

Conjuntivitis en la infancia

Fecha de la última revisión: 14/01/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La conjuntiva es la membrana mucosa que cubre la superficie interna de los párpados y la superficie del globo ocular hasta el limbo (unión de la esclera y de la cornea) constituyendo la primera barrera inmunológica efectiva del ojo frente a agentes biológicos y cuerpos extraños. La inflamación de la misma se denomina conjuntivitis. Cuando también está implicada la superficie corneal hablamos de queratoconjuntivitis. La agresión a la conjuntiva produce vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular e infiltrado inflamatorio, dando lugar a hiperemia y edema.

Su prevalencia es significativa y produce múltiples consultas en atención primaria y urgencias hospitalarias, siendo causa importante de absentismo escolar.

Puede ser primaria o bien secundaria a una enfermedad sistémica, siendo la primera causa de ojo rojo en la infancia. La mayoría de las conjuntivitis son autolimitadas, pero no debemos olvidar que en algunas ocasiones pueden ocurrir complicaciones graves tanto a nivel ocular como extraocular.

Según la etiología se clasifican en:

1. Conjuntivitis infecciosa: los agentes más frecuentes son los virus, las bacterias, las *Chlamydias* y mucho menos frecuentes los parásitos y los hongos.

- **Bacteriana:** más frecuentes en la infancia (Jacobs D, 2015). Los patógenos más habituales son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b y no tipable, *Staphylococcus aureus* (más frecuente en adultos y productor de conjuntivitis crónicas), y *Moraxella catarrhalis* (Patel PB, 2007). Las infecciones por gram negativos son más frecuentes en los portadores de lentes de contacto. La obstrucción del conducto lacrimal es un factor favorecedor en el lactante.
- **Virica:** es la causa más frecuente de conjuntivitis infecciosas agudas en niños mayores y adultos. El más frecuente es el adenovirus (Jhanji V, 2015), pudiendo ocurrir de forma esporádica o bien en brotes epidémicos. Puede causar fiebre faringoconjuntival y queratoconjuntivitis epidémica. Otros virus que pueden producir conjuntivitis son el herpes simple, picornavirus, virus varicela-zóster, poxvirus (*molluscum contagiosum*) (Barnes S, 2010). Los enterovirus-70 pueden producir una conjuntivitis hemorrágica.
- **Chlamydia:** es la principal causa infecciosa de ceguera en el mundo. Constituye la principal causa, junto con *Neisseria gonorrhoeae*, de oftalmia neonatorum en los países desarrollados (conjuntivitis en el primer mes de vida adquirida por la exposición a secreciones cervicovaginales infectadas durante el parto. Puede asociarse con infección a otros niveles: pulmonar, nasofaríngeo o genital).
Ya que suele ser una infección de transmisión sexual, es poco frecuente en la infancia. En adolescentes debe ser sospechada en los casos de conjuntivitis foliculares que se cronifican y que no responden a la terapia convencional. Es bastante habitual que sean unioculares.
En el adulto puede producir una conjuntivitis folicular crónica, de inicio agudo o subagudo, que se asocia a manifestaciones sistémicas, tales como infección genital, urinaria o del tracto respiratorio y que puede persistir si no se pone tratamiento.
- **Parasitaria:** producida en la mayoría de los casos por *Pthirus pubis*, causa poco frecuente de blefaroconjuntivis. En niños se nos plantea además un importante reto médico-legal ya que puede tratarse de un caso de abuso sexual.
- **Fúngica:** no es habitual. Las producidas por *Candida albicans* casi siempre se acompañan de infección palpebral o bucal.

