

## COMENTARIO DE INTERÉS GENERAL

### SÍNDROME DE OJO ROJO

*Gabriel Jiménez E, MD\**

Palabra clave: ojo rojo, conjuntivitis, queratitis, uveitis, glaucoma.

El síndrome de ojo rojo corresponde a una serie de entidades que tienen en común la hiperemia conjuntival. Existen dos clases de hiperemia: una superficial o conjuntival y otra profunda o periquerática. La primera se caracteriza por ser móvil, es decir, al manipular la conjuntiva con un aplicador de algodón, los vasos hiperémicos se mueven en el mismo sentido. Además, desaparece después de la aplicación de un vasoconstrictor. Su presencia nos indica casi siempre que el problema tal vez no es severo, y se trata de una conjuntivitis, o un pequeño cuerpo extraño. La hiperemia periquerática como su nombre lo indica se localiza alrededor de la córnea, como pegada a ella, proviene de la circulación profunda del ojo, no desaparece al aplicar vasoconstrictor, y es inmóvil. Su presencia nos indica casi siempre un problema más grave, posiblemente una iritis o un glaucoma agudo.

A continuación se describen las características de las causas más frecuentes e importantes del síndrome de ojo rojo.

#### CONJUNTIVITIS AGUDA

La conjuntivitis es muy frecuente posiblemente porque la superficie ocular está expuesta a los agentes externos, a pesar de contar con elementos de protección como los párpados y la película lacrimal con su alta concentración de lisozima, enzima bacteriostática. Algunos tipos de conjuntivitis incluyen las causas bacterianas, virales y alérgica; todas ellas con secreción, la cual puede ser desde acuosa hasta francamente purulenta; hiperemia conjuntival de tipo superficial, sensación de cuerpo extraño y sin dolor. La córnea se ve normal al igual que la cámara anterior y la pupila. Por otro lado, el paciente podrá relatar, y se comprobará en el examen, que no hay alteración mayor de su agudeza visual, y con gran frecuencia, salvo las afecciones alérgicas, habrá compromiso de linfáticos preauriculares, mayor o menor según el agente etiológico.

*Conjuntivitis bacteriana:* bastante frecuente y usualmente aguda. En su variante leve, parecería existir tan sólo una inflamación tipo catarral de la conjuntiva. La secreción tipo mucoso se adhiere a las pestañas, más acentuadamente durante la oclusión prolongada, de

---

\* Jefe Unidad de Oftalmología, cirujano oculoplástico, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio.

ahí a que el paciente invariablemente se quejará de amanecer con los ojos “pegados”. En los casos más severos el ojo estará totalmente congestionado e hiperémico. Los fondos de saco estarán pletóricos de un material mucopurulento, que posiblemente también esté adherido a las pestañas y alrededor de los párpados siendo difícil despegarlo. En este estado el paciente podría relatar una disminución de visión, que no debe confundirnos en el diagnóstico, por cuanto puede corresponder a las secreciones purulentas que obstruyen el área pupilar e impiden momentáneamente tener una visión adecuada. Entre los más frecuentes agentes etiológicos están el *estafilococo*, y el *neumococo*. Otras posibilidades incluyen koch weeks y especialmente en personas de bajo nivel socioeconómico, el *gonococo*, que por su gravedad merecería un capítulo aparte. Puede haber o no adenopatía y en especial si se trata de *neumococo* habrá hemorragias subconjuntivales redondas, no confluentes y pseudomembranas que corresponden a exudados coagulados que se desprenden con facilidad de un epitelio inflamado pero no erosionado. La córnea suele estar intacta, pero ocasionalmente aparecen úlceras periféricas llamadas catarrales, casi siempre atribuibles al estafilococo, y que son producto de un infiltrado epitelial o subepitelial.

Aunque es ideal realizar un cultivo y antibiograma, en la práctica cotidiana el tratamiento se inicia desde el mismo momento del diagnóstico, utilizando colirios de cloranfenicol, tobramicina o ciprofloxacina. La frecuencia de administración debe ser alta, por ejemplo cada 30 minutos las primeras horas, y luego cada 2 ó 3 horas continuando a pesar de que exista curación aparente, por un período de una semana. En caso de no haber una notoria mejoría en las primeras 24 horas, es recomendable el frotis, cultivo y antibiograma, antes de hacer cambio de la medicación antibiótica inicial.

