

## SÍNDROME DEL OJO ROJO

Autor:

Dr. Damian Strusberg M.P.Nº 22301/2

Esp. en Oftalmología M.E.Nº 8081

### 1. Concepto y definición

Se incluyen bajo la denominación de síndrome del ojo rojo a un conjunto de manifestaciones oculares consecutivas a un cuadro inflamatorio, que se presenta con un enrojecimiento visible del ojo. Este síndrome abarca una extensa gama de patologías que intentaremos abordar en este capítulo.

*Incidencia y prevalencia:* la frecuencia de las enfermedades incluidas en este síndrome es diferente en función de cada entidad etiológica. El enrojecimiento ocular puede tener diversas etiologías.

Clasificación: a continuación enumeramos aquellas más comunes en nuestro medio, que serán motivo del análisis posterior:

- a) *Hemorragia subconjuntival.*
- b) *Conjuntivitis.*
- c) *Cuerpos extraños.*
- d) *Inflamaciones de la esclera.*
- e) *Queratitis.*
- f) *Uveitis.*
- g) *Glaucoma Agudo.*

### 2. Cuadro clínico

Ante un cuadro de ojo rojo, el médico debe realizar un interrogatorio detallado. Los síntomas cardinales son el dolor y la disminución o pérdida de visión. Se debe establecer la forma de comienzo y el tiempo de evolución de estas molestias.

El examen oftalmológico general detectará el enrojecimiento ocular y las características externas de la córnea y conjuntiva. Se debe observar el borde palpebral, evertir el párpado superior en búsqueda de folículos o papilas, evaluar

el tipo de inyección conjuntival, y si fuera posible, teñir el epitelio con azul de metileno o fluoresceína al 1 %, para visualizar eventual úlcera de córnea.

Dentro del examen oftalmológico especializado (agudeza visual, reflejos pupilares, fondo de ojo, etc.), se destaca el examen biomicroscópico del segmento anterior, que deberá ser especialmente meticuloso, ya que permite diagnosticar casi el 90% de las patologías. Verificará la presencia de opacidades estromales y endoteliales, depósito de pigmento o células inflamatorias, buscando Fiare y Tyndall en cámara anterior, aspecto del cristalino, tinción con **fluoresceína** al 1% o Rosa de Bengala para detectar alteraciones del epitelio corneal.

*a) Hemorragia subconjuntival.*

Se presenta como una mancha roja, localizada en un sector por debajo de la conjuntiva, sin dilatación de los vasos vecinos ni secreción. No hay disminución de visión ni sintomatología alguna, siendo algún familiar quien advierte del enrojecimiento al paciente. Aparece espontáneamente, a continuación de microtraumatismos inadvertidos o de esfuerzos violentos (maniobras de Valsalva).

Se debe interrogar al paciente sobre antecedentes de hipertensión arterial, ingesta de anticoagulantes, antiagregantes, fragilidad capilar, enfermedades de la coagulación. Esta patología no requiere tratamiento ya que la hemorragia desaparece en siete a diez días sin dejar secuelas, por lo cual su manejo puede ser de la atención primaria (*Nivel 1*).

*b) Conjuntivitis.*

Pueden ser bacterianas, víricas o alérgicas. El uso de lentes de contacto es un factor de riesgo para la aparición de conjuntivitis. Incluso los pacientes que usan lentes de contacto de reemplazo frecuente (o de uso diario) no están exentos de desarrollar conjuntivitis papilar<sup>1</sup>

Las conjuntivitis se presentan con sensación de cuerpo extraño, ardor, inyección conjuntival, y eventualmente lagrimeo y fotofobia. En la mayoría de los casos son bilaterales y sin afectación de la visión.

La conjuntivitis bacteriana presenta como signo característico la secreción mucosa o purulenta. El tratamiento se basa en administrar un colirio antibiótico de amplio espectro durante 7 a 14 días (según la severidad de la patología). Si es posible, corresponde realizar un examen bacteriológico y cultivo con antibiograma de las secreciones oculares.