2. Conjuntivitis no infecciosa:

- **Alérgicas:** causada por alérgenos ambientales que contactan con la superficie ocular y mediante inmunoglobulinas E causan degranulación de mastocitos y liberación de mediadores de la inflamación. Hay varios tipos:
 - **Rinoconjuntivitis alérgica o conjuntivitis alérgica estacional:** es la forma más frecuente (Leonardi A, 2015). Los pacientes habitualmente tienen una historia de otras enfermedades atópicas como eccema, asma o con mayor frecuencia rinitis. La más habitual es la estacional, con síntomas recurrentes en primavera y verano. La conjuntivitis perenne empeora más en otoño.
 - **Queratoconjuntivitis vernal:** es una forma relativamente grave de conjuntivitis alérgica. Se caracteriza por la presencia de papilas mayores de 1 mm de diámetro en la conjuntiva tarsal superior, con aspecto en empedrado. También pueden aparecer papilas en el limbo corneo-escleral y úlceras corneales no infecciosas (úlceras en escudo). El 95% remiten al final de la adolescencia, aunque pueden desarrollar queratoconjuntivitis atópica.
 - **Queratoconjuntivitis atópica:** es un trastorno inflamatorio crónico, con exacerbaciones, de la superficie ocular que afecta a niños de mayor edad con dermatitis atópica. Es la forma más grave de conjuntivitis alérgica debido a las lesiones que puede sufrir la cornea; debe ser tratada convenientemente y en caso de duda o de síntomas de queratitis, se debe remitir al oftalmólogo pues requiere tratamiento a largo plazo para evitar complicaciones oculares que pueden dar lugar a la pérdida de la visión. A diferencia de la queratoconjuntivitis vernal, no suele mejorar en la adolescencia.
 - **Conjuntivitis papilar gigante:** síndrome inflamatorio no infeccioso de la superficie ocular que para su aparición es necesario un estímulo mecánico (que suele ser el empleo de lentes de contacto), pero que en su desarrollo también interviene un mecanismo inmunitario. Se caracteriza por la presencia de papilas gigantes en la conjuntiva tarsal superior. Clínicamente es similar a la conjuntivitis vernal, pero con síntomas más leves. Es la primera causa de intolerancia a lentillas en nuestro medio. En fases precoces, y bien tratada por el oftalmólogo, puede ser controlada en el 70-80% de los casos.
- **Mecánica o irritativa:** tras contacto con un cuerpo extraño, agente químico, o bien por ojo seco, puede presentarse enrojecimiento conjuntival y secreción. Menos frecuentes en niños.
- **Blefaroconjuntivitis:** en niños con blefaritis, es muy frecuente la aparición de una conjuntivitis aguda secundaria, que suele ser recidivante. Son signos típicos la costra crónica en el borde palpebral. El antecedente de blefaritis y la exploración suelen facilitar el diagnóstico (Hammersmith KM, 2015).

¿Cómo se diagnostica?

La conjuntivitis es, en general, un diagnóstico clínico y de exclusión. Puede hacerse solo si la visión está conservada y no hay evidencia de queratitis, iritis o glaucoma de ángulo cerrado. En atención primaria al no tener equipamiento especializado hace que sean cruciales una buena historia clínica y exploración física para tomar decisiones apropiadas para el manejo y tratamiento de esta patología ocular.

Debemos interrogar sobre la duración, los factores que exacerban los síntomas, si es uni o bilateral o si toma algún tipo de medicación. Asimismo, si hay historia reciente de traumatismo ocular, de cirugía previa, alergia, tratamientos que recibe, enfermedades sistémicas o si es portador de lentes de contacto (estos últimos tienen un alto riesgo de queratitis por *Pseudomona*, especialmente en aquellos con lentes de uso prolongado. Puede causar una queratitis ulcerativa que puede dar perforación rápidamente si no se trata a tiempo).

Los síntomas oculares y el tipo de secreción pueden ayudarnos a determinar la causa de la conjuntivitis.

Síntomas:

- Sensación de cuerpo extraño, escozor o prurito. Más intensos por la mañana. En la práctica, preguntado convenientemente, los pacientes más mayores suelen diferenciar el picor (conjuntivitis alérgicas) de otras molestias como el roce (aparece en casi todas las conjuntivitis) o el ardor (blefaritis y ojo seco). Si hay dolor, pensar en una queratitis asociada. Es muy característico de las conjuntivitis alérgicas el intenso picor que les lleva a frotarse constantemente los ojos.
- Fotofobia moderada, si fuera muy intensa deberemos saber que es un signo de gravedad.
- Visión borrosa transitoria. Suele ser causada por la presencia de secreciones conjuntivales, que remite al ser eliminadas. Se debe ser cuidadoso al evaluar este síntoma y si se sospecha que existe un deterioro visual, se derivará al paciente al oftalmólogo.

