3.4 CONJUNTIVITIS

SIGNOS Y SÍNTOMAS

• Una adecuada anamnesis es necesaria en los cuadros oftalmológicos.
• Inicialmente se debe realizar una evaluación de ojo rojo en un paciente.

EVALUACIÓN DE OJO ROJO

1. Agudeza visual.
2. Eversión tarsal: evertir el párpado para su examinación, determine presencia de cuerpo extraño, folículos o papilas.
3. Tamaño y forma de pupilas: tamaño y reacción fotomotora.
4. Estimación de la presión ocular: digito presión o si está disponible la tonometría.
5. Determinar el tipo de ojo rojo:
    a. Conjuntival
    b. Palpebral o periférico.
    c. Periquerático o ciliar.
    d. Localizado.
6. Tipo de secreción: lagrimeo, secreción mucosa o purulenta.
7. Presencia de dolor o picazón.
8. Exploración de la cámara anterior y de la córnea: determinar tamaño de la cámara anterior y opacidades corneales.
9. Reacción con fluoresceína.
10. Fondo de ojo.

ETIOLOGÍA

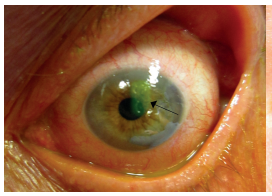
• Viral: 85% de los casos de conjuntivitis, Adenovirus principalmente.
• Bacteriana: 10 -15% de los casos. Estafilococo aureus, Estreptococo pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxela catarrhalis.
• Alérgica: Producida por la degranulación de mastocitos y liberación de histamina.

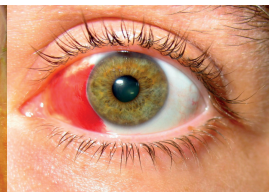
SÍNTOMAS

• Viral: Ojo rojo, bilateral, secreción mucosa o lagrimeo, adenopatía preauricular y conjuntivitis tarsal. Aparece frecuentemente posterior a infecciones respiratorias altas. Altamente contagiosa. Autolimitada en 1 a 2 semanas.
• Bacteriana: Ojo rojo, unilateral inicialmente, secreción muco-purulenta. Los párpados pueden adherirse uno a otro luego del sueño. Contagiosa y autolimitada.
• Alérgica: Ojo rojo, bilateral, con mucho prurito, secreción hialina o lagrimeo y presencia de conjuntivitis tarsal. Puede existir historia de alergias y atopias.

DIAGNÓSTICO

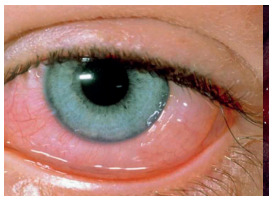
• El diagnóstico es clínico.
• El GRAM de secreción (N. gonorrhoeae), cultivo o antibiograma, son ocasionalmente útiles.

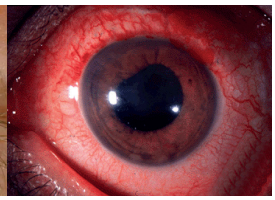

Abrasión Corneal


Hemorragia Conjuntival

Blefaritis

Conjuntivitis Bacteriana


Conjuntivitis Alérgica


Uveitis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

• Abrasión corneal
• Hemorragia subconjuntival
• Blefaritis
• Glaucoma
• Uveitis

SIGNOS DE ALARMA

• Disminución de agudeza visual.
• Ojo rojo ciliar.
• Opacidad corneal.
• Hifema o hipopion.
• Reacción fotomotora pupilar alterada.
• Fotofobia
• Cefalea severa con náuseas

TRATAMIENTO

• Viral: Medidas de soporte. Compresas frías. Lágrimas artificiales.

• Lavado de manos frecuente.

• Bacteriana: Medidas de soporte. Compresas frías. Lágrimas artificiales. Lavado de manos frecuente. Colirio antibiótico de amplio espectro, Tobramicina o Gentamicina 0,3%, 2 gotas cada hora por 24 a 72 horas y luego TID por 5 días; Ciprofloxacina u Ofloxacina 0,3-0,5%, 2 gotas cada 2 horas por 24 a 72 horas y luego 4 veces/día por 5 días. Utilizar ungüento antibiótico oftálmico en la noche.

• Alérgica: Evitar los alérgenos desencadenantes. Lágrimas artificiales. Compresas frías. Vasoconstrictores, antihistamínicos, estabilizadores de mastocitos. Nafazolina 0.025% 2 gotas 4 veces/día, u Olopatadina 0.1% BID, o Cromolin Sódico 4% cuatro veces/día hasta el alivio de los síntomas.

PERLAS

• El uso de corticoides en las conjuntivitis está contraindicado ya que promueven la replicación viral, prolongan el período infeccioso, producen úlceras corneales y hasta perforación e incrementan la presión intraocular.

• Síntomas de emergencia: dolor ocular intenso, pérdida de la agudeza visual, fotofobia, proptosis y síntomas de más de una semana de evolución.

• La examinación de la cámara anterior y la presión intraocular ayudan al diagnóstico de glaucoma agudo de ángulo cerrado.

• El glaucoma agudo de ángulo cerrado es una emergencia médica y debe ser tratado urgentemente antes de la referencia al oftalmólogo.

• Bajo ninguna condición se deben prescribir anestésicos tópicos en casos de conjuntivitis, ya que poseen efectos tóxicos en el epitelio corneal.

• Los vasoconstrictores tópicos deben utilizarse con precaución, ya que pueden enmascarar otras patologías.

• Se prefieren los ungüentos antibióticos en lugar de colirios en niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seth D, Khan FI. Causes and management of red eye in pediatric ophthalmology. Curr Allergy Asthma Rep. 2011 Jun;11(3):212-9
2. Jefferis J, Perera R, Everitt H, van Weert H, Rietveld R, Glasziou P, Rose P. Acute infective conjunctivitis in primary care: who needs antibiotics? An individual patient data meta-analysis. Br J Gen Pract. 2011 Sep;61(590):e542-8
3. Sethuraman U, Kamat D. The red eye: evaluation and management. Clin Pediatr (Phila). 2009 Jul;48(6):588-600
4. Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010 Jan 15;81(2):137-44.
5. Visscher KL, Hutnik CM, Thomas M. Evidence-based treatment of acute infective conjunctivitis: Breaking the cycle of antibiotic prescribing. Can Fam Physician. 2009 Nov;55(11):1071-5.
6. Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. AmJ Med. 2006;119:302-306.
7. Greenberg MF, Pollard ZF. The red eye in childhood. Pediatr Clin N Am. 2003;50:105-124.