La conjuntivitis vírica más común está producida por adenovirus y sólo requiere tratamiento sintomático, vigilando la aparición de eventuales microulceraciones corneales.

Las conjuntivitis alérgicas recrudecen en las estaciones cálidas y se caracterizan por una comezón intensa, por la formación de un empedrado sobre la conjuntiva palpebral superior (papilas) y en ocasiones pueden acompañarse de eczemas en los párpados o rinitis alérgica. Los agentes desencadenantes son polen, productos químicos o ciertos alimentos.

El tratamiento consiste en suprimir la causa posible y administración de antihistamínicos, antiinflamatorios y corticosteroides tópicos. Estos constituyen un tratamiento muy efectivo para la alergia ocular. Debido a que pueden inducir glaucoma y cataratas, su uso debería quedar limitado a una duración no mayor a 20 o 30 días para controlar los síntomas y para prevenir o tratar la afectación corneal. Un problema adicional en los sujetos atópicos es su susceptibilidad a la queratitis por herpes simple y blefaritis, las cuales pueden exacerbarse por la corticoterapia. Los corticoides más potentes (por ejemplo: acetato o fosfato sódico de prednisolona y dexametasona) son más efectivos, pero también producen efectos adversos con mayor frecuencia que los de menor potencia (por ejemplo: fluorometolona)<sup>2</sup>

#### *c) Cuerpos extraños.*

La anamnesis es importante para evaluar el cuerpo extraño introducido accidentalmente en el ojo. El médico debe estar alerta por la posibilidad de un accidente de trabajo, en particular en empleados de la construcción y metalúrgicos.

Luego de la introducción de un cuerpo extraño en el ojo, el enrojecimiento aparece en forma brusca, con dolor intenso. Debe buscarse el cuerpo extraño en córnea o conjuntiva, explorando los fondos de saco conjuntiva superior e inferior, procediendo a evertir los mismos con un instrumento romo.

El tratamiento consiste en colocar un colirio anestésico (lidocaína o proparacaína al 1 %) para calmar el dolor y facilitar el examen ocular para realizar la extracción del cuerpo extraño. Luego de la extracción debe colocarse antibiótico en ungüento (cloranfenicol, gentamicina, tobramicina) y un apósito oclusivo durante 24 a 48 hs. Hay que abstenerse de instilar corticosteroides, ya que retrasan la cicatrización. A las 24-48 horas debe evaluarse mediante nuevo examen, a los fines de una eventual derivación al oftalmólogo si no hay mejoría clínica.

#### *d) Inflammaciones de la esclera.*

La epiescleritis es una inflamación no infecciosa que comienza rápidamente, con enrojecimiento muy intenso y localizado. La esclerótica se edematiza y los vasos sanguíneos se dilatan. El proceso tiende a remitir espontáneamente, aunque existe una importante tendencia a la recidiva.

La escleritis tiene mayor gravedad que la anterior, se presenta con dolor de mayor intensidad e incluso puede llevar a la pérdida de visión. A menudo se asocia a artritis reumatoidea y otras enfermedades del tejido conectivo como lupus eritematoso sistémico o granulomatosis de Wegener. El tratamiento es a base de antiinflamatorios no esteroideos y de corticoides en altas dosis.

En ambas situaciones, ante la sospecha clínica del diagnóstico, debe derivarse al oftalmólogo, por cuanto no son tributarias del manejo por el médico generalista.

#### *e) Queratitis.*

La inflamación corneal puede ser producida por microorganismos, denervación, déficit de lágrimas, reacciones inmunitarias, traumatismos, etcétera.