Signos:

- Secreciones conjuntivales anómalas:
 - Serosa o acuosa: hipersecreción lagrimal refleja, característica de la infección vírica.
 - Mucosa: hipersecreción mucinosa de las células caliciformes, típica de las conjuntivitis alérgicas.
 - Purulenta o mucopurulenta: combinación de suero exudado de los vasos conjuntivales, células epiteliales, fibrina, moco y células polimorfonucleares que en la práctica se traduce en secreciones amarillentas o verdosas que hacen típicamente que se peguen los ojos al despertar (Patel PB, 2007). Es un signo típico de la infección bacteriana o por *Chlamydias*.
- Edema palpebral inflamatorio que puede causar una ptosis mecánica.
- Quemosis conjuntival: se trata de la protrusión de la conjuntiva bulbar. Es muy característico de las conjuntivitis alérgicas y a veces se instaura bruscamente. También se puede ver en las bacterianas hiperagudas.
- Hiperemia conjuntival difusa.
- Formaciones proliferativas tisulares: es difícil en ocasiones diferenciar algunas de ellas (LaMattina K, 2014) pues es necesario una lámpara de hendidura, que no es accesible desde la consulta de atención primaria y además exige estar familiarizado con la exploración de la conjuntiva.
 - Folículos: hipertrofia del tejido linfoide del fondo de saco conjuntival y de la conjuntiva tarsal, que da lugar a pequeñas elevaciones redondeadas. Característico de las conjuntivitis infecciosas.
 - Papilas: elevaciones aplanadas de forma poligonal en la conjuntiva tarsal superior, pueden dar una imagen en empedrado. Son típicas de las conjuntivitis alérgicas.
 - Pseudomembrana: placa formada por células inflamatorias, moco y fibrina que se deposita sobre el epitelio conjuntival y se coagula en la superficie, esta placa se desprende con facilidad del epitelio subyacente. Si no se desprende se denomina membrana.
- Hemorragias subconjuntivales únicas o múltiples.
- Presencia de adenopatía regional, sobre todo, preauricular generalmente indolora. Se observa en las conjuntivitis virales y por *Chlamydias*.
- Presencia de vesículas en la piel de los párpados, que en niños de corta edad nos hará sospechar una primoinfección herpética. Supone 1-5% de los casos de conjuntivitis aguda. Suele ser unilateral. En recidivas, la conjuntivitis herpética es igual a la causada por otros virus por lo que debe ser sospechada en niños con antecedentes de herpes ocular, inmunodeprimidos, en tratamiento con corticoides, en casos de afectación de un solo ojo y si desarrollan signos de queratitis (dolor, fotofobia, lagrimeo reflejo o pérdida de visión).
- Se debe descartar presencia de cuerpo extraño.
- Valorar si se asocia a otitis media que nos hará pensar en que estamos ante *Haemophilus influenzae* o bien si presenta un cuadro catarral asociado que se da en las conjuntivitis víricas.
- Valorar si asocia patología corneal: queratitis epitelial puntiforme, infiltrados corneales subepiteliales y microabscesos. En la práctica, la presencia de un ojo rojo con algún tipo de lesión corneal (lesión opaca o blanquecina en la cornea), especialmente si se acompaña de dolor, fotofobia, lagrimeo o pérdida de visión, debe ser remitido al oftalmólogo de forma urgente.

Las características que presentan los pacientes en función de la etiología se registran en la tabla siguiente:

Tabla 1. Características de la conjuntivitis en función de la etiología.			
	Características	Síntomas	Signos
Conjuntivitis bacteriana	Inicialmente unilateral, en 48 horas bilateral.	Secreción mucopurulenta o purulenta.	• Edema palpebral leve-moderado. • Hipertrofia papilar. • Membranas y pseudomembranas.
Conjuntivitis vírica	Inicialmente unilateral, y a los pocos días bilateral. Clínica sistémica asociada de infección respiratoria de vías altas.	Secreción serosa o serofibrinosa.	• Hipertrofia folicular. • Membranas y pseudomembranas. • Queratitis. • Úlcera dendrítica (virus herpes simple). • Adenopatía preauricular.
Conjuntivitis alérgica	Afectación bilateral. Hª personal o familiar de atopía.	Prurito. Secreción mucosa o seromucosa.	• Edema palpebral. • Quemosis. • Hiperplasia papilar.

