

Conjuntivitis

Margarita Martín Bun, Pilar Carreño Freire y José Manuel Saniger Herrera

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Área 7. Madrid. España.

Puntos clave

- La conjuntivitis aguda es la enfermedad oftalmológica más frecuente y puede ser abordada adecuadamente en atención primaria.
- El diagnóstico de las conjuntivitis infecciosas es habitualmente clínico, sólo en algunas ocasiones se precisa un estudio microbiológico.
- En las infecciones leves y moderadas se utilizarán antibióticos bacteriostáticos y en las graves, bactericidas.
- Ante un brote de conjuntivitis epidémica viral es muy importante adoptar medidas de prevención para evitar su propagación.
- Las conjuntivitis alérgicas más frecuentes son estacionales, atópicas y de contacto.
- Se deben tener siempre presentes los criterios de derivación al oftalmólogo.

Palabras clave: Conjuntivitis • Ojo rojo • Conjuntivitis bacteriana • Conjuntivitis viral • Conjuntivitis alérgica.

La conjuntivitis es la enfermedad ocular más frecuente, suele ser autolimitada y, por lo general, no origina secuelas. Se caracteriza por la inflamación de la conjuntiva, es decir, de la membrana mucosa que recubre la superficie interna de los párpados (conjuntiva palpebral o tarsal) y la esclera anterior hasta el limbo esclerocorneal (conjuntiva bulbar), sin afectación corneal¹.

El patrón de distribución de la hiperemia conjuntival proporciona la clave del diagnóstico diferencial:

- La hiperemia conjuntival difusa de la conjuntiva tarsal y bulbar es típica de la conjuntivitis.
- La hiperemia de la conjuntiva que circunda a la córnea (inyección ciliar) se observa en la iritis y en el glaucoma agudo.
- La hiperemia profunda que afecta entre el 20 y el 100% de la conjuntiva bulbar, sin hiperemia tarsal, es característica de la epiescleritis y la escleritis.

Los síntomas referidos por el paciente y los signos apreciados en la exploración clínica permiten efectuar, en la mayoría de los casos, una adecuada orientación diagnóstica en las consultas de atención primaria (AP).

Clasificación

Según su duración se clasifican en:

- Agudas. Los síntomas duran menos de 3 o 4 semanas. Son las más frecuentes.
- Hiperagudas. Tienen un comienzo abrupto (máxima intensidad de los síntomas en menos de 24 h), secreción amarilla-verdosa e inyección ocular mixta. Están producida por *Neisseria gonorrhoeae* (en neonatos o en adultos sexualmente activos) y por *N. meningitidis*.
- Crónicas. Los signos y síntomas duran más de 4 semanas. Suelen estar producidas por estafilococos o por clamidias (tracoma). Hay que buscar una causa subyacente: blefaritis, acné rosácea, dacriocistitis, ectropión, ojo seco.

Según su etiología se clasifican en:

– Infecciosas:

- Bacterianas²: *Staphylococcus aureus* (es el agente más frecuente, sobre todo en neonatos, adultos y ancianos), *S. epidermidis*, *Haemophilus influenzae* (predomina en niños,

a menudo asociado a otitis media de repetición, seguido de *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*), *Proteus*, meningococo, gonococo, neumococo, coliformes, *Chlamydia*, *Mycobacterium*.

- Virales: adenovirus, herpes, enterovirus.

– No infecciosas:

- Alérgicas.
- Químicas: medicamentos, tetracloruro de carbono, naf-taleno, cloroformo, agentes químicos (ácidos y álcalis).
- Enfermedades sistémicas: artritis reactivas, espondiloar-tropatías, lupus, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Sjögren, penfigoide cicatricial.
- Otros: cuerpos extraños, lentes de contacto, microtrau-mas, radiaciones solares.

Manifestaciones clínicas

Independientemente de la causa de una conjuntivitis, el modo de reacción conjuntival en cuanto a síntomas

y signos³ constituye el síndrome inflamatorio conjuntival:

Síntomas

- La presentación habitual es la de un ojo rojo.
 - Sensación de cuerpo extraño o arenilla, escozor, picor, lagrimeo y, en ocasiones, fotofobia.
 - No hay dolor.
 - No hay disminución objetiva de la visión (el paciente puede notar visión borrosa que mejora con el parpadeo como consecuencia de las secreciones).