Las queratitis pueden ser:

- Ulcerosas (por invasión microbiana, anestesia o exposición corneal o déficit de vit. A).
- Bacteriana (la más común es por *Streptococcus*, la más grave por *Pseudomonas*).
- Protozoos (*Acanthamoeba*, en usuarios de lentes de contacto).
- Hongos (potenciadas por la utilización exagerada de esteroides tópicos).
- Víricas (queratitis dentríticas por herpes virus).
- Neuroparalítica (anestesia corneal por daño del nervio trigésimo o facial).
- Por exposición (proptosis o trastornos del nervio facial con parálisis del músculo orbicular de los párpados. La córnea está involucrada por proptosis y retracción palpebral, como consecuencia aumenta la exposición y hay mayor daño. Es importante el diagnóstico diferencial de la oftalmología distiroidea en el Pseudotumor inflamatorio. Este último produce engrosamiento de los músculos extraoculares de manera unilateral y compromete músculo y tendón, a diferencia de la oftalmología distiroidea que produce engrosamiento del cuerpo muscular solamente<sup>3</sup>

Los síntomas de la inflamación corneal son: disminución de visión, dolor (el epitelio corneal está innervado por nervios sensitivos que no tienen vainas de Schwann) y visión de halos (las irregularidades de la superficie corneal pueden alterar la formación de la imagen). Esta entidad es de manejo especializado.

#### *f) Blefaritis.*

La blefaritis es la inflamación del borde palpebral que está relacionado con la disfunción de las glándulas de meibomio y es una de las 3 principales causas de ojo rojo. Además de la colocación de antibiótico en ungüento es de utilidad la aplicación de corticoides tópicos<sup>4</sup>

#### *g) Uveitis.*

La uveitis es la inflamación del tracto uveal, que está compuesto por el iris, cuerpo ciliar y coroides. Existen diversas etiologías de uveitis anterior: traumáticas, infecciosas (sífilis, tuberculosis, etc.), inmunológicas (Síndrome de Vogt Koyanagi, enfermedad de Behcet, por espondilitis, artritis u otras colagenopatías). Pueden ser anteriores (iridociclitis), intermedias (pars planitis) o posteriores (coroiditis y coriorretinitis). Las enfermedades reumáticas son causa de uveitis en la infancia. La **Artritis Reumatoidea Juvenil (ARJ)**, las **Espondiloartropatías Seronegativas (EASN)** así como la sarcoidosis y otras enfermedades sistémicas con artritis pueden inducir manifestaciones oculares que amenazan la visión (especialmente la ARJ)<sup>5</sup>.

Las iridociclitis son las únicas que **consideraremos** aquí, pues es la que más frecuentemente se presenta con enrojecimiento ocular.

Cuando la inflamación intraocular afecta las cavidades oculares y sus estructuras inmediatamente adyacentes se denomina endoftalmitis y, por lo general existe el antecedente de una cirugía oftalmológica previa<sup>6</sup>.

Los síntomas funcionales de esta afección son la fotofobia, el lagrimeo, el blefaroespasma y trastornos ligeros en la agudeza visual.

El examen muestra un enrojecimiento conjuntival *in crescendo*, pero no existe secreción conjuntival lo que lo diferencia de las conjuntivitis. Puede haber miosis pupilar, precipitados queráticos y células del humor acuoso en cámara anterior (se constata con lámpara de hendidura).

El tratamiento comprende dos partes: el local con midriáticos (atropina al 1 % o ciclopentolato al 1 % y esteroides tópicos y el tratamiento general etiológico. Se reserva el uso de agentes citotóxicos (Ciclofosfamida, Aziatroprina, Clorambucil y Metotrexate) para las enfermedades inflamatorias oculares severas (enfermedad de Bechet, escleritis secundarias y enfermedades vasculares del colágeno graves)<sup>7</sup>. El tratamiento es patrimonio del especialista.

#### *h) Glaucoma Agudo.*

La hipertensión ocular es una de las patologías más temidas por el oftalmólogo y por el médico generalista ya que el enrojecimiento ocular está acompañado de un dolor ocular y periocular muy intenso y con pérdida casi completa de la visión. En ocasiones pueden existir vómitos incoercibles y agitación que pueden enmascarar el cuadro de tal manera que el médico generalista oriente su diagnóstico hacia una urgencia digestiva si no tiene en mente esta patología.

### 3. Estudios a solicitar.

Dependen del cuadro clínico y son de exclusivo criterio del especialista.