Debemos conocer que existen unos signos de **alarma**, que en su presencia es preciso derivar al paciente a un oftalmólogo (AAO, 2013):

- Pérdida de visión.
- Hiperemia ciliar: enrojecimiento más pronunciado en el limbo en forma de anillo.
- Fotofobia intensa.
- Sensación intensa de cuerpo extraño que impide la apertura ocular.
- Opacidad corneal.
- Secreción purulenta intensa.
- Dolor moderado o severo.
- No mejoría después de una semana de tratamiento.
- Episodios recurrentes.
- Historia de herpes simple ocular.

En relación a la recogida de estudios complementarios, en general no son necesarios inicialmente para diagnosticar y tratar una conjuntivitis.

Existen unos test diagnósticos rápidos por inmunocromatografía para el diagnóstico de conjuntivitis por adenovirus (Deniz C, 2012) con una gran sensibilidad (90%) y especificidad (96%) (Sambursky R, 2013) aunque no suelen estar disponibles para atención primaria. Sería muy interesante poder tenerlos en la consulta pues permitiría un diagnóstico rápido y evitaría tratamientos antibióticos innecesarios (Jhanji V, 2015), ahorrando costes sanitarios.

Respecto a la toma de exudado ocular para cultivo y antibiograma, se reserva para los siguientes casos:

- Sospecha de conjuntivitis neonatal.
- Conjuntivitis recurrente.
- Conjuntivitis recalcitrante al tratamiento.
- Conjuntivitis con intensa secreción purulenta.
- Sospecha de infección gonocócica o por *Chlamydia*.

En los pacientes que sufran conjuntivitis alérgicas frecuentes o bien si ésta es perenne, puede ser útil realizar pruebas alérgicas, para determinar el agente desencadenante.

El frotis conjuntival también puede ser de ayuda en estos casos ya que en las conjuntivitis alérgicas observaríamos un gran número de eosinófilos.

¿Cómo se trata?

Como norma general, los corticoides, usados frecuentemente en casos de conjuntivitis, no deben ser empleados de forma indiscriminada (AAO, 2013), usándolos sólo en casos excepcionales. Idealmente el tratamiento debe ir dirigido directamente a tratar la causa.

Medidas higiénicas generales:

- Limpieza de la superficie palpebral y de las pestañas.
- Irrigación frecuente de la superficie ocular con solución salina estéril o administración de gotas oculares lubricantes.
- Aplicación de compresas frías. Muy útil en las conjuntivitis víricas.
- Higiene personal para evitar el contagio en caso de conjuntivitis infecciosas: no compartir toallas, lavarse frecuentemente las manos y evitar tocarse los ojos (AAO, 2013).
- Debe suspenderse el uso de las lentes de contacto (hasta pasadas 48 horas resolución síntomas).

Conjuntivitis bacterianas:

Suelen ser autolimitadas en la mayoría de los casos (Visscher KL, 2007), pero el tratamiento antibiótico tópico probablemente acelere la recuperación y prevenga la reinfección y transmisión si se aplica antes del 6º día de tratamiento (Jacobs D, 2015).

En la forma típica se admite la utilización empírica (sin estudio bacteriológico previo) durante 7 días de un colirio antibiótico de amplio espectro. No existen evidencias sobre la superioridad de ningún antibiótico en particular (Cronau H, 2010). La **tobramicina** es muy utilizada o bien alguno de los siguientes antibióticos: aminoglucósidos (**gentamicina** y **neomicina**), fluoroquinolonas (en el caso de portadores de lentes de contacto, alta incidencia de infección por *Pseudomonas*), **polimixina B**, **ácido fusídico** o **bacitracina**. Algunos autores citan que no se debería usar **cloranfenicol** para el tratamiento habitual por posible asociación con anemia aplásica. Estudios recientes (Bremond-Gignac D, 2015) han observado que una pauta de 3 días, dos veces al día de **azitromicina** al 1,5% da lugar a una recuperación clínica más rápida que la **tobramicina** 0,3%, además de ser una pauta más corta y más fácil de administrar.

Habitualmente suelen responder en unos dos días con disminución de la secreción, el enrojecimiento y la irritación. En algunas ocasiones es necesario asociar un colirio antiinflamatorio no esteroideo (AINE). No deben administrarse corticoides ni anestésicos, ni ocluirse el ojo. En conjuntivitis especialmente purulentas, el paciente debería ser remitido al oftalmólogo.