Signos

- Hiperemia conjuntival, la córnea está transparente.
 - Quemosis (edema conjuntival).
 - Secreción.
 - A veces hay inflamación palpebral.
 - El tamaño pupilar y la reacción a la luz son normales.

En AP, ante un paciente que consulte por alguno de estos síntomas, debemos intentar confirmar el diagnóstico de conjuntivitis y excluir otros procesos (fig. 1).

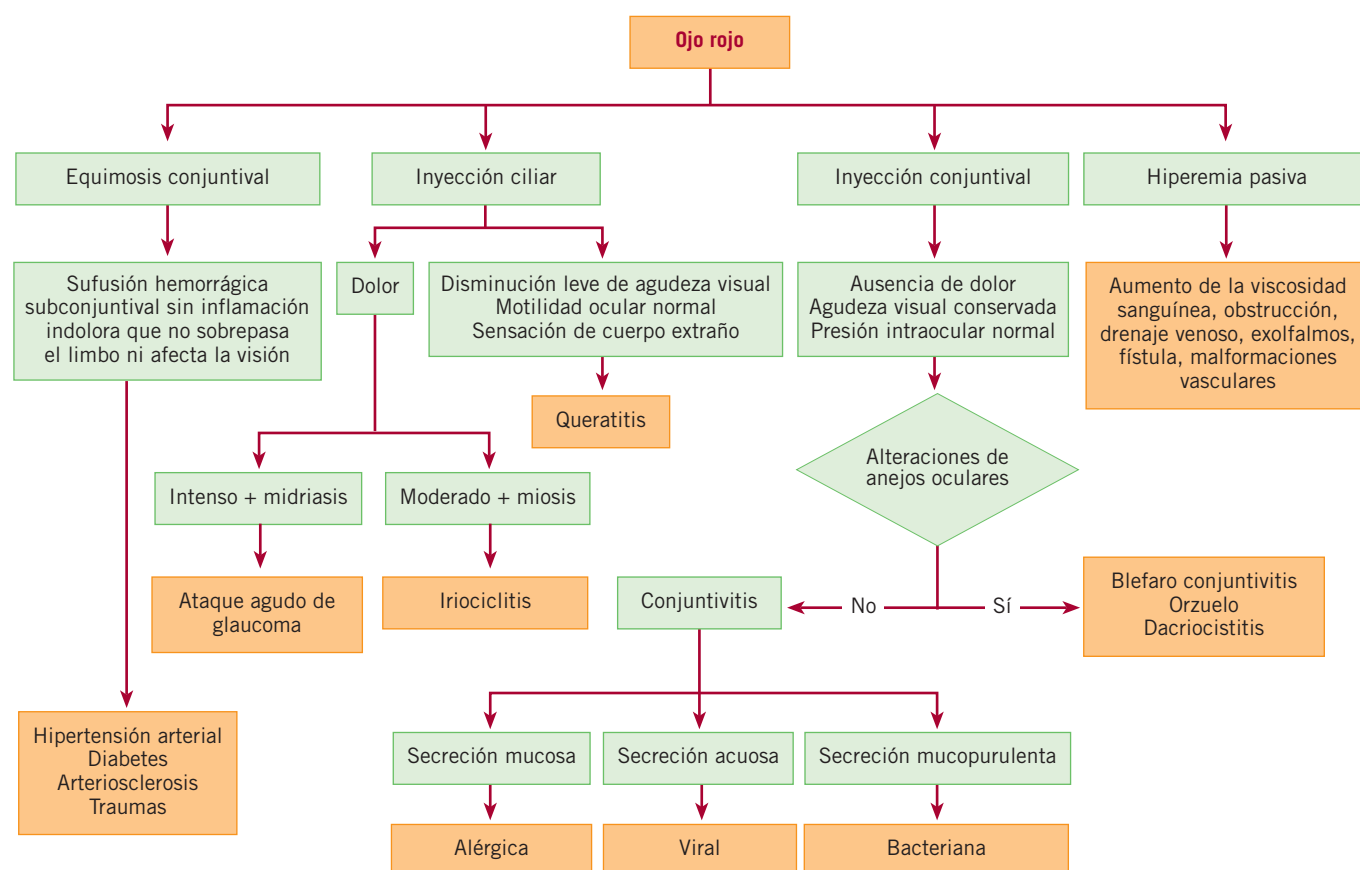


Figura 1. Diagnóstico diferencial del ojo rojo.

Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis

Aunque no hay evidencias sólidas acerca de los síntomas y signos que permitan diferenciar claramente la etiología bacteriana de la viral, la mayoría de los autores coinciden en señalar ciertas diferencias recogidas en la tabla 1.

El estudio microbiológico se limita a circunstancias especiales:

- En pacientes con conjuntivitis hiperagudas o sobreagudas, conjuntivitis neonatal e inmunodeprimidos.
- Ante la sospecha de infección conjuntival por *Chlamydia*, está indicada la detección de anticuerpos monoclonales y el análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA).
- En caso de brotes de conjuntivitis, el estudio está indicado con fines epidemiológicos.
- Puede ser también de utilidad ante la falta de respuesta terapéutica en 48 h.
- Siempre que haya una mala evolución clínica o ante la sospecha de cualquier complicación.
- En caso de antecedentes de enfermedad ocular grave.

Conjuntivitis aguda bacteriana

Representa el 1% de todas las consultas de AP. Habitualmente es un proceso benigno y autolimitado (curación espontánea, en el 60% de casos, en 3 o 4 semanas). Puede haber riesgo de queratitis en situaciones predisponentes (existencia de alteraciones del epitelio corneal, ojo seco, uso de lentes de contacto y de tonómetro).

Tratamiento

- Higiene extrema. Siempre se indicarán medidas para no propagar la infección (lavado de manos antes y después de aplicar tratamiento, no compartir toallas).

- Fomentos frescos y lavados oculares con suero fisiológico frío.

- No se debe ocluir el ojo.

- La solución oftálmica al 1,25% de povidona yodada es segura y efectiva.

- No se deben utilizar corticoides ni anestésicos locales.

- Los antibióticos tópicos acortan el tiempo de evolución del segundo al quinto día (remisión temprana), aunque en esos días la mayoría de casos remiten espontáneamente. Por ello, algunos autores⁴ consideran que la mejor opción sería no prescribir antibióticos inmediatamente, y sólo hacerlo si el paciente no mejora en los primeros 2 días (prescripción retardada).

- Siempre se debe prescribir antibióticos⁵ en las siguientes situaciones:

- Existencia de una gran secreción purulenta o mucopurulenta y signos graves.
- Pacientes y trabajadores de guarderías, unidades de neonatos o de cuidados intensivos.
- Usuarios de lentes de contacto: ante la sospecha de la existencia de *Pseudomonas*, son de elección los aminoglucósidos (sobre todo gentamicina o tobramicina) o las quinolonas (ciprofloxacino, norfloxacino, ofloxacino, levofloxacino). Se debe abandonar el uso de lentillas durante al menos 2 semanas tras la desaparición de la hiperemia conjuntival.
- Niños en jardín de infancia.
- Pacientes con ojo seco, enfermedad corneal o cirugía ocular reciente.
- Recién nacidos.
- Pacientes con un solo ojo.

Antibióticos utilizados para tratar la conjuntivitis bacteriana⁶

- El tratamiento debe iniciarse con un antibiótico de amplio espectro por vía tópica. Se debe mantener el tratamiento hasta 48 h después de cesar los síntomas, y nunca durante menos de 5 días.

TABLA 1. Diferencias entre tipos de conjuntivitis

	Viral	Bacteriana	<i>Chlamydia</i>	Alérgica
Secreción	Mínima	Abundante	Abundante	Mínima
	Acuosa	Purulenta	Purulenta	Purulenta
Lagrimo	Profuso	Profuso	Moderado	Moderado
Prurito	Mínima	Mínima	Mínima	Importante
Adenopatía preauricular	Frecuente	Rara	Frecuente	No
Tinción de Gram	Monocitos	Polimorfonucleares Bacterias	Polimorfonucleares	Eosinófilos
Odinofagia y fiebre	Ocasional	Raro	No	No

– En caso de infección por *Chlamydia*, se indicará eritromicina oral y tópica o azitromicina oral.

– En las gestantes y los lactantes se puede aconsejar rifampicina tópica.

– En los lactantes, si aparecen conjuntivitis de repetición o de evolución tórpida, hay que descartar una imperforación de la vía lacrimal.

1. Bacteriostáticos. Inhiben el crecimiento bacteriano y están indicados en las infecciones oculares menos graves:

– Sulfacetamida sódica. Es de uso limitado por producir resistencias. Posología: 1 gota cada 6 h.

– Sulfato de trimetoprim y polimixina B. Está indicado en las conjuntivitis bacterianas leves. Posología: 1 gota cada 6 h.