### 4. Conducta inicial.

Los signos característicos que deben alertarnos son:

1. Enrojecimiento conjuntival intenso.
2. Disminución importante de la visión.
3. Midriasis paralítica.
4. Córnea edematosa (sin brillo).
5. Dolor ocular agudo, frecuentemente acompañado de náuseas y vómitos.

La presencia de 3 de estos datos constituyen una probabilidad significativa para sospechar glaucoma y deben motivar la derivación urgente al oftalmólogo.

La tensión ocular normal es de 10 a 20 mm de Hg y durante la crisis de glaucoma agudo puede aumentar hasta 50 o 60 mm de Hg.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con trauma, uveitis y crisis glaucomatociclíticas<sup>8</sup>

El tratamiento consistirá en la administración de anhidrasa carbónica por vía general (1 comp. cada 6 horas) o agentes hiperosmóticos (manitol intravenoso 60 gotas por minuto).

La sospecha diagnóstico de glaucoma impone la derivación urgente al especialista.

### 5. Niveles de atención.

a) *Primer nivel:* corresponde al nivel de atención primaria el manejo inicial de hemorragia conjuntival, conjuntivitis, cuerpo extraño.

b). *Segundo nivel:* el resto de la patología descrita debe ser derivada al oftalmólogo.

c). *Tercer nivel:* efector institucional para estudios de mayor complejidad.

## 6. Control y seguimiento.

Es el correspondiente a cada una de las enfermedades descriptas.

## 7. Riesgos de iatrogenia.

- Indicar colirios con corticoides en pacientes con queratitis por virus herpes.
- No derivar oportunamente al especialista las patologías correspondientes a su manejo exclusivo: queratitis, glaucoma, uveítis, escleritis.
- No pensar en glaucoma ante la presencia de por lo menos 3 de los 4 datos descriptos precedentemente.
- Indicar corticoterapia prolongada sin pedir examen oftalmológico previo.
- Insistir en el tratamiento antibiótico tópico de una conjuntivitis sin solicitar examen directo de lágrimas y secreción conjuntival, cultivo y antibiograma.
- No pedir estudio micológico ante conjuntivitis persistente con fracaso de tratamientos previos.
- Indicación indiscriminada de colirios, que pueden provocar irritación conjuntival química crónica.
- No pedir control oftalmológico periódico ante la indicación de tratamiento potencialmente dañinos para el aparato ocular (V.gr. Corticoides, Cloroquina, Etambutol).
- No solicitar estudios de coagulación y consulta hematológica ante hemorragia subconjuntival a repetición.

---

## Referencias.

<sup>1</sup> **Scerra, Ch.** *Usuarios de lentes de contacto todavía están en peligro de desarrollar CPG.* Ophtalmology Times America Latina 3 (4): 32-34, 1999.

<sup>2</sup> **Raciman, B.** *Últimos avances en alergia ocular.* Focal Points. Highlights of Ophtalmology, vol. I (3), 1997.

<sup>3</sup> **Bonelli, Laura.** *Enfermedad de Graves. Órbita, Párpados y Vías Lagrimales. Maestría a distancia en Oftalmología.* Módulo 12. Consejo Argentino de Oftalmología. 2007.

<sup>4</sup> **John, Sheppard.** (¿Sheppard, John?) *Treating Ocular Inflammation.* Eye World Supplement. August 2006.

<sup>5</sup> **Espada, Graciela; Couto, Cristóbal.** *Uveítis y Enfermedades Reumáticas en la infancia.* Médico Oftalmólogo. 2005

<sup>6</sup> **Maldonado Bas, A.; Strusberg D.** *Prevención de Endoftalmitis en segmento anterior.* 103º Annual Meeting of American Academy of Ophtalmology, 1999, 363-364.

---

<sup>7</sup> **Belfort R.; Couto C.** *Uveitis. Sinopsis diagnóstica y terapéutica.* 1988

<sup>8</sup> **American Academy of Ophtalmology.** *Basic and Clinical Science Course. Glaucoma.* Section 10.. 1995-1996.