

Conjuntivitis

A. Expósito Ordóñez, L. Jiménez Murillo, V. Palomar Alguacil,
L. Llamas Quiñones y F.J. Montero Pérez

CONCEPTO Y ETIOLOGÍA

La *conjuntivitis* se define como la inflamación de la mucosa conjuntival, y es la enfermedad más frecuente de la conjuntiva. Según su *etiología*, se clasifica en: bacteriana, viral, alérgica, clamidial y por otros procesos inflamatorios.

CLÍNICA GENERAL

Síntomas

- Malestar ocular, descrito como sensación de cuerpo extraño, «arenilla», escozor o picor.
- No hay dolor propiamente dicho, fotofobia ni disminución significativa de la visión.

Signos

- Hiperemia conjuntival (ojo rojo).
- Edema conjuntival (quemosis).
- Lagrimeo y secreción (mucosa, purulenta o serosa, dependiendo de la causa). Si la secreción contiene mucha fibrina, puede formar membranas o pseudomembranas (las membranas verdaderas sangran al desprenderlas).
- Reacción hística: folículos (hipertrofia linfóide de la conjuntiva), papilas (formaciones prominentes vasculares).
- Signos asociados: queratitis, blefaritis, adenopatía retroauricular o preauricular.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

Se caracteriza fundamentalmente por la secreción de tipo purulento o mucopurulento. Según su evolución, puede ser aguda, hiperaguda y crónica.

- **Conjuntivitis bacteriana aguda.** Se presenta de forma brusca, generalmente de comienzo unilateral, y afecta al otro ojo en 24-48 h. La secreción suele ser mucopurulenta y los gérmenes más frecuentemente implicados son: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.
- **Conjuntivitis bacteriana hiperaguda.** Se presenta de forma abrupta con secreción purulenta muy copiosa. La manifestación clínica es más florida que en la anterior y consiste en: edema palpebral intenso, dolorimiento,

quemosis conjuntival e incluso formación de membranas y pseudomembranas. Puede haber adenopatía preauricular y riesgo de ulceración y perforación corneales. Esta entidad suele estar producida por *Neisseria*, *Pseudomonas* y *Clostridium diphtheriae*.

- **Conjuntivitis bacteriana crónica.** Los síntomas y signos son más leves y de curso más lento. Puede asociarse a reacción inflamatoria de los párpados (blefaroconjuntivitis crónica) o de las vías lagrimales (conjuntivitis asociada a dacriocistitis crónica). Suele estar producida por *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium lacunata* y bacterias entéricas.

Tratamiento

- Higiene ocular, mediante la limpieza frecuente de las secreciones con suero fisiológico.
- Antibióticos tópicos. Puede utilizarse, entre otros, una asociación de trimetoprima y polimixina B (**Oftalmotrim**®), tobramicina (**Tobrex**®, **Tobrabact**®, colirio 0,3%) o quinolonas, como ciprofloxacino (**Oftacilox**®, colirio y pomada 0,3%). Durante el día se administra el colirio en dosis de 1 gota/2-4 h en ambos ojos, y antes de acostarse, la pomada oftálmica. Esta terapia se mantiene durante 5-7 días. Si no cede con este tratamiento, se confirma el diagnóstico mediante frotis conjuntival, cultivo y antibiograma.
- En la conjuntivitis hiperaguda es necesaria la identificación del germen causante, mediante frotis conjuntival, cultivo y antibiograma. Si se sospecha infección por *Neisseria*, se administran cefalosporinas, como ceftriaxona (**Ceftriaxona Normon**®, viales intramusculares con 1 g) en dosis de 1 g/24 h por vía intramuscular durante 5 días.
- En la blefaroconjuntivitis crónica hay que tratar, además, la meibomititis asociada, mediante fomentos e higiene de las pestañas con champú neutro.
- En la conjuntivitis bacteriana no deben administrarse corticoides.

CONJUNTIVITIS VIRAL

La secreción suele ser de tipo seroso con hiperlagrimeo reflejo. Se asocia a hipertrofia folicular y, en ocasiones, se aprecian lesiones corneales epiteliales (queratoconjuntivitis),

y puede haber adenopatía preauricular. Con relativa frecuencia se acompaña de un cuadro catarral de vías respiratorias altas y fiebre, que es más frecuente en otoño e invierno. Generalmente, los gérmenes implicados son *adenovirus*, *Coxsackie*, *picornavirus* y *Herpesvirus*.

Tratamiento

- Higiene ocular y tratamiento sintomático, mediante la limpieza frecuente de las secreciones y la aplicación de compresas frías.
- Pueden administrarse antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tópicos, como diclofenaco (**Voltaren**[®], colirio 0,1%) en dosis de 1 gota/8 h.
- Puede asociarse profilaxis antibiótica tópica de la posible infección bacteriana secundaria mediante la administración de trimetoprima y polimixina B (**Oftalmotrim**[®]) en dosis de 1 gota/4 h en cada ojo, con descanso nocturno. Esta terapia se mantiene durante 7 días.
- Si se sospecha infección por *Herpesvirus*, se administra aciclovir tópico (**Zovirax**[®], pomada oftálmica 3%) en dosis de 1 aplicación de 10 mm/4 h, durante 7 días; o ganciclovir tópico (**Virgan**[®], gel oftálmico) en dosis de 1 gota cinco veces al día durante 7 días. El ganciclovir también puede ser útil en las conjuntivitis adenovíricas.

