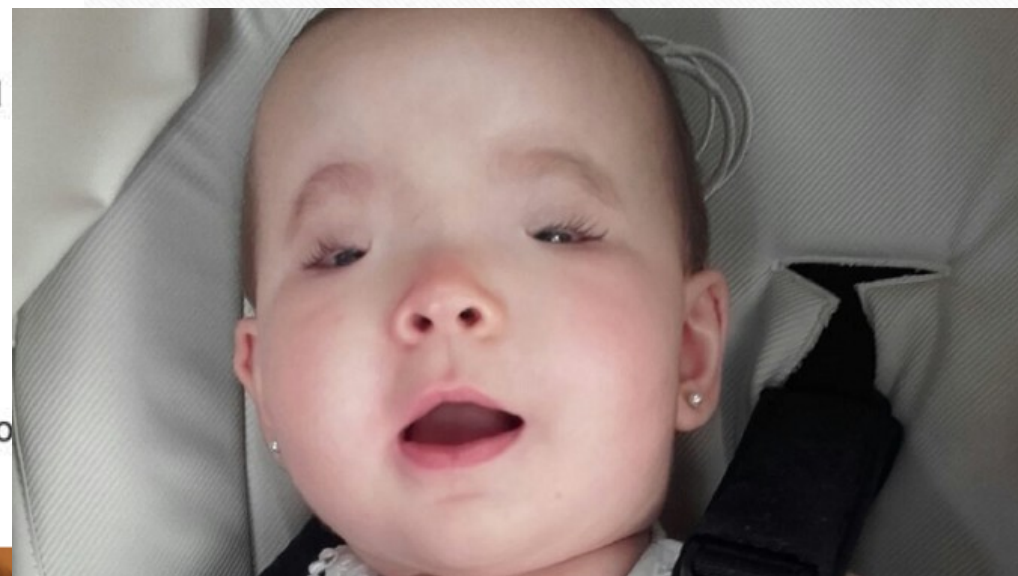
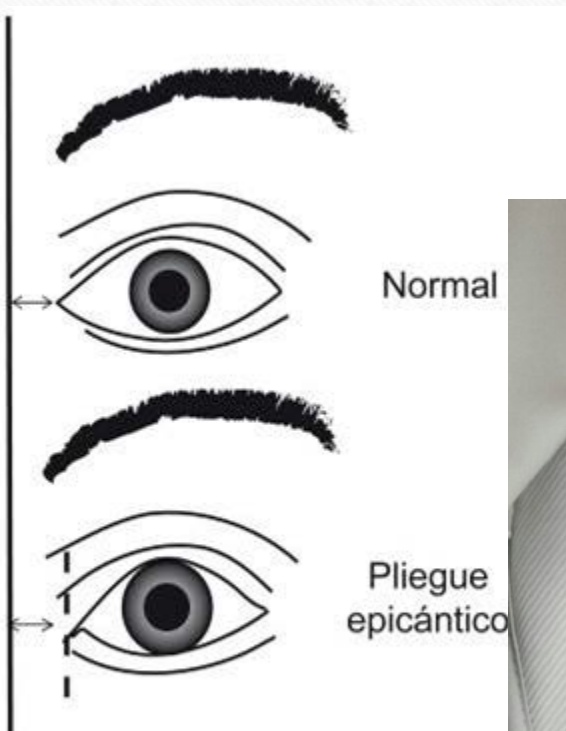


