exudativo por lo que se ingresa para estudio e intervención.
- ▶ Principal sospecha diagnóstica: enfermedad de Coats.





Caso N°3. Enfermedad de Coats.

- ▶ La enfermedad de Coats es un trastorno idiopático que suele afectar a niños pequeños por lo demás sanos y que se caracteriza por
- ▶ Siguiendo con el caso de Alma: Se manda a cultivar exudado retiniano...



Toxocariasis.

- ▶ Nematodo que infecta con frecuencia a perros y gatos expulsando huevos en sus heces.
- ▶ Los huevos son ingeridos por humanos. La enfermedad se produce en el estado larvario del parásito.
- ▶ La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas. Hay dos formas clínicas:
 - ▶ Toxocariasis ocular: inflamación y daño retiniano con pérdida de visión permanente.
 - ▶ Toxocariasis visceral: neumonías, hepatopatías, afectación del SNC
- ▶ La sospecha clínica es fundamental. Los anticuerpos pueden ser negativos en la forma ocular.
- ▶ Tratamiento: albendazol+ tratamiento de complicaciones.

Índice.

- ▶ Introducción.
- ▶ Caso clínico nº1: estrabismo.
- ▶ Caso clínico nº2: pérdida de visión y dolor.
- ▶ Caso clínico nº3: pérdida de visión.
- ▶ Ideas claves.
- ▶ Bibliografía.

Ideas claves

- ▶ Todo niño precisa de una anamnesis y una exploración física minuciosa.
- ▶ El pediatra debe estar receptivo a la información que obtiene tanto de la historia clínica como de la exploración y no predispuesto a un juicio clínico.
- ▶ La población infantil es generalmente sana, pero hay que estar alerta a los posibles “lobos” pues el diagnóstico vital y funcional puede depender de una actuación diagnóstica y terapéutica adecuada y precoz.
- ▶ Motivos de consultas habituales como el estrabismo o la cojera pueden ser la manifestación clínica de una enfermedad severa.
- ▶ Ante un niño que presenta signos y síntomas que nos parecen discordantes con la exploración siempre debemos de descartar organicidad.
- ▶ Las pruebas complementarias deben ser solicitadas en función de la sospecha clínica, evitando una medicina defensiva.

Índice.

- ▶ Introducción.
- ▶ Caso clínico nº1: estrabismo.
- ▶ Caso clínico nº2: pérdida de visión y dolor.
- ▶ Caso clínico nº3: pérdida de visión.
- ▶ Ideas claves.
- ▶ **Bibliografía.**

Bibliografía

- ▶ Estrabismo y ambliopía. M.N Merchante Alcátara. *Pediatr Integral* 2013; XVII(7): 489-506
- ▶ Ojo rojo en pediatría. A. Clement Corral, S. Clement corral. *Pediatr Integral* 2013; XVII(7): 477-482
- ▶ Optic neuritis in childhood. A pediatric series, literature review and treatment approach. D. Lopez-Martin, J. Martinez-Anton. [REV NEUROL 2016;63:103-108] [PMID: 27412016](#)
- ▶ Características clínicas de la neuritis óptica en niños en un hospital de tercer nivel en México. J.C. Licea-Blanco, E.E. Paypa-Jabre *Medicina Universitaria* 2013;15:15-20
- ▶ Optic Neuritis Treatment. K. Boyd. American Academy of Ophthalmology. 2016
- ▶ Pérdida visual no orgánica. E. Santos-Bueso, F. Sáenz—Francés. *Anales de Pediatría*, 2015; Vol 82, Num 1.
- ▶ Base de datos Orphanet. Enfermedad de Coats *Revisores expertos: Dr Baker HUBBARD - Dr Philip LAIRD - Última actualización: Julio 2013*
- ▶ Enfermedad de Coats. *American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*
- ▶ Parasites - Toxocariasis. Center for Disease Control and Prevention. Last revision 2013
- ▶ Toxocariasis in Children: An Update on Clinical Manifestations, Diagnosis, and Treatment. N. Mostfa, M. Ezzelarab. *Pediatric Infectious diseases* 2017;12:222-227

Muchas gracias