La conjuntivitis *gonocócica* fue en alguna época una de las más frecuentes causas de ceguera en el mundo. Presenta dos formas, la del adulto, en la cual aparece un gran edema de párpados y conjuntiva, siendo tan grande el edema palpebral que hace difícil abrir los ojos. Aunque la córnea es muy resistente a las infecciones, las cuales no pueden penetrar el epitelio intacto, el gonococo es la excepción y puede producir abscesos corneales que, antes del advenimiento de los antibióticos, fueron causa de perforaciones y pérdida del globo ocular. La otra forma es la responsable de la conjuntivitis del recién nacido, llamada también neonatorum. Tiene un cuadro similar a la anterior. Aparece en forma bilateral entre el primer día y las 2 semanas siguientes al parto. El tratamiento profiláctico es crucial en el manejo de las dos formas de la enfermedad. En el adulto contaminado con uretritis, normas de cuidado de sus ojos mientras se hace el tratamiento. En las mujeres embarazadas es indispensable el control prenatal adecuado al igual que indicaciones de tipo precautelativo al obstetra. En el recién nacido se deben aplicar gotas de cloranfenicol o ungüento de eritromicina o tetraciclina.

Si la enfermedad ya es manifiesta y comprobada con *gram* se acudirá rápidamente a efectuar el tratamiento que deberá ser tanto sistémico como instilado. Eritromicina tópica, cloranfenicol o incluso penicilina cristalina preparada especialmente como colirio, con una intensidad de cada 10 ó 15 minutos, a la vez que la administración sistémica de penicilina G o ceftriaxone.

*Conjuntivitis viral*: la conjuntivitis viral es muy frecuente y puede ser provocada por muchas clases de virus. Es frecuente que también ataque la córnea, por lo cual será tratada bajo el

título de las queratitis, pero debe recordarse que la secreción nunca es purulenta sino serosa o acuosa en contraposición de las bacterianas y alérgicas.

*Conjuntivitis alérgica:* llamada también primaveral, por presentarse con mayor intensidad durante la primavera en los países de estaciones. Suele ser bilateral y se caracteriza por presentar numerosas papilas gigantes especialmente en la conjuntiva tarsal superior. Es más frecuente en aquellas personas afectadas de problemas alérgicos cutáneos, rinitis, asma, etc. El paciente referirá períodos de exacerbación y remisión, y en algunas oportunidades será capaz de establecer por su cuenta la noxa productora de su alergia. La sensación de escozor es la regla y habrá secreción de tipo mucoso aunque ésta puede estar ausente. Debe tenerse en cuenta que el tratamiento posiblemente se llevará a cabo por años, por lo que se recomienda ser cauto en la aplicación de las drogas instiladas, dejando los esteroides sólo para los casos de exacerbación. El cromoglicato de sodio, la olopatadina, lodoxamida, ketotifeno tópicos son parte del arsenal profiláctico existente.

## QUERATITIS

Es la inflamación de la córnea y según la porción comprometida se llamará superficial, parenquimatosa o profunda. La queratitis superficial compromete el epitelio, la membrana de Bowman y el estroma. El agente causal es siempre exógeno y en ella suelen presentarse tres estadios a saber: infiltración, ulceración y cicatrización. Ésta última puede alterar la transparencia de la córnea y la opacidad resultante puede ser una nébula, mácula o leucoma de acuerdo con la severidad de la misma. El paciente relatará un dolor más o menos fuerte, habrá fotofobia, disminución de la agudeza visual. Hiperemia conjuntival de tipo periquerático, córnea con turbidez o ulceración detectable con aplicación de fluoresceína, y mientras no exista compromiso del interior del ojo, la cámara anterior y la pupila estarán normales. En algunas ulceraciones puede aparecer pus en la cámara anterior, nivel conocido como hipopión.

El tratamiento variará según la etiología, siendo las más usuales bacterias, virus y hongos. En el primer caso los gérmenes más comunes son el *neumococo*, *estafilococo aureus*, *pseudomona* y la *moraxela lacunata*, o bacilo de *morax axenfield*; todas ellas aunque agresivas, no pueden penetrar un epitelio intacto, lo que no ocurre con el *gonococo*, el *corinebacterium diphtheriae* y el bacilo de *koch weeks*, los cuales sí pueden destruir el epitelio sano y por tanto requieren un tratamiento más precoz. Los virus que afectan la córnea como infección severa son usualmente el herpes simplex y la varicella-zoster. Dentro de las causas micóticas se encuentran la *candida albicans*, *actinomicosis*, *aspergilus* y la *esporotricosis*.