En el niño pequeño, la recidiva de conjuntivitis bacterianas debe llevar sistemáticamente a buscar una anomalía de las vías de excreción lacrimal.

Se reserva el empleo de antibioterapia sistémica si:

- Infección gonocócica (**ceftriaxona**, en ocasiones con **azitromicina**), *Chlamydia trachomatis* (**azitromicina** o **eritromicina**).
- *Haemophilus influenzae*: **amoxicilina-clavulánico** (25% otitis concomitante).

Conjuntivitis víricas:

Suelen resolverse espontáneamente en 2-3 semanas. En el caso de que esté producida por adenovirus, es importante informar de la gran contagiosidad y, por tanto, de las medidas higiénicas necesarias para evitar contagios (Cronau H, 2010): lavado de manos, no compartir toallas, no acudir a las guarderías/colegios en 7 días, etc. Es un proceso autolimitado y no existen tratamientos efectivos, aunque la limpieza de secreciones, el uso de compresas frías 3-4 veces al día, la instilación de un colirio AINE (1 gota cada 2 horas) y los colirios antihistamínicos pueden aliviar los síntomas. Los antibióticos tópicos no protegen contra infecciones secundarias, y su uso puede complicar el curso causando toxicidad o alergia. Se debe remitir al oftalmólogo si no se resuelve en 7-10 días.

En ocasiones el oftalmólogo indicará el uso de esteroides tópicos, en el caso de una intensa conjuntivitis adenovírica membranosa o pseudomembranosa. No deben usarse por el médico de atención primaria ya que pueden favorecer la replicación vírica y extender el período durante el cual el paciente sigue siendo infeccioso.

En el caso de conjuntivitis por herpes se deben administrar antivirales tópicos para prevenir la infección corneal: **aciclovir** 5 veces al día durante 15 días y en algunas ocasiones se debe dar también el mismo tratamiento por vía oral. Los esteroides tópicos se deben evitar porque potencian el virus y pueden causar daño ocular (Azari A, 2013). Dado que el tratamiento del herpes ocular es a veces francamente complejo, se debería derivar al oftalmólogo para su seguimiento.

Conjuntivitis por *molluscum contagiosum*:

Aunque las lesiones son autolimitadas en el paciente inmunocompetente, pueden durar mucho tiempo y con frecuencia se requiere su extirpación para tratar la conjuntivitis secundaria o por razones estéticas.

Conjuntivitis alérgicas:

Lo más importante es intentar evitar el alérgeno. La irrigación ocular con lágrimas artificiales frías o el uso de compresas frías pueden aliviar los síntomas.

Aquellos con conjuntivitis alérgica estacional deberían iniciar el tratamiento, al menos, 2-4 semanas antes de la llegada del polen (Hamrach P, 2015).

Son útiles los vasoconstrictores tópicos (el tratamiento durante más de 15 días puede producir efecto rebote), colirios antihistamínicos, estabilizadores de mastocitos, antiinflamatorios no esteroideos e incluso los corticoides tópicos pueden estar indicados (su uso está asociado con la formación de cataratas y el aumento de la presión intraocular, por lo que deben usarse con precaución) (Azari A, 2013).

Los pacientes con episodios frecuentes (>2 episodios/mes) pueden beneficiarse del tratamiento combinado de antihistamínico tópico con estabilizados de mastocitos, manteniéndolos un mínimo de 2 semanas, como **olopatadina**, **azelastina** o **ketotifeno** (Hamrach P, 2015). Si asocian rinitis, deberían añadir un glucocorticoide nasal y en ocasiones un antihistamínico oral.

Si persiste la clínica a pesar del tratamiento, deberían derivarse al oftalmólogo así como consultar con el alergólogo para valoración de otro tipo de medidas. La inmunoterapia sublingual se muestra prometedora como un método seguro para el tratamiento de la rinoconjuntivitis estacional (Lierl MB, 2014).

Blefarconjuntivitis:

La higiene palpebral (toallitas específicas y calor) suele ser suficiente para una buena evolución. Para las exacerbaciones, una dosis baja de macróido tópico, puede disminuir la carga estafilocócica (LaMattina K, 2014). En ocasiones precisarán tratamiento oral.