– Eritromicina. Es útil en casos leves. Aplicar en pomada 1-4 veces al día.

– Cloramfenicol. Es de amplio espectro. Consigue gran penetración ocular. Posología: 1 gota cada 4-6 h y pomada por la noche.

– Tetraciclinas: oxitetraciclina y clortetraciclina. Son de amplio espectro. Posología: 1 gota cada 4-6 h y pomada por la noche.

2. Bactericidas. Destruyen los microorganismos y son de elección en las infecciones oculares graves:

– Gentamicina. Es muy útil frente a estafilococos. Posología: 1-2 gotas cada 4 h y pomada por la noche.

– Tobramicina. Tiene un espectro similar a gentamicina, es bien tolerada pero algo más cara. Posología: 2 gotas cada 4 h y pomada nocturna.

– Norfloxacin. Es más caro que los anteriores. Está indicado si se sospechan resistencias. Posología: 1-2 gotas cada 6 h.

– Ciprofloxacino. Es muy útil en las queratitis. Posología: 1-2 gotas cada 2 h durante 2 días, y cada 4 h durante 5 días más.

– Ofloxacino. Tiene las mismas indicaciones que las anteriores quinolonas. Posología: 1-2 gotas cada 2-4 h durante 2 días, y cada 6 h durante 5 días más.

– Levofloxacino. No está comercializado aún en España.

Criterios de derivación

La derivación a la consulta de oftalmología se hará según los criterios de la tabla 2⁷.

Conjuntivitis viral

Suele ser autolimitada, y dura 10 días o menos. Los pacientes son contagiosos aproximadamente 7 días desde el comienzo de las manifestaciones clínicas.

Los principales agentes causales son: adenovirus (1, 2, 3, 4, 7, 8, 19, 37), enterovirus 70, Coxsackie A24 y herpes virus.

TABLA 2. Criterios de derivación al oftalmólogo

Ojo rojo doloroso
Asimetría pupilar
Visión borrosa, alteraciones de la agudeza visual
Presencia de inyección ciliar o mixta
Sospecha de glaucoma
Sospecha de afectación corneal
Cuerpos extraños no extraíbles en atención primaria
Ante la necesidad de exploraciones no disponibles en atención primaria
Ante cualquier duda diagnóstica
Conjuntivitis crónica (duración superior a 4 semanas), conjuntivitis hiperagudas, en infecciones por <i>Chlamydia</i> y ante cualquier complicación de las conjuntivitis
Sospecha de infección grave: celulitis orbitaria y endoftalmitis
Evolución clínica desfavorable

Los adenovirus provocan los siguientes síndromes: conjuntivitis folicular aguda inespecífica, fiebre faringoconjuntival y queratoconjuntivitis epidémica.

Tratamiento

– Fomentos fríos.

– Antihistamínicos.

– Adoptar las medidas epidemiológicas oportunas (tabla 3) y proceder al aislamiento del paciente.

– Tratamiento de las complicaciones que puedan aparecer.

Virus herpes

El herpes simple puede provocar conjuntivitis y queratitis (dendrítica típica), por lo que ante la sospecha de esta infección se debe derivar al paciente rápidamente al oftalmólogo para determinar la extensión de la enfermedad y realizar tratamiento antiviral por vía oral y tópica.

Conjuntivitis alérgica

Es una inflamación conjuntival producida por una reacción de hipersensibilidad tipo I (mediado por IgE) o tipo IV, tras una exposición a determinados alérgenos. Éstos pueden estar en el ambiente (polen, ácaros, caspa de animales, hongos,

TABLA 3. Conducta epidemiológica ante un brote de conjuntivitis hemorrágica

Aislar al paciente
Tomar muestra de exudado conjuntival
Realizar encuestas epidemiológicas en centros de trabajo, escuelas y círculos infantiles
Control del foco
Lavados frecuentes de manos y uñas
Orientar el uso individual de los objetos personales: toallas, pañuelos, ropa de cama, la cual debe cambiarse diariamente
En la consulta del médico es muy importante esterilizar los instrumentos y el lavado adecuado de manos para evitar la extensión de la enfermedad

productos químicos) o formar parte de alimentos, cosméticos o parásitos.

La causa más frecuente es la conjuntivitis alérgica estacional (rinoconjuntivitis alérgica, o fiebre del heno). Otras menos frecuentes son: queratoconjuntivitis atópica, conjuntivitis papilar gigante (conjuntivitis vernal), conjuntivitis de contacto y conjuntivitis alérgica perenne⁸.