El tratamiento está encaminado a curar la infección y tratar las secuelas. Para el manejo de la infección se pueden utilizar midriáticos cicloplégicos para disminuir los síntomas y prevenir la formación de sinequias. Los antibióticos se escogen según el resultado del estudio bacteriológico y si se sospecha infección viral herpética se pueden utilizar acyclovir o trifluridina. El paciente puede ocluirse y debe seguirse estrechamente por parte de un

oftalmólogo. Las secuelas por su parte, usualmente leucomas densos, se pueden tratar con corticoesteroides tópicos o transplante de córnea.

## **IRIDOCICLITIS**

La uveítis anterior incluye la inflamación del iris y/o el cuerpo ciliar. La iridociclitis produce ojo rojo con hiperemia periquerática, dolor, fotofobia, lagrimeo abundante, cámara anterior profunda, pupila en miosis o con sinequias posteriores, precipitados queráticos que son células inflamatorias adheridas a la cara posterior de la córnea, y el paciente tendrá una agudeza visual que irá de normal en los casos muy leves a muy comprometida en los severos, existiendo en éste último casi siempre un gran efecto tyndall debido a la presencia de albúmina en suspensión en la cámara anterior. Aunque lo ideal sería realizar un tratamiento según la etiología de la inflamación, con gran frecuencia el tratamiento debe ser sintomático y preventivo de las complicaciones, debido a que de la rapidez de la curación dependerá el éxito final al evadir dichas complicaciones, y la causa con frecuencia no se puede identificar. Las secuelas de una uveítis anterior incluyen el glaucoma secundario, la catarata e incluso el desprendimiento de retina. Se utilizan midriáticos como el ciclopentolato o la atropina para romper o prevenir sinequias. Los esteroides locales, tópicos o inyectados alrededor del ojo resultan extremadamente útiles en la mayoría de los casos. Los antiinflamatorios no esteroideos tópicos están indicados en casos leves, evitándose así los efectos secundarios de los corticoides.

## **GLAUCOMA AGUDO**

Indudablemente es la urgencia oftalmológica por excelencia. Es el resultado de un aumento brusco y exagerado de la presión intraocular, causado por la obstrucción del drenaje normal del humor acuoso a nivel del ángulo camerular. Como el trastorno es producido por una conformación anatómica patológica, es posible que el paciente en alguna oportunidad haya presentado episodios de dolor, con inyección periquerática, y visión borrosa e iridiscente, con resolución espontánea. El dolor es intenso, de aparición súbita, acompañado de notoria disminución de la visión hasta llegar a percibir los bultos, hiperemia conjuntival y periquerática que no desaparece con la aplicación del vasoconstrictor, córnea turbia, cámara anterior casi borrada y pupila en midriasis junto con un gran aumento de la presión ocular, detectable a veces con tonometría digital. El fenómeno se acompaña de síntomas gastrointestinales, náuseas y vómito, lo que ha hecho en muchas oportunidades errar el diagnóstico, y agravar el cuadro luego de aplicar antiespasmódicos belladónicos, que por su efecto midriático están totalmente contraindicados.

Al momento de hacer el diagnóstico se deberá iniciar un tratamiento inmediato y enérgico destinado a disminuir la presión intraocular rápidamente ya que de no hacerlo se producirá un daño irreversible del nervio óptico por lo tanto sobrevendrá la ceguera. La pilocarpina al

2%, una gota cada 15 minutos hasta comenzar a ver que la pupila se cierra, vigilando la frecuencia cardíaca y la presión arterial para evitar sobredosificación y efectos secundarios letales. Los inhibidores de la anhidrasa carbónica tipo acetazolamida VO o dorzolamida tópica también deben iniciarse. El uso de diuréticos osmóticos como el manitol al 10%, en una infusión de 250 mL en 20 minutos, siempre y cuando no existan contraindicaciones sistémicas, es de gran ayuda para lograr la reducción deseada de la presión intraocular. La carga terapéutica se complementa con betabloqueadores tópicos como el timolol al 0,5% y analgésicos parenterales. El paciente debe ser remitido al oftalmólogo quien una vez confirma el diagnóstico y estabiliza la presión intraocular, practicará una iridectomía periférica (quirúrgica) o una iridotomía (láser).