Bibliografía

- American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern Guideline. AAO Cornea/External Disease PPP Panel, Hoskins Center for Quality Eye Care [Internet]. Conjunctivitis PPP - 2013. [acceso 24/1/2016]. American Academy of Ophthalmology; 2013. Disponible en: <http://www.aao.org/preferred-practice-pattern/conjunctivitis-ppp--2013>
- Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013;310(16):1721-9. PubMed **PMID: 24150468. Texto completo**
- Bremont-Gignac D, Messaoud R, Lazreg S, Speeg-Schatz C, Renault D, Chiambaretta F. A 3-day regimen with azithromycin 1.5% eyedrops for the treatment of purulent bacterial conjunctivitis in children: efficacy on clinical signs and impact on the burden of illness. Clin Ophthalmol. 2015;9:725-32. PubMed **PMID: 25945033. Texto completo**
- Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-44. PubMed **PMID: 20082509. Texto completo**
- Deniz C, Reina J. Utilidad de la inmunofluorescencia directa en el diagnóstico rápido y específico de conjuntivitis por adenovirus. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30:658-9. PubMed **PMID: 22676991**
- Ferri FF. Conjunctivitis. En: Ferri's Clinical Advisor 2016. 1st ed. Ed. Elsevier; 2016. p. 362-3.
- Hammersmith KM. Blepharokeratoconjunctivitis in children. Curr Opin Ophthalmol. 2015;26(4):301-5. PubMed **PMID: 26058029**
- Hamrah P, Dana R. Allergic conjunctivitis: Management [Internet]. En Waltham MA: UpToDate; 2016, version 23.7. [acceso 24/1/2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Jacobs DS. Conjunctivitis [Internet]. En Waltham MA: UpToDate; 2016, version 23.7. [acceso 24/1/2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Jhanji V, Chan TC, Li EY, Agarwal K, Vajpayee RB. Adenoviral keratoconjunctivitis. Surv Ophthalmol. 2015;60(5):435-43. PubMed **PMID: 26077630**
- LaMattina K, Thompson L. Pediatric conjunctivitis. Dis Mon. 2014;60(6):231-8. PubMed **PMID: 24906667**
- Leonardi A, Castegnaro A, Valerio AL, Lazzarini D. Epidemiology of allergic conjunctivitis: clinical appearance and treatment patterns in a population-based study. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2015;15(5):482-8. PubMed **PMID: 26258920**
- Lierl MB. New developments in the treatment of pediatric allergic rhinitis and conjunctivitis. Pediatr Ann. 2014;43(8):e192-200. PubMed **PMID: 25102489**
- Patel PB, Diaz MC, Bennett JE, Attia MW. Clinical features of bacterial conjunctivitis in children. Acad Emerg Med. 2007;14(1):1-5. PubMed **PMID: 17119185**
- Visscher KL, Hutnik CM, Thomas M. Evidence-based treatment of acute infective conjunctivitis: Breaking the cycle of antibiotic prescribing. Can Fam Physician. 2009;55(11):1071-5. PubMed **PMID: 19910590. Texto completo**

Más en la red

- American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern Guideline. AAO Cornea/External Disease PPP Panel, Hoskins Center for Quality Eye Care [Internet]. Conjunctivitis PPP - 2013. [acceso 24/1/2016]. American Academy of Ophthalmology; 2013. Disponible en:<http://www.aao.org/preferred-practice-pattern/conjunctivitis-ppp--2013>
- Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-44. PubMed **PMID: 20082509. Texto completo**
- LaMattina K, Thompson L. Pediatric conjunctivitis. Dis Mon. 2014;60(6):231-8. PubMed **PMID: 24906667**
- Wong MM, Anninger W. The pediatric red eye. Pediatr Clin North Am. 2014 Jun;61(3):591-606. PubMed **PMID: 24852155**

Autores

▪ Vanessa Moya Dionisio	Médico Residente de Pediatría (1)
▪ Carmen Elena González Álvarez	Médico Residente de Pediatría (1)
▪ Alicia Isabel Pascual Pérez	Médico Residente de Pediatría (1)
▪ Victoria Rodríguez de la Rúa	Médico Especialista en Pediatría (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). España.
(2) Centro de Salud El Cristo. Oviedo (Asturias). España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