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Es una reacción inflamatoria aguda o crónica caracterizada por secreción mucosa, hiperemia y edema conjuntival y, como síntoma fundamental, prurito. Suele tener incidencia estacional y puede haber antecedentes de atopía.

Clínicamente se distinguen varios tipos:

- **Conjuntivitis de la fiebre del heno.**
- **Conjuntivitis atópica.** En el contexto de un paciente con clínica reconocida de atopía.
- **Conjuntivitis vernal.** Es propia de pacientes jóvenes, con afección bilateral y recurrente en primavera.
- **Conjuntivitis alérgica de contacto.** Se asocia a dermatitis eczematosa de los párpados, generalmente producida por cosméticos o medicamentos tópicos.
- **Conjuntivitis microbioalérgica.** Es una reacción de hipersensibilidad de la conjuntiva ante determinados componentes de algunas bacterias (*Staphylococcus*).
- **Conjuntivitis edematosa aguda alérgica.** Es una reacción aislada con quemosis y edema palpebral, que ocurre generalmente en niños sin ningún otro factor añadido.
- **Conjuntivitis papilar gigante.** Cursa con gran hipertrofia papilar y está relacionada con el uso de lentes de contacto, prótesis oculares o después de una intervención quirúrgica ocular por reacción a la sutura.

Tratamiento

- Eliminación del alérgeno, si es posible.
- Aplicación de compresas frías.
- Administración tópica, en cada ojo, de estabilizadores de los mastocitos, como cromoglicato disódico (**Cusicrom**

fuerte oftálmico[®], colirio 4%), en dosis de 1 gota/4 h; o nedocromil (**Tilavist**[®], colirio 2%) en dosis de 1 gota/12 h en cada ojo.

- Antihistamínicos tópicos, como levocabastina (**Bilina**[®], colirio 0,05%) o azelastina (**Corifina**[®], colirio 0,05%) en dosis de 1 gota/12 h en cada ojo.
- También pueden ser útiles los AINE tópicos, como diclofenaco (**Voltaren**[®], colirio 0,1%) en dosis de 1 gota/6 h en cada ojo.
- A veces es necesaria la administración de corticoides tópicos, en cuyo caso hay que elegir uno de poca potencia, como fluorometolona (**FML**[®], colirio 0,1%, **FML**[®] **forte**, colirio 0,25%) en dosis de 1 gota/6 h en cada ojo.

CONJUNTIVITIS CLAMIDIAL

También denominada conjuntivitis de inclusión, suele ser de tipo folicular, con secreción mucopurulenta y tendencia a la cronicidad. Puede acompañarse de adenopatía preauricular. Hay varias entidades clínicas:

- **Tracoma.** Es una conjuntivitis folicular crónica con tendencia a la cicatrización conjuntival y vascularización corneal. Hoy está prácticamente erradicada, si bien con frecuencia se ve a pacientes con secuelas de haberla padecido.
- **Conjuntivitis de inclusión del adulto.** Es una conjuntivitis folicular aguda.
- **Conjuntivitis de inclusión del recién nacido.** Oftalmía neonatal con una incubación de 5-12 días. Se presenta de forma aguda con secreción purulenta bilateral.

Tratamiento

- Higiene ocular, con limpieza frecuente de las secreciones con suero fisiológico.
- En el recién nacido se administran antibióticos tópicos, como clortetraciclina (**Oftalmolosa Cusi Aureomicina**[®], pomada 0,5%) o eritromicina (**Oftalmolosa Cusi Eritromicina**[®], pomada 0,5%), en dosis de 1 aplicación/8 h durante 3-4 semanas.
- La conjuntivitis de inclusión del adulto y el tracoma requieren tratamiento sistémico con tetraciclinas, como doxiciclina (**Vibracina**[®], cápsulas de 100 mg), en dosis de 100 mg/12 h por vía oral durante 21 días.

OTRAS INFLAMACIONES CONJUNTIVALES

- De causa mecánica: ectropión, entropión, triquiasis, etc.
- De causa tóxica: medicación tópica ocular o tóxicos laborales y ambientales.
- De causa física: radiaciones ultravioletas, radiaciones ionizantes, etc.

Tratamiento

- Eliminar el agente o la causa que la ha desencadenado, si se conoce.
- Tratamiento tópico con AINE, como diclofenaco (**Voltaren**[®], colirio 0,1%) en dosis de 1 gota/6 h en cada ojo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Gerstenblith AT, Rabinowitz MP, editors. The Wills Eye manual (Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease). 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Kahn JH, Magauran B, editors. Ophthalmologic Emergencies. Emerg Med Clin North Am 2008;26:1-244.

Kanski JJ, Bowling B, editors. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 7th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2011.

Pavan-Langston D. Manual of ocular diagnosis and therapy. 6th ed. Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.