Capítulo 157

Otros procesos oftalmológicos

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

INTRODUCCIÓN

Además del síndrome del ojo rojo, existen otras patologías oftálmicas frecuentes, de origen infeccioso e inflamatorio, que afectan a los anejos oculares. Las que se presentan con mayor frecuencia son: dacriocistitis aguda, orzuelo, chalazión, blefaritis y celulitis orbitaria y preseptal.

DACRIOCISTITIS AGUDA

Es la inflamación aguda del saco lagrimal, generalmente de causa infecciosa; los gérmenes implicados con mayor frecuencia son estafilococos, neumococos y *Haemophilus*.

Clínicamente se caracteriza por dolor intenso, edema y fuerte reacción inflamatoria de la región del canto interno del ojo. A veces afecta a las estructuras adyacentes al saco lagrimal (pericistitis), e incluso puede llegar a fistulizarse a través de la piel. El saco lagrimal puede estar ocupado por material mucopurulento, que se pone en evidencia con una ligera presión sobre la zona. La vía lagrimal suele estar afectada previamente, y el paciente tiene una historia anterior de epífora (ojo lloroso).

Tratamiento

- Calor local sobre la zona, con suave masaje.
- Analgésicos, como paracetamol (**Febrectal**®, comprimidos de 650 mg), en dosis de 650 mg/6 h por vía oral; o metamizol magnésico (**Nolotil**®, cápsulas de 575 mg y ampollas con 2 g) en dosis de 575 mg/6 h por vía oral o 2 g/8 h por vía intramuscular. Si el dolor no cede, se administra tramadol (**Adolonta**®, cápsulas de 50 mg) en dosis de 50 mg/8 h por vía oral.
- Antibióticos, como cefuroxima (**Zinnat**®, comprimidos y sobres de 250 y 500 mg) en dosis de 250 mg/12 h, o amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine Plus**®, comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 1.000 + 62,5 mg/8 h, ambos por vía oral y durante 7 días.
- Pueden administrarse antibióticos tópicos, como la asociación de trimetoprima y polimixina B (**Oftalmotrim**®) en dosis de 1 gota/4 h durante 5-7 días.
- En los casos en los que la supuración es muy intensa y el absceso se hace fluctuante, se realiza incisión quirúrgica y el drenaje del contenido purulento, lo que permite la cicatrización de la herida por segunda intención.

ORZUELO Y CHALAZIÓN

Orzuelo

Es una infección, generalmente estafilocócica, de las glándulas de Möll o de Zeiss del borde palpebral *(orzuelo externo),* o de una glándula de Meibomio *(orzuelo interno).* Cursa con eritema, edema y dolor localizados. Se trata de un absceso palpebral.

El *tratamiento* se basa en la aplicación de:

- Calor local, con compresas calientes.
- Antibióticos tópicos, como ácido fusídico (**Fucithalmic**®, gel 1%) en dosis de 1 aplicación/4 h en el ojo afectado, durante el primer día, seguida de 1 aplicación/12 h durante 6 días más; o clortetraciclina (**Oftalmolosa Cusi Aureomicina**®, pomada 0,5%) en dosis de 1 aplicación/8 h; o norfloxacino (**Chibroxin**®, colirio 0,3%) en dosis de 1-2 gotas/6 h en el ojo afectado, durante 7 días.
- Si el orzuelo se enquista, puede requerir la extirpación quirúrgica.

Chalazión

Es la inflamación granulomatosa de una glándula de Meibomio. Puede estar provocado por la obstrucción de una glándula y su posterior transformación granulomatosa, o como secuela de un orzuelo previo. Carece de signos inflamatorios agudos.

El *tratamiento* se basa en la administración de:

- Calor local, con compresas calientes.
- Inyección intralesional de corticoides depot, como triamcinolona (**Trigon Depot**®, ampollas con 40 mg).
- Extirpación quirúrgica, en el caso de que no ceda al tratamiento médico.