Los síntomas suelen ser bilaterales. Predomina el prurito ocular, la sensación de cuerpo extraño y el lagrimeo. Se puede acompañar de rinitis, dermatitis atópica o asma.

En la exploración se observa una hiperemia conjuntival y a veces un edema de la conjuntiva bulbar con aspecto de empedrado. Es frecuente la secreción acuosa o mucosa.

Las pruebas epicutáneas pueden estar indicadas en casos graves que se asocian a síntomas sistémicos.

Estrategias terapéuticas⁹

1. Tratamiento sintomático:

– Antihistamínicos tópicos. Son útiles para disminuir la inflamación y el prurito. Su uso prologado puede irritar el ojo.

– Antihistamínicos sistémicos. Son útiles para mejorar los síntomas, a veces como ayuda del tratamiento tópico o si hay síntomas de otros órganos.

– Combinación de antihistamínicos y descongestionantes tópicos. Actúan como vasoconstrictores y son eficaces para disminuir el edema. Sólo se pueden utilizar a corto plazo por efectos secundarios (edema de rebote, conjuntivitis medicamentosa, midriasis, ardor y escozor).

– Antiinflamatorios no esteroideos tópicos (ketorolaco): producen alivio eficaz del prurito.

– Corticoides tópicos: usados en las formas más graves (queratitis vernal) o refractarias a tratamientos anteriores, siempre bajo supervisión del oftalmólogo por sus importantes efectos adversos (aumento de presión intraocular, formación de cataratas, exacerbaciones de infecciones oculares por herpes simple).

2. Tratamiento preventivo:

– Evitar el contacto con el alérgeno.

– Estabilizadores de los mastocitos (cromoglicato sódico, lodoxamida de trometamina, nedocromil sódico): deben aplicarse 2-3 semanas antes de la exposición al antígeno, por

lo que es muy importante el cumplimiento terapéutico. Tienen pocos efectos secundarios.

– Inmunoterapia. Administración subcutánea de solución alérgica. Está en fase de estudio la inmunoterapia sublingual. Los síntomas oculares responden peor que los nasales.

Criterios de derivación

– Casos refractarios al tratamiento tras 3 o 4 semanas de antihistamínicos tópicos.

– Conjuntivitis papilar gigante (conjuntivitis vernal). Es una conjuntivitis alérgica muy grave. Se observan papilas tarsales hipertróficas y puede haber afectación corneal.

Errores a evitar

• Considerar todo ojo rojo como una conjuntivitis. Debemos manejar con claridad los datos clínicos que distinguen las diferentes enfermedades que cursan con ojo rojo y adoptar la actitud terapéutica adecuada.

• No todas las conjuntivitis son susceptibles de tratamiento antibiótico.

• Prescribir corticoides tópicos en las conjuntivitis agudas.

Bibliografía

- Peterson DW. Ojo rojo. En: Taylor RB, editor. Medicina de familia. Principios y práctica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p. 635-9.
- Hovding G. Acute bacterial conjunctivitis. Acta Ophthalmol Scand. 2008;86:5-17.
- Rietveld RP, Van Meert HC, Ter Riet G, Bindels PJ. Diagnostic impact of signs and symptoms in acute infectious conjunctivitis: systematic literature search. BMJ. 2003;327:789.
- Everitt HA, Little PS, Smith PNF. A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice. BMJ. 2006;333:321.
- Sheikh A, Hurwitz B. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;2:CD001211.
- Casanova JM, De la Poza M, Macho A. Infección ocular. En: Arranz Izquierdo J, Cots Yago J, Gómez García M, Monedero Mira MJ, editores. Manual de enfermedades infecciosas. 2.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2005. p. 75-81.
- García de la Rasilla C, Martín Bun M, Estévez Muñoz JC, Hijano Baonza A, Carreño Freire P, Sagredo Peña J. Conjuntivitis bacterianas. En: Guías de consulta de atención primaria. 2.ª ed. A Coruña: Casitérides S.L.; 2005. p. 555-8.
- Bielory L, Katelaris KH, Lighman S, Naclerio RM. Treating the ocular component of allergic rhinoconjunctivitis and related eye disorders. Med Gen Med. 2007;9:35.
- Owen GC, Optom MC. Topical treatments of seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. Br J Gen Pract. 2004;54:451-6.