PATOLOGIA PEDIATRICA

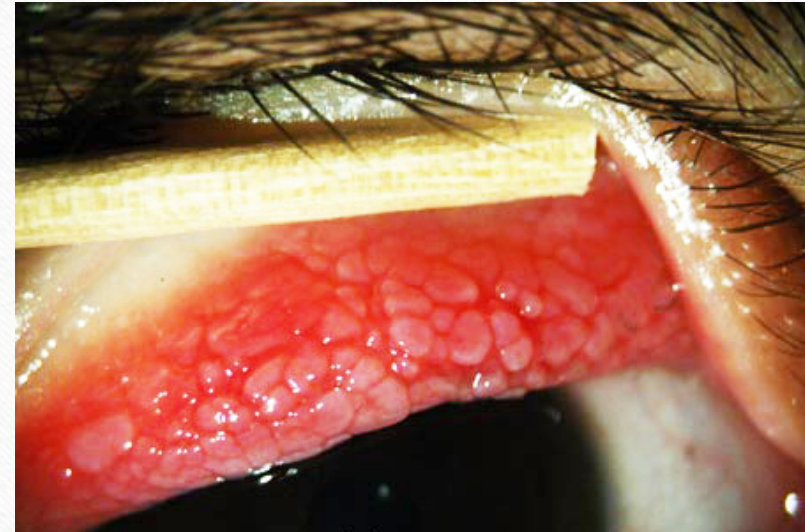
ORBITA Y OCULOPLASTIA

- CELULITIS
 - QUISTE DERMOIDE SUPERFICIAL
 - ENCEFALOCELE
 - HEMANGIOMA CAPILAR, ORBITARIO o PALPEBRAL
 - PTOSIS
 - PLIEGUES EPICÁNTICOS: Pseudoestrabismo
 - EPIBLEFARON
 - OBSTRUCCIÓN CONGÉNITA DEL CONDUCTO NASOLAGRIMAL
- PROPTOSIS**



SUPERFICIE ANTERIOR

- CONJUNTIVITIS NEONATAL
- QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL
 - Bilateral y recurrente
 - Conjuntiva tarsal superior y/o limbo superior
 - 5-9 años, importante fotofobia, “ojo más cerrado”
 - Secreción mucosa
- LEUCOCORIA
 - Catarata congénita
 - Desprendimiento de retina
 - Retinoblastoma
 - Enfermedad de Coats
 - Vitreo primari hiperplásico persistente



LEUCOCORIA

- La presencia de leucocoria **siempre es patológica**.
- Es muy importante, dado que la inmensa mayoría de los pacientes son pediátricos, mantener una excelente comunicación con los padres del paciente, hacerles conciencia de la potencial gravedad del problema y de la rapidez con la que se tiene que hacer la evaluación, los estudios requeridos, y el tratamiento (si es que es requerido).
- Asimismo, es importante educar a los pediatras en la adecuada exploración de estos pacientes y su rápida referencia al oftalmólogo, dado que ellos pueden ser los primeros en detectar el problema.

LEUCOCORIA

- **Corroborar la ausencia del reflejo rojo:** La manera más sencilla de realizar este paso es observar la pupila del paciente a distancia utilizando un oftalmoscopio directo, mientras el paciente observa directamente la luz.
- Exploración del ojo mediante **:biomicroscopía** Esto nos permite evaluar adecuadamente las estructuras del segmento anterior y evaluar las opacidades que se encuentren en el cristalino o inmediatamente por detrás de él.
- **Exploración del ojo bajo dilatación farmacológica:** Esto nos permite evaluar adecuadamente lesiones que se encuentren en el **vítreo, la retina y/o el nervio óptico**. En ocasiones dada la poca cooperación de los pacientes pediátricos puede ser necesaria una exploración bajo anestesia general.
- Estudios de gabinete: Se debe recurrir a ellos cuando no se pueda llegar a un diagnóstico certero después de la evaluación clínica del paciente (pasos 1-3), o cuando la opacidad de medios no nos permita realizar una exploración completa. El estudio que generalmente se tiene más al alcance es el **ultrasonido modo B**. Es de vital importancia comunicar al especialista en ecografía nuestras sospechas diagnósticas o los hallazgos que se desean descartar o confirmar.
- La **tomografía axial computada** puede llegar a ser de gran importancia sobre todo cuando se tiene la sospecha de retinoblastoma dado que este estudio tiene una alta sensibilidad para detectar calcificaciones.

LEUCOCORIA



CATARATA



RETINOBLASTOMA



ENFERMEDAD DE COATS



CATARATA CONGENITA

PROBLEMAS DE MOTILIDAD OCULAR

- **ESTRABISMO CONGÉNITO (0-6 MESES)**
 - PSEUDOESTRABISMO
 - ESTRABISMO: LIMITACIÓN DE LA ABDUCCIÓN
- **ESTRABISMO INFANTIL (2 AÑOS)**
 - Remitir urgente / preferente para descartar causa orgánica
 - Causa más frecuente: defecto refractivo
- **ESTRABISMO AGUDO**
 - Tumores
 - Hipertension intracraneal benigna
 - Estrabismolatente que se descompensa
 - Después de episodios infecciosos de vías altas



–Alteraciones de polo anterior

.Catarata congénita

.Glaucoma congénito no tratado

–Alteraciones de polo posterior

.Infecciones

.Desprendimiento de retina