BLEFARITIS

Es un trastorno inflamatorio crónico de los bordes palpebrales. A menudo, puede acompañarse de lesiones corneales y conjuntivales (blefaroconjuntivitis). Con frecuencia se asocia a ojo seco. Entre sus causas más frecuentes están la infección estafilocócica y la seborrea.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

El *tratamiento* se basa en la administración de:

- Calor local, con compresas calientes.
- Fomentos y lavado de las pestañas con champú neutro.
- 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 en el párpado afectado. El tratamiento debe mantenerse de forma continuada (incluso meses).
- Lubricantes oculares, como carmelosa (**Viscofresh®**, colirio con 10 mg/ml) o hialuronato (**Hylo-Comod®**, colirio 0,1%), en dosis de 1 aplicación/6-8 h.

CELULITIS ORBITARIA

Es la inflamación del tejido intraorbitario, originada por infecciones de vecindad (sinusitis), por traumatismos palpebrales perforantes o por diseminación hematógena. Se caracteriza por una reacción inflamatoria general con fiebre y leucocitosis, acompañada de síntomas locales, como proptosis (exoftalmos), quemosis e inflamación del segmento anterior ocular (ojo rojo). En los casos graves puede afectar a la motilidad ocular (ojo fijo) y a la agudeza visual, por compresión del nervio óptico.

Debe solicitarse, con carácter urgente, hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, radiografía simple de senos paranasales y cultivos microbianos de conjuntiva y nasofaringe. Esta entidad requiere ingreso hospitalario.

Tratamiento

- Cloxacilina (**Anaclosil®**, viales con 500 mg y 1 g) en dosis de 1 g/8 h, más ceftriaxona (**Ceftriaxona Normon®**, viales intravenosos con 1 y 2 g) en dosis de 1 g/24 h, ambos por vía intravenosa y durante 14 días.
- Si el paciente es alérgico a la penicilina, se sustituye la pauta anterior por vancomicina (**Vancomicina Normon®**, viales con 500 mg y 1 g) en dosis de 500 mg/6 h por vía intravenosa, más tobramicina (**Tobramicina Normon®**, viales con 50 y 100 mg, frascos intravenosos de 100 ml con 100 mg) en dosis de 3-5 mg/kg/día por vía intravenosa. Una dosis habitual para un paciente de 70 kg es la de 300 mg/24 h. Este fármaco, como todos los aminoglucósidos, debe administrarse diluido en 100 ml de suero fisiológico, y perfundirse en 20 min.
- Si se sospecha una infección por anaerobios (celulitis orbitaria crónica), se añade metronidazol (**Flagyl®**, bolsa viaflo de 100 ml con 500 mg y de 300 ml con 1,5 g) a la pauta antibiótica elegida, en dosis de 500 mg/8 h o 1,5 g/24 h por vía intravenosa.
- Analgésicos, como metamizol magnésico (**Nolotil®**, cápsulas de 575 mg y ampollas con 2 g), en dosis de 1-2 cápsulas/6 h por vía oral o 2 g/8 h por vía intramuscular; o tramadol (**Adolonta®**, cápsulas de 50 mg) en dosis de 50 mg/8 h por vía oral.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como naproxeno (**Naprosyn®**, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral.
- En ocasiones, es necesario el drenaje quirúrgico.

CELULITIS PRESEPTAL

Es un cuadro más leve provocado por la inflamación del territorio palpebral, sin atravesar el tabique orbitario (no afecta al contenido intraorbitario). El paciente debe ser controlado diariamente, vigilando la aparición de infección intraorbitaria o de signos meníngeos.

El *tratamiento* se basa en:

- Antibióticos, como cefuroxima (**Zinnat®**, comprimidos y sobres de 250 y 500 mg) en dosis de 250 mg/12 h, o amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine Plus®**, comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 1.000 + 62,5 mg/8 h, ambos por vía oral y durante 10 días. En pacientes alérgicos a la penicilina se sustituye esta pauta por un macrólido, como claritromicina (**Klacid Unidia®**, comprimidos de 500 mg) en dosis de 1 g/24 h durante 10 días.
- Analgésicos, como metamizol magnésico (**Nolotil®**, cápsulas de 575 mg y ampollas con 2 g), en dosis de 1-2 cápsulas/6 h por vía oral o 2 g/8 h por vía intramuscular; o tramadol (**Adolonta®**, cápsulas de 50 mg) en dosis de 50 mg/8 h por vía oral.
- AINE, como naproxeno (**Naprosyn®**, comprimidos de 500 mg), en dosis de 500 mg/12 h por vía oral.

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.