

SÍNDROME DEL OJO ROJO

El síndrome del ojo rojo es el motivo de consulta oftalmológica más frecuente en Atención Primaria.

En nuestra consulta nos tendremos que valer de la anamnesis y de la exploración macroscópica para identificar aquel ojo rojo con clínica de alarma y que por tanto, habrá que derivar al oftalmólogo de manera preferente.

Lo signos de alarma ante conjuntivitis son:

1. Disminución de la agudeza visual.
2. Dolor ocular.
3. Anomalías pupilares, tanto en forma como en los reflejos.
4. Alteración de la transparencia de la córnea y/o de la cámara anterior.
5. Falta de respuesta al tratamiento en 48-72 horas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL OJO ROJO POR ANMNESIS Y EXPLORACIÓN MACROSCÓPICA OCULAR.

	Conjuntivitis Aguda	Uveítis anterior aguda	Glaucoma agudo	Queratitis infecciosa	Hipofagmia	Epiescleritis
Hiperemia	Periférica	Ciliar	Mixto	Ciliar Perilesional	Sectorial	Sectorial
Dolor	No	+	+++	++	No	No
Disminución AV	No	+ / ++	+++	+	No	No
Secreción	Sí	No	No	No	No	No
Reflejo Pupilar	Normal	Pupila lenta	Midriasis	Normal	Normal	Normal
PIO	Normal	Variable	Alta	Normal	Normal	Normal

TRATAMIENTO:

1. Conjuntivitis Aguda:

La etiología es casi siempre vírica

Lavados de ojos con suero fisiológico frío.

Administrar antibiótico tópico. El objetivo es evitar la sobreinfección bacteriana de las secreciones oculares y evitar complicaciones como la queratitis infecciosa bacteriana.

De primera elección los antibióticos clásicos que no son tóxicos al epitelio corneal:

- Eritromicina pomada (1 aplicación/8h.). De elección en niños.
- Cloranfenicol colirio (1 gota/8h)
- Aureomicina colirio (1 gota/8h).

La administración durará entre 1-2 semanas y nunca menos de 5 días.

Se han de reservar los antibióticos de nueva generación como los aminoglucósidos y quinolonas.

Si hay mucha sensación de cuerpo extraño, se puede añadir un colirio antiinflamatorio tópico. No prescribir corticoides tópicos.

Ante conjuntivitis alérgica iniciamos tratamiento con antihistamínicos tópicos, si el cuadro forma parte de un cuadro de atopia mas generalizado recetamos antihistamínicos sistémicos. Los corticoides tópicos se indican en casos refractarios y está reservado su uso al especialista en oftalmología.

2. Uveítis.

Ante sospecha de uveítis el paciente debe ser derivado al especialista en oftalmología y el tratamiento se basa en corticoides tópicos y midriáticos.

3. Glaucoma Agudo.

Se deriva rápidamente al oftalmólogo.

4. Queratitis.

Nos encontramos ante tres tipos de queratitis.

- *Queratitis actínica*, antecedente de exposición de córnea a irradiación ultravioleta (soldaduras, exposición solar...). El dolor despierta al paciente por la noche, se usa anestésico tópico y fluoresceína para realizar la exploración. Como tratamiento utilizaremos ciclopéjico 1%, 1 aplicación /8h, profilaxis de queratitis infecciosa con pomada antibiótica no tóxica para el epitelio, tipo eritromicina o cloranfenicol cada 8 horas, analgesia vía oral si procede.

- *Queratoconjuntivitis herpética*. Si estamos seguros que se trata de una queratitis por herpes simple, porque ha habido antecedentes, podemos comenzar el tratamiento

tópico: aciclovir pomada ocular 5 veces al día, cloranfenicol o eritromicina 1 aplicación cada 8 horas para prevenir sobreinfección bacteriana, y tropicamida 1g/8h (midriático).

Es importante derivar al oftalmólogo para evaluación completa.

- *Queratitis infecciosa*. Afecta a portadores de lentes de contacto, derivación urgente a oftalmólogo. En caso de tener que iniciar el tratamiento desde primaria por imposibilidad de derivar el enfermo, se prescribe un antibiótico de amplio espectro tipo quinolona a altas dosis (1 gota de colirio cada hora). Por supuesto evitar uso de lentes de contacto hasta resolución completa del cuadro.

5. Hiposfagmia.

Es una hemorragia subconjuntival. Una vez descartada la crisis hipertensiva, hay que explicar al paciente que no constituye ningún problema amenazador y que en el plazo de un mes se resolverá. Lo más habitual es no realizar pruebas complementarias. Solicitar pruebas de coagulación únicamente ante en casos de repetición.

6. Epi escleritis.

Afecta a mujeres en edad media, es una inflamación idiopática de los vasos superficiales de la esclera. Se autolimita en 3-6 semanas, no se indica AINE tópico pues no ha demostrado ser eficaz. Ojo si diagnosticamos escleritis anterior pues frecuentemente se relaciona con enfermedades sistémicas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Baget i Bernàldiz M, Fontoba i Poveda, B. "Guía de oftalmología para médicos de familia". 2005 SCMFiC.
2. "Patología ocular, Guía de actuación clínica en Atención Primaria".
<http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap028ocular.pdf>
3. Guía de Actuación en Atención Primaria, SEMFYC, tercera edición, 2008.
4. Guía conjuntivitis de Fistera.
<http://www.fistera.com/guias2/conjuntivitis.asp>
5. Gerhard K. Lang. "Oftalmología, texto y atlas en color". Masson SA.

AUTORES: Carlos Castañeda Zapico, Enrique Soler Bahilo

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud "El Pilar" de Villarreal.

PERSONA DESIGNADA PARA MANTENER EL CORREO:

Carlos Castañeda Zapico, e-mail: cjcastaneda583g@cv.gva.es

FUENTE DE FINANCIACIÓN: Ninguna

PALABRAS CLAVE: glaucoma, queratitis, uveitis